

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL:**

**PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS  
ESPECIALIZADAS NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL  
E PEDIÁTRICA**

**CHILD DEVELOPMENT ASSESSMENT:**

**PROJECT DEVELOPMENT OF SPECIALIZED CLINICAL SKILLS IN  
PEDIATRIC AND CHILD HEALTH NURSING**

**Autor**  
**Diana Mota Ferreira**

**Porto, 2024**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

**Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

**Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**Orientador(es)**

Paula Cristina Moreira Mesquita Sousa  
*Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor*

Júlia Maria Sousa Neto  
*Professor Adjunto, Mestre*

**Autor**

Diana Mota Ferreira

**Porto, 2024**



## RESUMO

O presente relatório é elaborado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, realizado na Escola Superior de Enfermagem do Porto, reportando-se ao Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II, para a obtenção do título de mestre e especialista nesta área. Esta exposição objetiva a realização de uma análise crítica e reflexiva sobre todas as atividades desenvolvidas em ensino clínico e em que medida contribuíram para o desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, conforme preconizado pela Ordem dos Enfermeiros.

Assim, são descritas as experiências sujeitas à influência do pensamento crítico fundamentado com base em evidência e são apresentados os estudos de caso realizados nos diferentes contextos de estágio. São também apresentadas as atividades decorrentes da implementação do projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas centrado na avaliação do desenvolvimento infantil, que se suportaram no estudo bibliográfico sobre o tema, privilegiando a análise sintetizada dos resultados obtidos e das propostas que advieram.

O estudo decorrente da implementação do projeto revelou que, atualmente, a avaliação do desenvolvimento infantil suportada na Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada não abrange todos os fundamentos do desenvolvimento psicomotor. Desta forma, não responde de forma adequada a todas as necessidades da população pediátrica nessa área. O processamento sensorial é um dos fundamentos negligenciados nesta avaliação, sobre o qual incido uma apreciação mais aprofundada, dada a sua implicação no bem-estar e saúde das crianças.

Palavras-Chave: Competências; Enfermagem; Desenvolvimento Infantil; Avaliação do Desenvolvimento Infantil; Processo de Decisão.



## **ABSTRACT**

This report was developed within the scope of the master's degree "Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica" and accomplished in "Escola Superior de Enfermagem do Porto", as part of the Professional Internship with report - Module II, to obtain the master and specialist title at this subject. This report focuses on a critical and reflexive analysis regarding all the activities and interventions that were developed in clinical teaching as well as their contribution in the development of the common specialist nurse skills and specific specialist nurse skills in pediatric and child health nursing, as avowded by the "Ordem dos Enfermeiros".

In this way, here are described the experiences under the influence of the critical thinking grounded in evidence-based and the cases studies elaborated in different contexts of the internship. This report also presents the arising activities resulting from the project for the development of specialized clinical skills centered on the assessment of child development, that were based on a bibliographic study of the subject, and are privileged synthetized analysis of the results obtained, as well as the originated proposals.

The study resulting from the implementation of the project has revealed that, now, the infant development assessment supported by the Mary Sheridan Rating Scale does not encompass all fundamentals of the psychomotor development. Given this, it does not adequately comply to all the necessities of the pediatric population in this area. The sensory processing is one of the neglected fundamentals in this evaluation, on which I focus a more in-depth assessment given its implication on the child's health and well-being.

Key-words: Skills; Nursing; Infant Development; Infant Development Assessment; Decision Process.



## **ABREVIATURAS**

AIMS - Escala Motora Infantil de Alberta

APSI - Associação para a Promoção da Segurança Infantil

CD - Código Deontológico

CER - Conselho de Enfermagem Regional

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DEBRA - Associação Portuguesa da Epidermólise Bolhosa

DGS - Direção Geral da Saúde

DNR - Decisão de Não Reanimar

DUBDH - Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos

DUDH - Declaração Universal dos Direitos Humanos

EB - Epidermólise Bolhosa

EDIN - Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né

EESIP - Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EFQM - European Foundation for Quality Management

EN - Escala Numérica

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

EVA - Escala Visual Analógica

FLACC - Face, Legs, Activity, Cry, Consolability

FACC-R - Face, Legs, Activity, Cry, Consolability - Revised

FPS-R - Faces Pains scale - Revised

GMA - General Movement Assessment

ISBAR - Introduction and Identify, Situation, Background, Assessment and Actions e Recommendations and Readback

NIPS - Neonatal Infant Pain Scale

N-PASS - Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PIPP - Premature Infant Pain Profile

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PP - Papel Parental

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RN - Recém-Nascido

SE - Saúde Escolar

SES - Sessão de Educação para a Saúde

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SPN - Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SPP - Sociedade Portuguesa de Pediatria

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCEN - Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

UNICEF - United Nations International Children's Emergency Fund

USF - Unidade de Saúde Familiar

WHO - World Health Organization

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO .....	11
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S) .....	29
3. CASO CLÍNICO 1: LACTENTE EM CONTEXTO DE UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR .....	39
3.1. Enquadramento teórico .....	39
3.2. Clientes .....	45
3.3. Medicação .....	46
3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	46
3.4. Domínios .....	48
3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	49
3.5. Conceção de Cuidados .....	50
3.6. Especificação das intervenções .....	55
3.7. Síntese relativa ao caso .....	58
4. CASO CLÍNICO 2: CRIANÇA NO PERÍODO DE TODDLER EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO MÉDICO-CIRÚRGICO .....	63
4.1. Enquadramento teórico .....	63
4.2. Clientes .....	68
4.3. Medicação .....	69
4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	69
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica .....	73
4.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. ....	74
4.5. Domínios .....	78
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	79
4.6. Conceção de Cuidados .....	80
4.7. Especificação das intervenções .....	86
4.8. Síntese relativa ao caso .....	89
5. CASO CLÍNICO 3: CRIANÇA NO PERÍODO PRÉ-ESCOLAR EM CONTEXTO DE URGÊNCIA .....	95
5.1. Enquadramento teórico .....	95
5.2. Clientes .....	104
5.3. Medicação .....	104
5.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	104
5.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica .....	105
5.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. ....	108
5.5. Domínios .....	111
5.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	111
5.6. Conceção de Cuidados .....	112

5.7. Especificação das intervenções .....	118
5.8. Síntese relativa ao caso .....	121
6. CASO CLÍNICO 4: RECÉM-NASCIDO EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS ... 127	
6.1. Enquadramento teórico .....	127
6.2. Clientes .....	133
6.3. Medicação .....	133
6.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	134
6.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica .....	138
6.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. ....	140
6.5. Domínios .....	145
6.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	145
6.6. Conceção de Cuidados .....	147
6.7. Especificação das intervenções .....	158
6.8. Síntese relativa ao caso .....	161
7. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	167
8. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO .....	211
9. BIBLIOGRAFIA .....	217
ANEXOS .....	237

## 1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

Este relatório apresenta-se em conformidade com o previsto no Regulamento do Segundo Ciclo de Estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto, no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP). Com a finalidade de descrever o processo de desenvolvimento e aquisição de competências, para posterior submissão a defesa pública e, conseqüentemente, obtenção do grau de mestre e o título de especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Esta conjuntura menciona que o relatório de estágio deve conter as atividades desenvolvidas e as mais-valias adquiridas no panorama das instituições de acolhimento, assim como, uma avaliação acerca dos objetivos integrados no projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, devendo evidenciar as competências desenvolvidas no decorrer do estágio.

Com essa finalidade, surge a presente exposição escrita, que decorre de um conjunto de experiências clínicas realizadas em contexto de Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC): Saúde Escolar (SE) e Unidade de Saúde Familiar (USF), Internamento Pediátrico, Urgência Pediátrica e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), tomando como clientes dos cuidados a criança/adolescente e os pais. Este relatório concretiza-se nos seguintes objetivos:

- Analisar de forma crítica e fundamentada as competências especializadas adquiridas no decorrer dos ensinamentos clínicos;
- Apresentar a análise crítico-reflexiva do desenvolvimento de competências de conceção de cuidados adquiridas com os estudos de caso;
- Apresentar os resultados da pesquisa bibliográfica e da minha reflexão crítica sobre a temática do projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas centrado na avaliação do desenvolvimento infantil, implementado no âmbito dos ensinamentos clínicos e as respetivas atividades desenvolvidas.

Em enfermagem o processo de tomada de decisão é complexo e uma constante, pretende a resolução de problemas, através da utilização de pensamento crítico, o qual substancia-se em processos contínuos de pensamento racional, emocional e intuitivo (Vieira, 2018). Requer uma estruturação cognitiva que é influenciada por fatores pessoais (crenças, ideologias, motivações); organizacionais, numa visão estrutural, onde se incluem aspetos relativos ao ambiente, cultura, recursos, políticas, carga de trabalho e programas educacionais; e relacionados com os clientes (Alaseeri et al., 2021). A evolução da tomada de decisão depende, portanto, do treino destes processos cognitivos para o aumento da rapidez e eficácia do pensamento.

O processo de tomada de decisão para cada caso de estudo foi realizado com recurso à plataforma educacional da ESEP, “E4nursing” que tem por base a Ontologia de Enfermagem aprovada pela Ordem dos Enfermeiros (OE), e que permite explicar o processo de enfermagem. Para cada caso clínico houve, pelo menos, dois momentos de contacto com o cliente, identificados como sessões. As sessões retratam, essencialmente, duas “imagens” de dois momentos diferentes da condição clínica dos clientes.

O caso clínico é constituído por 9 aspetos: (1) cenário clínico (que descreve de forma sucinta a situação atual do cliente alvo de cuidados); (2) enquadramento teórico (onde se sustenta o processo de tomada de decisão); (3) clientes envolvidos; e que nas situações em análise remete à criança com alusão à sua idade e sexo e à figura parental; (4) medicação (onde se documentam as prescrições e os aspetos de enfermagem a considerar relativamente a essa mesma medicação, nomeadamente os efeitos adversos e a intervenção de enfermagem perante os mesmos); (5) procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica (que remetem para as atitudes terapêuticas e dispositivos e/ou procedimentos invasivos que o cliente apresenta e as intervenções de enfermagem que resultam da presença dos dispositivos); (6) domínios (focos de atenção de enfermagem pertinentes para a conceção de cuidados, nos quais também consta uma justificação teórica da sua relevância perante o caso); (7) conceção de cuidados (conjunto de informação agregada que expressa os dados recolhidos sobre os domínios, respetivos diagnósticos de enfermagem, objetivos e as intervenções de enfermagem e a evolução dos dados, ao longo das sessões); (8) especificação das intervenções e (9) síntese onde se refletem entre outros aspetos os objetivos, as prioridades para os cuidados, a evolução do cliente e indicadores de resultado e a justificação das intervenções de enfermagem com maior relevância para o caso clínico em questão, com base na mais recente evidência científica.

Para a formação de um pensamento coerente e com bases fundamentadas que potenciem a ação de enfermagem segura, humanizada, de qualidade e com respeito pelos direitos dos clientes, o conhecimento baseado na evidência aliado à capacidade de pôr em prática, é fundamental.

A formação do conhecimento resulta dos seguintes processos cognitivos humanos: reflexão, perceção, memória, consciência, inteligência, cognição e emoção, advindos de neurotransmissões (Queiroz et al., 2020). Todos estes aspetos devem estar presentes para um indivíduo adquirir todo o tipo de conhecimento. O conhecimento em enfermagem, constrói-se através da reflexão na ação, sobre a ação e para a ação. A ação do enfermeiro, atenta ao contexto, à pessoa e à situação clínica, consubstancia-se na soma dos conhecimentos que detém, experiências prévias, capacidades pessoais e evidências científicas, cuja análise e reflexão e subsequente partilha e validação com os pares transforma o Conhecimento em Enfermagem numa Ciência de Enfermagem (Queirós, 2016). O conhecimento surge, portanto, da apropriação de todos os processos cognitivos inerentes à ação do enfermeiro, para o qual a investigação em Enfermagem tem manifestado uma importância crescente (Teixeira, 2021).

Aliado ao novo conhecimento configuram-se as bases conceituais sólidas para a prestação de cuidados em enfermagem de qualidade. Neste contexto, a seguir, são referidos conceitos e teorias que se mostraram transversais ao longo dos estágios realizados e que são centrais a todos os enquadramentos teóricos dos estudos de caso apresentados neste relatório. Foram, por isso, utilizados no desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo na prestação de cuidados explanada neste relatório e na conceção de cuidados dos casos clínicos analisados.

### **Teoria das transições**

A Teoria das Transições foi criada por Afaf Meleis em meados da década de 60. Esta teórica de enfermagem defende que quando as pessoas se deparam com eventos que provocam mudanças drásticas na sua vida realizam uma transição. Nesta teoria uma transição é definida pela passagem de uma fase, condição ou estado para outro. Para a realização deste processo transicional estão intrínsecos três conceitos essenciais: natureza das transições, condições das transições e os padrões de resposta, os quais são interdependentes (Lindmark, et al., 2019; Meleis, 2012).

Quanto à sua natureza, as transições são caracterizadas por tipos, padrões e propriedades. Nesta teoria são descritos 4 tipos de transição, designadamente, desenvolvimental, saúde-doença, organizacional e situacional. A transição desenvolvimental, foca o indivíduo, nas adaptações necessárias a eventos típicos do seu desenvolvimento identitário e de definição de papéis, como, parentalidade (paternidade, maternidade), adolescência, consciência da homossexualidade, entre outros (Meleis, 2010; Meleis, 2012; Ramalhal et al., 2013).

A transição saúde-doença diz respeito às mudanças na vida de um indivíduo decorrentes da passagem de um estado de saúde para uma situação de doença ou do agravamento da situação clínica prévia, mediante a gravidade, duração da hospitalização e repercussões (Meleis, 2012; Meleis, 2018).

A transição organizacional remete para mudanças nos ambientes institucionais, podendo ser precipitadas por mudanças no ambiente social, político, económico, alterações de estrutura ou dinâmicas institucionais. São alguns exemplos, implementação de novos modelos de enfermagem, introdução de novos programas e tecnologias ou, inclusive mudança de posições de liderança (Meleis, 2010; Meleis, 2012).

A transição situacional é associada a acontecimentos que implicam alterações de papéis, como, por exemplo, os pais terem que prestar cuidados de saúde especiais ao seu filho, adotando o papel de cuidador informal (Meleis, 2018).

Estes tipos de transição ocorrem conforme os seguintes padrões: simples ou múltiplos (uma ou várias), sequenciais (em simultâneo ou não), relacionados ou não relacionados (serem

interdependentes ou não) (Meleis, 2012; Meleis, 2018).

No que concerne às propriedades, integram-se os conceitos: consciencialização, envolvimento do indivíduo, mudanças e diferenças relativamente à situação prévia, tempo de transição, pontos críticos e eventos que ocorram durante o processo de transição. Fatores internos ou externos às pessoas que constituem condicionantes da vivência transacional individual, podem ser facilitadores ou dificultadores no processo de transição (Meleis, 2018).

Quanto às condições da transição, estas subdividem-se em pessoais (significados, atitudes e crenças culturais, estado socioeconómico, preparação e conhecimento da pessoa), da comunidade ou da sociedade (apoios sociais e da comunidade) (Meleis, 2012; Meleis, 2018).

Os padrões de resposta remetem para o comportamento responsivo da pessoa no decorrer do processo adaptativo à condição atual. O processo de transição pode ser avaliado tendo em conta indicadores de processo e indicadores de resultado. O indivíduo sentir-se conectado, interagir, estar situado, desenvolver confiança e coping, constituem os indicadores de processo, enquanto os indicadores de resultado se caracterizam pela integração fluida de identidades (processo de integração de um novo papel) e mestria (atingimento do nível máximo de consciencialização, conhecimento, capacidade e autoeficácia para cada diagnóstico com potencial para melhorar) (Meleis, 2012; Meleis, 2018).

Neste decurso, as terapêuticas de enfermagem fomentam o delineamento de estratégias de cuidados e a seleção das intervenções mais apropriadas para que a pessoa seja capaz de alcançar o estado de saúde desejável e realize uma transição saudável (Meleis, 2010).

### **Parceria de Cuidados**

Em pediatria os cuidados prestados têm por base o modelo de parceria de cuidados. Este modelo de cuidados de enfermagem reconhece os pais como parceiros ativos, valorizando as suas capacidades no exercício do seu papel. A aplicação deste modelo, no contexto clínico remete à inclusão dos pais nos cuidados prestados ao seu filho (OE, 2011a).

Neste âmbito, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) deve ser capaz de caracterizar o nível de participação dos pais, num processo de negociação, liderança e decisão, que integre a participação em cuidados de um menor a um maior nível de complexidade, consoante as necessidades da criança. O ponto de partida é o reconhecimento, nos progenitores, da capacidade de adaptarem o exercício da parentalidade à situação clínica do filho. Para tal, o enfermeiro deve ter competência para identificar as necessidades da criança (perfil da criança), assim como as necessidades (psicológicas emocionais, sociais, e de conhecimento e consciencialização) e capacidades dos pais, preparando-os progressivamente para manterem as suas funções durante a hospitalização (OE, 2015a).

A implementação de uma parceria de cuidados implica o estabelecimento de uma comunicação eficaz, com supremacia da partilha de conhecimentos, visando a autonomia e a capacitação na tomada de decisão informada em todo o processo assistencial ao filho. A instituição de uma comunicação que capacite e disponibilize o suporte necessário à gestão adequada dos cuidados ao filho, tanto no que concerne a cuidados que satisfaçam necessidades desenvolvimentais inerentes a condições comuns de saúde, quanto a situações que requerem cuidados de especial complexidade decorrentes da condição clínica agravada ou crónica da criança, exigindo a prestação de cuidados especiais no domicílio (OE, 2011a).

Com base em Sousa et al. (2023), podemos enumerar sete intencionalidades terapêuticas da parceria de cuidados:

1. Promoção da participação dos pais nos cuidados desenvolvimentais, isto é, do Papel Parental (PP) habitual;
2. Promoção do PP especial, com a aquisição de competências específicas;
3. Promoção do desempenho do PP especial permanente;
4. Melhorar o desempenho do PP especial permanente, quando identificada a necessidade de melhorar as competências parentais;
5. Diminuir a sobrecarga parental, com o objetivo de promover o descanso dos pais;
6. Preparar os pais para desempenharem o PP especial inaugural;
7. Preparar os pais para promover a autonomia da criança.

A implementação de uma parceria de cuidados implica, também, considerar alguns aspetos, como:

- Condição das necessidades da criança, antes, durante e após a hospitalização;
- Condição do papel parental, antes, durante e após a hospitalização.
- Vontade e disponibilidade que os pais têm para participar nos cuidados, assim como o tempo de permanência junto do(a) filho(a);
- Duração do internamento;
- Sobrecarga parental.

## **Literacia em Saúde**

A literacia em saúde é vital para o incremento de uma boa saúde e bem-estar. As pessoas precisam de saber como prevenir doenças e como procurar os sistemas de saúde para obterem bons resultados de saúde. Com base na estatística da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde (SPLS), 61% dos portugueses tem um nível inadequado ou problemático de literacia em saúde (SPLS, 2024). Esta percentagem é preocupante e enaltece a necessidade de intervenção por parte do EEESIP, no que diz respeito à promoção da literacia em saúde dirigida aos clientes dos seus cuidados, criança e mãe/pai.

A declaração de Shanghai publicada pela World Health Organization (WHO) em 2017, mudou a visão da promoção da literacia em saúde, reconhecendo-a como uma prática coletiva de uma comunidade que capacita e constrói conhecimento em vez de atribuir responsabilidade individual, uma vez que considera que a abordagem anterior negligenciava as forças estruturais e sociais que moldam as nossas decisões (WHO, 2024b). Esta nova visão redireciona a intervenção de enfermagem para a comunidade, reconhecendo o impacto do conhecimento social na saúde da população.

### **Informoterapia**

A informoterapia constitui uma prescrição informativa no âmbito da saúde com base na evidência, no momento oportuno, tendo por base os seguintes princípios: “Informação certa, para a pessoa certa, na hora certa” (Mettler & Kemper, 2006, p. 374).

Com a finalidade de melhorar o conhecimento dos clientes sobre saúde, é imprescindível que o enfermeiro adote esta estratégia terapêutica na sua prestação de cuidados, atendendo ao nível de conhecimento dos clientes no momento da intervenção e disponibilidade psicoemocional dos mesmos para aprenderem.

### **Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de saúde infantil e pediátrica**

Com o propósito de ilustrar o sistema conceitual da temática selecionada para o projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas: avaliação do desenvolvimento infantil, realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório Módulo I e implementado no Módulo II, explano os objetivos e atividades do projeto, um breve enquadramento da temática confrontando-a com a sua transcendência mundial e a sua integração em enfermagem.

Objetivos gerais do projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica:

- Desenvolver competências de enfermeira especialista no âmbito da avaliação do desenvolvimento infantil;
- Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, com especial enfoque no desenvolvimento infantil;
- Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, com especial enfoque no desenvolvimento infantil;
- Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem, com especial enfoque no desenvolvimento infantil;

- Desenvolver competências de conceção e documentação dos cuidados de enfermagem à criança/jovem e família, com especial enfoque no desenvolvimento infantil.

Objetivos específicos do projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica:

- Diagnosticar precocemente alterações no desenvolvimento infantil que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança;
- Promover a adaptação da criança/jovem e família a alterações focalizadas no desenvolvimento infantil;
- Promover o crescimento e desenvolvimento infantil;
- Promover a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais;
- Melhorar competências no âmbito da documentação dos cuidados com enfoque no desenvolvimento infantil.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) defende que o investimento em intervenções de saúde direcionadas para o desenvolvimento da criança em todas as dimensões cognitiva, linguística, social, emocional e física, principalmente, até aos três anos de vida, deve ser uma prioridade, tendo em conta os ganhos de 7-10%, que estas intervenções advogam no decurso da vida (OMS, 2016).

A Agenda da Juventude para a Saúde 2030, integrada no Plano Nacional de Saúde 2021-2030, incrementa uma nova visão da saúde em contexto escolar, incitando a uma mudança da cultura focada no alcance do sucesso, para uma cultura promotora de um desenvolvimento equilibrado da criança, favorecendo, para tal, a capacitação destas crianças para a promoção de bem-estar físico e psicológico (Conselho Nacional de Saúde, 2021).

Para além da importância primacial que o desenvolvimento infantil tem a nível mundial, segundo a United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), constitui um direito da criança (UNICEF, 2020). Este é um tema abrangente e a sua avaliação sempre integrou uma das áreas do meu interesse pessoal e profissional. Para intervir com a máxima eficácia é fulcral realizar a avaliação integral da criança, identificar e diagnosticar atempadamente, com base numa estrutura teórica consistente e fiável, alterações que possam comprometer o desenvolvimento da criança e que contribuam para a diminuição da sua qualidade de vida e/ou bem-estar. Por estas razões selecionei a avaliação do desenvolvimento infantil como a temática transversal à formação deste projeto.

O desenvolvimento é definido como uma “mudança gradativa e expansão; evolução dos estágios inferiores para os estágios de maior complexidade; a emergência e expansão das capacidades individuais por meio do crescimento, amadurecimento (ou maturação) e aprendizagem”. Encontrando correlação com o crescimento, amadurecimento e aprendizagem,

o desenvolvimento encontra-se diretamente dependente de vários fatores: intrínsecos ao indivíduo, adquiridos e externos. O primeiro fator guarda relação com a fisiologia, genética e biologia, enquanto os fatores adquiridos e externos vão progressivamente ter influência, no desenvolvimento, à medida que o indivíduo contacta com o ambiente, onde se inserem os processos sociais, comunicacionais e culturais, fatores que o profissional deve ter em conta na avaliação do desenvolvimento da criança (Hockenberry et al., 2018).

Para enfermagem o desenvolvimento humano é caracterizado pelo seu caráter infindável e multidimensional. A abrangência desta caracterização é evidenciada na Ontologia de Enfermagem, cuja finalidade se reporta à representação da disciplina, descrevendo e relacionando conceitos centrais de enfermagem com base na melhor evidência, na qual o conceito desenvolvimento humano integra vários domínios do conhecimento em enfermagem, inclusive o desenvolvimento infantil (OE, 2023).

Neste sistema organizacional de conceitos da disciplina de Enfermagem o desenvolvimento infantil é o foco de atenção/diagnóstico subscrito ao domínio desenvolvimento psicomotor, o qual se encontra descrito na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) como “Desenvolvimento da criança: processo natural e evolutivo. Integra a coordenação, a comunicação, a socialização e os aspetos da mobilidade. Capacidade para interagir com o meio envolvente através dos comportamentos.” (ICN, 2020, p. 42). Com base nesta descrição, depreendo que os aspetos do desenvolvimento infantil que concretizam o desenvolvimento psicomotor dizem respeito à coordenação e motricidade, à comunicação, à socialização e à capacidade de interação com o meio através de comportamentos, de acordo com o que é expectável em cada faixa etária.

A primeira fase de todo o processo interventivo no desenvolvimento infantil da criança materializa-se na sua avaliação. A realização da correta estimativa da dimensão, qualidade ou significado atribuído aos aspetos do desenvolvimento da criança é essencial para intervir precocemente e promover o desenvolvimento ajustado às necessidades de cada criança. Esta intervenção sustenta-se na observação atenta e baseada num vasto leque de conhecimentos do Enfermeiro sobre a temática, onde os instrumentos de avaliação do desenvolvimento psicomotor servem como suporte à sua tomada de decisão (ICN, 2020; OE, 2010).

As teorias do desenvolvimento infantil constituem a base do conhecimento sobre o mesmo. Nesta ótica, torna-se fulcral que o EESIP incorpore este conhecimento de forma a que a avaliação do desenvolvimento infantil abranja a criança na sua integralidade. São oito as principais teorias do desenvolvimento infantil que passo a descrever, de uma forma mais extensa, dada a centralidade que assumem num projeto de desenvolvimento profissional relacionado com o desenvolvimento infantil.

## Teoria Psicossexual de Freud

Segundo Freud o aparelho psíquico é dividido num ego voltado para o mundo externo e num ego interligado com a consciência. Este neurologista e psicanalista, pensa o ser humano como um ser inconsciente, dominado pelas suas necessidades instituais (Jolibert, 2010). Na sua teoria psicossexual, Freud refere-se à sexualidade como um conceito que engloba todas as excitações e atividades presentes desde a infância, proporcionadoras de uma irreduzível sensação de prazer face à satisfação das necessidades fisiológicas básicas (ventilação, alimentação, eliminação, etc.), não se cingindo apenas a atividades prazerosas decorrentes do funcionamento do aparelho genital. Esta conceitualização designa a forma normal de amor sexual. Considerando o critério afetivo, dividiu os comportamentos do indivíduo com os seus objetos de prazer, em fases sucessivas de desenvolvimento, nomeando-os com a parte corporal dominante do hedonismo de cada fase: fase pré-genital, período de latência e fase adulta ou genital (Kline, 1980).

A fase pré-genital remete a um prazer auto-erógeno e abarca as três fases: oral, anal e fálica. A fase oral ocorre desde o nascimento até aos 2 anos, na qual a energia sexual é dirigida para os lábios e língua, a primeira zona erotógena, sendo a primeira zona explorada pela criança, associada ao prazer de se alimentar. A fase anal inicia por volta dos dois, três anos associando-se ao prazer sexual provocado pelo ato de defecar ou reter as fezes e a fase fálica, coincide com o término do complexo de Édipo, por volta dos cinco anos, quando a criança reconhece que tem um pênis ou uma vulva (Kline, 1980; Zavaroni, Viana, & Celes, 2007).

Freud afirma que por volta dos quatro ou cinco anos, o núcleo da neurose, complexo de Édipo, está presente. O menino apaixona-se pela mãe e considera que o pai é um rival desejando eliminá-lo, no entanto, o temor pelo pai e o medo de ser castrado reprime esse desejo, levando-o a abandonar a mãe e a identificar-se com o pai, procurando por outra mulher que substitua a mãe. Por outro lado, a menina vê a mãe como sua rival, culpando-a por tê-la concebido sem o órgão genital masculino, apaixonando-se pelo pai. Quando o pai recusa o amor edípiano de sua filha, ela entende que nunca vai ter o órgão genital masculino, identificando-se com a mãe e teme o seu abandono, substituindo esse interesse pelo amor de outro homem que substitua o pai (Kline, 1980). A essência do processo de repressão não tem o seu construto na destruição da ideia que representa o instinto, mas em evitar que se torne consciente (Jolibert, 2010).

O período de latência ocorre com a extinção da sexualidade pré-genital, até aos doze, treze anos, onde o jovem em maturação apresenta uma vida sexual limitada em exclusivo às suas fantasias passando a envolver-se em atividades culturais (Jolibert, 2010; Kline, 1980).

O início da puberdade e as transformações biológicas e psicológicas preparam o jovem para a fase adulta ou genital da teoria psicossexual. Nesta fase os impulsos sexuais são despertados por mudanças hormonais no organismo da criança, atingindo a sua plenitude por volta dos dezassete, dezoito anos (Kline, 1980).

Na idade adulta o distúrbio funcional, na esfera genital, ligado a perturbações do comportamento de ordem afetiva é explicado pela sujeição do desenvolvimento geral ao desenvolvimento libidinal (Souza, 2016).

### **Teoria Psicossocial de Erikson**

Para Erikson o ser humano é um ser social, que vive em grupo e sofre a pressão e a influência desse grupo. O foco são as relações sociais. Afirma que a infância é uma época fulcral para o desenvolvimento psicológico e motor, mas a personalidade construída não é fixa, pode alterar consoante as experiências vivenciadas. Dividiu o desenvolvimento humano em oito fases. A cada etapa, o crescimento do indivíduo deve-se às exigências do ego, assim como, das exigências do seu ambiente. Os estágios são caracterizados por crises do ego, que podem ter um desfecho positivo - ego mais forte e rico (ritualização) ou negativo - ego mais fragilizado (ritualismo). A personalidade vai-se formando a cada crise, enquanto o ego se vai adaptando aos sucessos e fracassos. Cada fase tem a sua força característica (Carpigiani et al. 2014; Erikson, 1976). Conforme referido em Carpigiani et al. (2014) & Erikson (1976), descrevo, de seguida, as fases que correspondem ao desenvolvimento até à faixa etária adolescência:

- 1ª fase: Confiança Básica vs Desconfiança Básica (Estágio oral freudiano) - Fase da primeira infância. O RN e o lactente voltam a sua atenção para a pessoa que lhe provê conforto e responde às suas necessidades, a mãe. Assim, estabelece-se a primeira relação social da criança. Ao separar-se da mãe, sentido a sua falta começam a lidar com a força básica, a esperança. Com o regresso da mãe eles percebem que é possível querer e esperar. Começam a entender que embora possam estar fora do seu campo de visão, as pessoas e os objetos existem.
- Se a resposta for positiva, a criança adquire confiança básica, se não, surge a desconfiança básica, o mundo não lhe corresponde e é mau e ingrato. O convívio com alguma frustração é necessário para a manutenção de ordem cósmica, estruturação e organização do universo. Tudo o que é feito está interligado num só, as nossas atitudes ficam impregnadas no Universo.
- 2ª fase: Autonomia vs Vergonha e Dúvida (Estágio anal freudiano) - A criança já controla alguns movimentos musculares e dá início à sua atividade exploratória e à conquista da sua autonomia. Contudo, sob algumas regras sociais. Através da aceitação destas regras, a criança começa a aprender o que é esperado de si, quais os seus privilégios, obrigações e limitações. Assim, surge o seu poder de julgamento.
- Para a aquisição de autonomia, a criança sofre alguma vergonha juntamente com o encorajamento dos pais. Se a criança sentir vergonha de forma persistente, pode estar a ser estimulada para o descaramento e dissimulação, como defesa ou dúvida das suas

competências e potencialidades. Se o sentimento resultante for de autocontrole sem perda de autoestima, fomenta o sentimento de boa vontade e orgulho, se resultar em sentimento de descontrole e excessivo controle exterior, potencia sentimentos de dúvida e vergonha.

- 3ª fase: Iniciativa vs Culpa (fase fálica freudiana) – A aquisição bem-sucedida da confiança e autonomia alavanca a aquisição de iniciativa, através do seu crescimento intelectual (alfabetização e ampliação do círculo de amigos). Após sentir-se capaz de planejar e realizar, a criança tende a ter duas atitudes. Por um lado, fixar-se no alcance de metas impossíveis, formando o complexo de Édipo (modelo freudiano). A criança sente-se culpada por não conseguir realizar o que desejou. A não resolução da falta de iniciativa pode causar patologias sexuais (repressão, impotência) ou psicossomáticas (somatização do conflito).
- O sentimento de culpa na mente da criança pode associar-se à sensação de fracasso. Por outro lado, o sentido de iniciativa pode ser positivamente relacionado com a construção de responsabilidade. Nesta fase é importante que o adulto mostre que a criança, ainda, não é capaz de fazer algumas coisas. Quando a criança percebe que não é capaz (ainda), em vez de fantasiar realiza um “treino” de personalidade através de jogos (testes de capacidade mental, dramatizações, testando várias personalidades e brinquedos), que permitem a conexão da sua realidade interna com a sua realidade externa. Esta brincadeira incorpora o perigo da personificação, ou seja, a criança desempenha papéis e exacerba a fantasia de outras personalidades, afastando-se do seu verdadeiro “eu”.
- 4ª fase: Diligência vs Inferioridade (fase de latência segundo Freud) – Marcada pelo controle. A criança desenvolve a ideia de perseverança, aprendendo a valorizar as atitudes atuais, reconhecendo que podem trazer recompensas para o futuro. Começa o interesse pelo trabalho, numa tentativa de se aproximar do mundo do adulto – trabalho é sinónimo de competência. Nesta fase a criança necessita de método e regulação para canalizar a sua energia psicológica, o que pode ser encontrado no estudo. Assim, a criança começa a saber com mais segurança “o que quer ser quando crescer”. Contudo, o formalismo consequente, ou seja, a repetição obsessiva de formalidades em ocasiões que não tem sentido, empobrece a personalidade e prejudica as relações sociais da criança.
- 5ª fase: Identidade vs Confusão de Identidade – Surge a questão da crise de identidade. Uma fase de transformações físicas e psicológicas, que ressalta a necessidade de segurança. Segurança encontrada nas fases anteriores construtivas do seu ego. O adolescente começa a questionar o que é, se é diferente dos pais, o que quer ser. E com a resposta a todas as questões, procura enquadrar o seu “EU” num papel da sociedade. O envolvimento ideológico comanda a formação de grupos, uma vez que o ser humano precisa que o seu grupo apoie as suas ideias e identidade.

- A opinião do outro é extremamente importante, causando a mudança de atitude e remodelação da personalidade, nem que seja por um curto período de tempo, para se assemelhar aos pares. O sentimento de incapacidade de pertencer ao mundo adulto pode ocasionar uma regressão. A projeção das suas tendências noutra pessoa, por não aceitar a sua identidade são mecanismos base para a formação de preconceitos e discriminações.
- Se as fases anteriores forem bem consolidadas e bem-sucedidas há mais probabilidade de alcançar a estabilização da sua identidade. Assim, poderá alcançar a estabilidade com os outros e conquistar lealdade e fidelidade consigo e propósitos, conquistando o senso de identidade contínua.

### **Teoria Socio-histórica e Educação de Lev Vygotsky**

Segundo Vygotsky, o desenvolvimento psicológico ocorre em paralelo com a apropriação da forma de agir cultural. O indivíduo forma as suas características a partir das diversas interações com o meio envolvente. Estabelece trocas com o meio, internaliza as formas culturais e transforma-as. Assim, o comportamento humano vai sendo construído através desse processo interativo. O psicológico humano é compreendido por meio de 3 dimensões: social, cultural e individual (Sirgado, 2000).

Internamente, o indivíduo é capaz de autorregulação – o sujeito regula as suas próprias ações. O plano interno não é uma cópia do externo, mas a apropriação de formas de ação a partir do domínio de conhecimentos e estratégias que ocorrem no contexto interativo (Frawley, 2000).

A educação é valorizada por Vygotsky, uma vez que ele acredita que ao organizar, formalmente, o conhecimento, o sujeito é capaz de modificar o modo de ver e pensar sobre o mundo. É a aprendizagem que possibilita e coloca em prática o desenvolvimento. Segundo (Frawley, 2000; Sirgado, 2000), nesta teoria existem três níveis de desenvolvimento:

- Nível de Desenvolvimento Real – Conquistas já efetivadas, conhecimentos que o sujeito já aprendeu, consolidou e domina;
- Zona de Desenvolvimento Potencial ou Proximal - Espaço entre o que o indivíduo ainda não consegue fazer e aquilo que já realiza autonomamente. Caminho a percorrer para desenvolver o seu amadurecimento.
- Nível de Desenvolvimento Afetivo – Aquilo que o sujeito é capaz de realizar, mas ainda não consegue sozinho.

Neste processo a linguagem é essencial, para possibilitar ao indivíduo interagir e é construída a partir de conceitos preexistentes culturalmente. Assim, o sujeito adquire novas formas de pensar, agir e de se organizar. As formas superiores de comportamento consciente (pensamento, memória, atenção voluntária), encontram-se nas relações sociais que o homem estabelece. O homem é um ser ativo que age sobre o mundo, em interações constantes, transformando-as para criar um plano interior funcionante.

Segundo, Frawley, 2000 & Sirgado, 2000, o Desenvolvimento Infantil subdivide-se em três aspetos:

- Instrumental – Resposta ao ambiente, alteração do ambiente e utilização dessas modificações para instrumentalizar o comportamento.
- Cultural – Meios estruturados socialmente que a sociedade estrutura em tipos de tarefas que a criança enfrenta e os instrumentos, físicos e intelectuais que ela dispõe para dominar essas tarefas.
- Histórico – Instrumentos utilizados pelo homem, para ser capaz de dominar o ambiente e o seu próprio comportamento, foram sendo formados ao longo da história social cívica.

É através dos meios, historicamente determinados e culturalmente organizados, de interiorização da informação que transformou a natureza social em natureza psicológica. A fala egocêntrica para Vygostky é uma transição da linguagem exterior para a interior. O início da linguagem é fundamental para o desenvolvimento das funções psicológicas do sujeito (Sirgado, 2000).

### **Teoria do Desenvolvimento Cognitivo de Piaget**

Para Piaget o desenvolvimento é concordante com o elevar o nível operativo, aquisição de comportamentos adaptativos que exigem a evolução de estruturas mentais cada vez mais complexas e abrangentes. A aprendizagem é adquirida a partir da experiência anterior e de forma gradativa (Silva et al., 2013).

Piaget afirma que a hereditariedade limita o desenvolvimento. A maturação caracterizada por mudanças biológicas geneticamente programadas, que conduz à manifestação do potencial herdado estabelece esses limites. Embora de forma individual não seja responsável pelo desenvolvimento cognitivo, permite que ele ocorra (Piaget, 2012). O indivíduo apenas recebe um conhecimento se estiver preparado para o receber, de acordo com a sua atividade, capacidade de o indivíduo agir sobre o ambiente e aprender com ele. O conhecimento é construído através da interação com o outro (Fonseca et al., 2021).

O desenvolvimento cognitivo da criança decorre de um processo de equilíbrio, que consiste na procura de equilíbrio entre a estrutura mental e o contexto/ambiente (teoria da equilíbrio), inclui a assimilação (incorporação da realidade através de esquematização mental) e a acomodação (adequação dos esquemas mentais aos objetos) para que ocorra uma nova adaptação, e o equilíbrio seja restabelecido. As transmissões sociais são informações captadas da interação com os pares e transmitidas pelos pais, professores ou livros, durante a educação. A criança evolui com os seus conflitos cognitivos. O conhecimento é adquirido por via dos objetos físicos e sociais com os quais a criança contacta por via de dois componentes, componente física – a criança percebe que o vidro parte e que o gelo derrete e componente

lógico-matemática - a criança constrói uma sequência lógica entre os objetos (alto-baixo, pouco-muito) (Fonseca et al., 2021; Piaget, 2012).

Deste pensamento acerca do desenvolvimento infantil, segundo Fonseca et al. (2021); Piaget (2012); Silva et al. (2013) & Queiroz et al. (2011), Piaget dividiu o processo cognitivo em quatro estágios que se encontram descritos seguidamente:

- 1º Estágio - Estágio Sensório-motor: do nascimento até aos dois anos. Com a evolução da percepção e dos movimentos a criança vai adquirindo novas habilidades cognitivas RN: Presença de reflexos, que melhoram com o treino. Por volta dos 5 meses: o lactente apresenta coordenação dos movimentos da mãos e olhos, conseguindo pegar em objetos. Por volta de um ano: começa a distinguir o eu do mundo exterior, admitindo que o objeto continua a existir, mesmo que não o perceciono (permanência do objeto). No final do período: Capacidade de alterar o meio para atingir o objetivo. Ex.: Puxar a toalha para alcançar a garrafa.
- 2º Estágio - Estágio Pré-Operatório: entre os dois e os sete anos. O aparecimento da linguagem provoca alterações cognitivas, emocionais e sociais. O desenvolvimento mental é caracterizado pelo egocentrismo cognitivo-social. A criança transforma o real em simbolismos, consoante os seus desejos e fantasias, para explicar a sua própria noção do mundo (as suas atividades, o seu Eu e as suas leis morais) - Jogo simbólico. Esta fase termina na procura da razão dos acontecimentos e experiências motoras, sensoriais e perceptivas, a fase dos "Porquês". Surgem afetos interindividuais. A criança nutre respeito pelas pessoas que julga serem superiores, num misto de amor com temor. Interesse por diferentes atividades, à medida que as suas habilidades evoluem e cria uma escala de valores próprios, através dos quais avalia as suas próprias ações.
- 3º Estágio - Estágio das Operações Concretas: entre os sete e os onze, doze anos. Início da construção lógica. A criança começa a ser capaz de refletir. Inicia a capacidade de interligação de pontos de vista diferentes, a partir do estabelecimento de relações entre eles. A criança começa a integrá-los e a coordená-los, de forma lógica e coerente no plano afetivo. É capaz de trabalhar em grupo e em simultâneo manter a sua autonomia pessoal, através de normas próprias de organização grupal - as regras são válidas e verdadeiras, quando todos as adotam e expressam a vontade de todos. Começa a pensar antes de agir, refletir sobre o passado e antecipar o que poderá acontecer no futuro e age de acordo com as situações presentes ou passadas que vivenciou.
- 4º Estágio - Estágio das Operações Formais: entre os onze, doze anos e a fase adulta. O pensamento concreto transita para o pensamento formal - Domínio da capacidade de generalização e abstração. Criação de teorias sobre o mundo e de aspetos que no entendimento do adolescente necessitam ser reformulados. À medida que este processo vai evoluindo a reflexão deixa de ter o propósito de contradizer e passa a ser a antecipação e a interpretação da experiência. Vivência de diversos conflitos a nível afetivo, pelo desejo de se libertar do adulto, mas continua a depender dele. O grupo de pares é muito importante, desejando ser aceite pelos amigos e adultos, os quais determinam o seu vocabulário e as suas escolhas pessoais e aspetos do comportamento.

Esta fase atinge o equilíbrio com a aproximação da fase adulta.

### **Teorias Comportamentalistas**

As teorias comportamentalistas dizem respeito ao processo estímulo-resposta. Dependendo do estímulo a que a criança é sujeita exibe uma determinada resposta comportamental. Entre estas teorias destaco a teoria de Pavlov, de Skinner e de Bandura.

A teoria do condicionamento clássico de Pavlov, teve origem na sua experiência com cães, tendo observado que estes animais salivavam apenas com o cheiro da comida, mesmo sem a terem degustado. Decidiu adicionar o som do sino antes do fornecimento da comida, o que provocou a reação de salivação, apenas com o som do sino, um estímulo que antes desta associação era neutro, sem significado. Desta forma, concluiu que dependendo do estímulo: neutro (estímulo incapaz de produzir uma resposta reflexa), incondicionado (estímulo gerador de resposta inata) ou condicionado (estímulo resultante da associação do estímulo neutro ao estímulo incondicionado), podem ocorrer duas respostas: resposta incondicionada (resposta inata e automática ao estímulo incondicionado) e resposta condicionada (resposta aprendida gerada pelo estímulo condicionado) (Pavlov, 1976).

Skinner tentava entender o comportamento humano, pelo que realizou um estudo observacional com ratos. O facto de os ratos terem aprendido rapidamente o comportamento de pressionarem a barra para obterem alimento e que este acontecia com maior velocidade mediante a repetição, conseqüente de um efeito agradável, levou-o a criar a teoria da Abordagem Comportamental ou Behaviorismo. Na sua teoria, Skinner afirma que a manutenção de um comportamento é desencadeada por fatores favoráveis à aquisição de resposta: reforços (estímulo ou evento que incrementa a probabilidade de ocorrência do comportamento) positivos ou negativos; ou fatores desfavoráveis que impelem à eliminação da resposta: punição (estímulo aversivo após a resposta) ou extinção (diminuição da resposta ao estímulo por supressão do reforço). Entende por reforço positivo, a atribuição do estímulo e negativo a remoção do estímulo, em consequência do comportamento (Abib, 2001).

A teoria social cognitiva de Bandura define que o desenvolvimento e a ação humana decorrem da relação entre o indivíduo, o comportamento e o ambiente, que denominou de relação triádica recíproca. O comportamento é influenciado pelo meio, por características internas ao indivíduo e pelo próprio comportamento, constituindo o determinismo recíproco. O fator indivíduo está dependente de aspetos individuais (género, tamanho, posição social e crença) e fatores cognitivos (memória, antecipação, planeamento e critério) (Almeida, et al., 2013). Esta teoria enaltece a perspetiva de flexibilidade de aprendizagem do ser humano, o que não significa que o comportamento seja produto exclusivo do pós-nascimento. A maioria dos padrões de comportamento humano são organizados por experiências individuais e armazenados em

códigos neuronais. Alguns desses padrões já estão presentes ao nascimento.

Na aprendizagem social, o ser humano é detentor de capacidade de autorregulação, de autoreflexão, de apreciar a autoeficácia, de aprendizagem vicariante (aprender com a observação dos outros), de previsão, abstração e utilização de símbolos. A autoeficácia é a crença do indivíduo na sua capacidade de realizar ou produzir um efeito que deseja, estando dependente de experiências anteriores, modelagem social, persuasão social e do estado emocional e físico da pessoa. O indivíduo autorregula-se monitorizando os seus comportamentos e produzindo autorreforço e autopunição (Dias & Silva, 2019).

A aprendizagem por observação depende de aspetos inerentes a processos cognitivos do indivíduo e desenvolvimento social, como a atenção, a memória, o comportamento e a motivação. A aprendizagem ativa advém da reflexão do comportamento e da avaliação das suas consequências. As consequências têm como função prever os efeitos das ações, motivar comportamentos antecipatórios e reforçar. A aprendizagem por observação é a mais eficaz, uma vez que ao evitar a exposição do indivíduo a reforços ou punições, previne o atraso nos processos cognitivos e no desenvolvimento social (Dias & Silva, 2019).

Como agente moral é capaz de se autocontrolar por condutas morais, mediadas por mecanismos de redefinição ou reconstituição do próprio comportamento (minimizar, ignorar ou distorcer as consequências do seu comportamento, culpar ou desumanizar as vítimas, deslocar ou dispersar a responsabilidade pelos seus atos) (Almeida, et al., 2013).

### **Teoria do Apego de John Bowlby**

Após estudar os efeitos do cuidado materno sobre as crianças, John Bowlby desenvolveu a Teoria do Apego. Considera o apego um mecanismo básico dos seres humanos. É um comportamento biologicamente programado, sendo considerado um sistema de controle homeostático, com a funcionalidade com outros sistemas de regulação comportamental. Segundo Bowlby, o apego exige que a criança saiba que a sua figura de apego está disponível e adota um comportamento responsivo perante as suas necessidades, promovendo um sentimento de segurança e fortalecedor da relação. O estabelecimento da relação com os pais procede um conjunto de sinais inatos ao RN e lactente que demandam proximidade. A consistência do cuidado, a sensibilidade e responsividade do cuidador associado às capacidades cognitivo-emocionais da criança contribuem para a formação de um verdadeiro vínculo (Bowlby, 1989).

Esta teoria guarda relação com os pressupostos de que as primeiras relações de apego estabelecidas na infância afetam o estilo de apego do indivíduo ao longo da sua vida. O comportamento de apego (ações de uma pessoa para alcançar ou manter proximidade com outra, considerada mais apta para lidar com o mundo) é instintivo e evolui ao longo do ciclo

vital, não encontrando relação com sensação de prazer, uma vez que existe, mesmo que os cuidadores não respondam às suas necessidades fisiológicas. Ao longo do ciclo vital estes comportamentos variam de intensidade e forma, podendo ter formas ativas (procura do cuidador), formas aversivas (choro) ou formas/sinais comportamentais que alertam o cuidador para o interesse de interação (sorriso ou balbucio). Os padrões destes comportamentos revelam a força e a qualidade do apego (Bowlby, 1998).

Bowlby identificou dois fatores que interferem com a ativação dos comportamentos de apego, cuja interação é complexa e dependente da estimulação do sistema de apego: condições físicas ou temperamentais relacionadas com a criança e condições do ambiente. O sistema de apego interfere, diretamente, com as respostas afetivas e o desenvolvimento cognitivo da criança, uma vez que requer a representação mental das figuras de apego, de si e do meio, tendo em conta a experiência (Bowlby, 1989; Bowlby, 1998).

### **Teoria de Wallon**

Wallon concebeu uma teoria prognostica das transformações na pessoa, pretendendo que a teoria considerasse a Pessoa Completa. Surgiu a teoria Psicogénese da Pessoa Completa, que pressupõe o estudo da génese dos processos que constituem o ser humano, na qual se incorporam os campos funcionais, a seguir descrito, e que compõem o ser humano na sua integralidade (Wallon, 1995; Torres, 2005).

- A noção do EU, consiste na consciência da criança sobre si (Wallon, 1995);
- “O movimento é o principal sinal de vida da criança, relacionando-se com a expressividade e capacidade da criança se locomover e agir no mundo”. Wallon dividiu-o em expressivo (movimento ligado às emoções) e instrumental (movimento de ação direta sobre o meio) (Wallon, 1995).
- As emoções constituem as primeiras manifestações de afeto da criança, compondo a soma de todas as suas reações físicas e psicológicas. São um estado provisório, que Wallon afirma fazerem parte de um processo interno da criança, caracterizando-se por direcionar a percepção da criança para o seu interior (Santos, et al., 2022).
- A inteligência remete para a capacidade expressiva da criança. Numa fase precoce mais centrada nos movimentos e emoções e posteriormente, a expressão é realizada através da linguagem. A inteligência é subdividida em sincrética e categorial. A inteligência sincrética ressalta a utilização da percepção em vez de conceitos, enquanto a inteligência categorial tem superior complexidade, estabelecendo relação com a utilização de conceitos em vez da percepção, por parte da criança (Wallon, 1995).

Ao contrário de Piaget, Wallon pensa o desenvolvimento infantil como um processo descontínuo e como consequência de sucessivas rupturas, podendo uma fase ter características da fase anterior ou da fase seguinte. A pessoa não se desenvolve para um estágio superior. O

desenvolvimento da pessoa realiza-se em concomitância com constantes transformações. A cada rutura corresponde a necessidade de mudança. A criança, o adolescente, o adulto, precisam realizar mudanças para se adaptar à vida naquele momento, o que é concordante com o contexto conceitual da teoria das transições (Wallon, 1995; Torres, 2005).

Nesta sequência, Wallon (1995) estruturou o desenvolvimento em 5 estágios:

- Impulsivo-emocional: primeiro ano de vida. Fase com predomínio das emoções, pelas reações expressivas de necessidade de cuidados.
- Sensoriomotor e projetivo: entre o primeiro e os três anos. Fase onde predomina a cognição, pelo aumento da autonomia com origem na aquisição de marcha, uma vez que permite a exploração do meio.
- Personalismo: entre os três e os seis anos. Fase marcada pela consciencialização do EU. A criança começa a referir-se mais a si.
- Categorical: entre 6-12 anos. Fase enaltecida pela cognição no âmbito da inteligência categorial. Após a sua definição como pessoa a criança interessa-se em organizar o mundo por conceitos.
- Predominância funcional: adolescência. A mudança biológica típica desta fase, caracterizada por alterações hormonais, voz, crescimento de pelos, provoca alteração da percepção sobre o EU.

Quanto à sua estrutura, este relatório está organizado em vários capítulos. No capítulo 2 são caracterizados os contextos onde decorreram os estágios. Os capítulos 3, 4, 5 e 6 dizem respeito aos estudos de casos exemplificativos da concepção de cuidados nos diferentes contextos clínicos. No capítulo 7 são expostos os contributos dos estágios para o desenvolvimento de Competências de Enfermeiro EESIP com base no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e no Regulamento das Competências Específicas do EESIP. O capítulo 8 refere-se à síntese do relatório, na qual é expresso o balanço dos objetivos, dúvidas e dificuldades, são enaltecidos aspetos importante acerca do relatório e do projeto e apresentadas recomendações e sugestões de melhoria. O relatório encerra-se com o capítulo 9, o da bibliografia. Ao longo desta exposição será desenvolvida uma análise crítico-reflexiva sustentada na pesquisa e experiências clínicas. Em prol de uma prática baseada na evidência, foram utilizados recursos eletrónicos, livros e as seguintes bases de dados: EBSCOHost web, MEDLINE complete, PubMed, CINAHL complete, SCIELO e Academic Search Complete.

## 2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

### **Unidade de Cuidados na Comunidade**

A UCC tem como missão “contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde” (Diário da República, 2023). Presta cuidados de proximidade, de apoio psicológico e social a nível domiciliário e comunitário. A sua intervenção integra quatro níveis de prevenção (primária, secundária, terciária e quaternária), numa articulação com outros profissionais, tais como, profissionais de cuidados de saúde primários, entre outros. Atua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.

Esta instituição visa “ser uma organização disponível e eficiente nas respostas às necessidades da população, prestando cuidados de excelência, garantindo acessibilidade, qualidade no atendimento, solidariedade e cidadania” (Diário da República, 2023). Com respeito pelos seguintes valores: cooperação, respeito pela individualidade, salvaguarda dos direitos da pessoa, organização, cooperação e articulação com outras unidades, solidariedade e trabalho de equipa, autonomia e parceria com estruturas da comunidade local (Diário da República, 2009).

A equipa é constituída por uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, quatro Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, uma Assistente Social, uma Psicóloga, uma Médica e uma Assistente Técnica.

No contexto de SE, na qual decorreu o meu primeiro ensino clínico, integrada na UCC, partilhando da sua missão, visão e valores, tem por base o preconizado pelo pelo Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE). Em contexto de SE, o objetivo interventivo centra-se na minimização da ocorrência de problemas e redução de comportamentos de risco, através da criação de condições que possibilitem a melhoria da saúde e do bem-estar psicológico, físico e social, a promoção de saúde e qualidade de vida, integrado no PNSE da Direção Geral da Saúde (DGS): Programa Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2015).

O PNSE é governado por uma rede nacional de coordenação, implementação e avaliação que se subdivide em três áreas geográficas: a nível nacional, por uma coordenação e uma equipa técnica da DGS, a nível regional pelo responsável do PNSE da Administração Regional de Saúde e a nível local pelo gestor(a) do PNSE da Unidade de Saúde Pública e respetivas Equipas de SE multidisciplinares (DGS, 2015).

A intervenção de enfermagem é realizada por uma Equipa de SE, constituída por uma EEESIP e uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e vai de encontro ao Plano de Ação da SE numa parceria entre a Saúde e a Educação, tendo como população-alvo a comunidade educativa, que compreende pessoal docente e não docente, estudantes e encarregados de educação e desenvolve-se nos estabelecimentos de ensino e educação: agrupamentos de escolas. Visando responder aos objetivos do PNSE e com o intuito de aferir se as intervenções estão concordantes com o planeado e se os resultados obtidos são os expectáveis, este é monitorizado e avaliado através de indicadores, para os quais são estabelecidas metas (DGS, 2015).

Nesta instituição, a SE planeia e avalia as suas intervenções em parceria com a Saúde Pública. Neste momento, a SE é responsável pelo planeamento, organização, execução e avaliação da intervenção no âmbito escolar. Contudo, tem sido discutido, em reuniões, a divisão de algumas dessas funções com a Saúde Pública, sendo possível que esta entidade fique responsável pela avaliação estatística, informatização e organização de uma estrutura tecnológica que permita a melhoria dos registos e a comunicação entre UCCs do mesmo distrito, enquanto que a SE fique encarregue da operacionalização.

Numa parceria entre a saúde e a escola, o PNSE preconiza programas que orientam a intervenção, implicando a realização de formações tanto para os professores quanto para a enfermeira de SE. Para a implementação destes programas regionais, as escolas que têm docentes com a devida formação, como por ex: o PRESSE (Programa Regional de Educação Sexual em SE), devem candidatar-se.

Uma vez que as escolas não se candidatam à execução desses programas, a SE baseia a sua intervenção na resposta aos seguintes projetos:

- Projeto de alimentação saudável e atividade física, trabalhado no 1.º ciclo, 7.º e 8.º anos, através da realização de Sessões de Educação para a Saúde (SES) sobre higiene oral.
- Projeto de educação para os afetos e sexualidade, desenvolvido nos 9.º anos com SES sobre métodos contraceptivos e sexualidade.
- Projeto de prevenção de acidentes e primeiros socorros, desenvolvido nos 6.º e 9.º anos, em parceria com os Bombeiros Voluntários, com a realização de SES sobre Suporte Básico de Vida.
- Projeto de saúde mental e competências socioemocionais, que é integrado nas SES realizadas nos restantes projetos.
- Projeto saúde oral e higiene corporal, desenvolvido no 1.º ciclo, 6.º, 7.º e 8.º anos, nos quais se desenvolvem SES sobre alterações físicas e psicológicas no decurso do desenvolvimento da criança/adolescente.
- Projeto de necessidades de saúde especiais, que se encontra dependente da referenciação de crianças com necessidades de saúde especiais, que são realizadas essencialmente pela escola. Perante as referenciações a Enfermeira de SE realiza

inicialmente, um Plano de Saúde Individual (PSI) e, posteriormente, intervém com SES sobre a patologia identificada.

As SES, são realizadas consoante solicitação das escolas pertencentes aos dois agrupamentos e à escola secundária, pelos quais é responsável a SE desta UCC, mediante a necessidade sentida, uma vez que a escola estabelece parcerias anuais com outras instituições, como a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, o Instituto Português de Oncologia e o Instituto Português do Desporto e Juventude, que também realizam atividades de sensibilização nas escolas com temáticas subjacentes aos conceitos que defendem.

Nesta UCC, a enfermeira de SE era responsável por prestar cuidados nos agrupamentos supracitados, o que constituía um total de mais de 4000 estudantes. Cada estudante com os respetivos encarregados de educação e cada escola com a sua equipa docente e não docente, também eles clientes dos cuidados prestados por esta enfermeira. A norma para o cálculo de dotações seguras, recomenda, para uma UCC, o rácio de, pelo menos, um enfermeiro por cada 5000 habitantes, o que não era cumprido neste contexto. A norma supracitada salvaguarda a possibilidade de reforço da equipa relativamente aos recursos humanos, dado a ausência de evidência que permita a identificação da dotação adequada para a prestação de cuidados seguros (OE, 2014). Embora, no segundo módulo estivesse em integração outra Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária no contexto de SE, a resposta ainda não era a necessária.

### **Internamento de pediatria**

O serviço médico-cirúrgico pediátrico é uma unidade funcional equipada com um espaço físico apropriado à prestação de cuidados à população pediátrica com idade inferior a 18 anos, com patologia do foro médico e cirúrgico, em regime de internamento.

O serviço onde decorreu o ensino clínico é composto por quartos individuais providos com todo o equipamento necessário à prestação de cuidados especializados médicos e de enfermagem e com casa de banho privada, mesa, televisão, cama ou berço, onde as crianças e jovens permanecem geralmente acompanhados por um familiar ou cuidador informal.

Para além dos quartos, este serviço é ainda dotado de um espaço constituído pelos mais diversos brinquedos, afeto à realização de atividades lúdicas e à promoção da brincadeira e socialização entre as crianças que não estão em isolamento pela condição clínica. No entanto, pude observar que a sensação de desconforto, irritabilidade, falta de apetite e outros sinais e sintomas consequentes das patologias que levavam as crianças a serem internadas, impedia que usufríssem desse espaço, tanto quanto o seu desenvolvimento necessitava. Assim, estas crianças, ficavam maioritariamente limitados ao leito.

Neste contexto, as crianças são atribuídas aos enfermeiros segundo alguns critérios, nomeadamente, o número de crianças internadas, a complexidade da sua condição clínica e a quantidade de cuidados que carece, e a especialidade do enfermeiro. Às enfermeiras com especialização em reabilitação, não lhes eram atribuídas crianças, ficando responsáveis pela prestação de cuidados especializados de suporte ventilatório a todas as crianças do serviço que dele necessitavam, caso o serviço não tivesse falta de enfermeiros para a prestação de cuidados gerais.

Após o profissional receber o turno, os cuidados eram organizados e estruturados conforme a análise prévia das necessidades de cada criança, os horários da medicação e as prioridades de intervenção.

A humanização dos cuidados é cada vez mais constatada na prática clínica. Substituem-se rotinas por cuidados individualizados, consoante as reais necessidades da criança. Nem todas as crianças necessitam de vigilância por turno, de todos os parâmetros vitais, caso a situação clínica não o exija. No entanto, se a criança apresenta hipertermia, justifica-se a realização de frequentes avaliações da temperatura corporal. Para além de que cada criança tem uma reação diferente ao contacto com os profissionais de saúde e à mudança do seu ambiente para o ambiente hospitalar. Cada criança é uma criança. Pude experienciar que os cuidados eram diferenciados com respeito por esta máxima.

O período no qual decorreu o ensino clínico, coincidiu com a estação do outono, marcado por um clima húmido, chuvoso e propício à proliferação de microrganismos causadores de infeções respiratórias. A maior incidência de patologias nas crianças, às quais prestei cuidados, centravam-se em patologias do foro respiratório, nomeadamente, bronquiolites, pneumonias, otites. Contudo, também prestei cuidados a crianças com obstipação, mononucleose, meningoencefalite, alterações metabólicas, infeção nosocomial do CVC, infeção por *Clostridium difficile*, entre outras, com comorbilidades associadas, que são descritas na análise crítico-reflexiva, ao longo do desenvolvimento do relatório.

Neste serviço, existiam um total de 20 vagas para cinco enfermeiros nos turnos da manhã e tarde e 4 enfermeiros para o turno da noite. Os rácios de enfermeiro por criança cumpriam o recomendado pelo cálculo das dotações seguras em todos os turnos, sendo que cada enfermeiro era responsável por prestar cuidados a cada quatro a cinco crianças por turno (OE, 2014).

### **Serviço de Urgência Pediátrica**

O serviço de Urgência Pediátrica é um contexto de prestação de cuidados de saúde especializados e diferenciados em todas as situações clínicas de crianças até aos 18 anos menos um dia com doença súbita, visando a resposta atempada e eficiente às suas

necessidades. A intervenção, neste contexto, prioriza a resolução de problemas nos processos corporais das crianças que poderão, se não forem resolvidos de forma atempada e sequencial, comprometer a vida ou a qualidade de vida da criança, pelo que respeita e é estruturada segundo a mnemónica ABCDEFGH (American Heart Association, 2021).

O “A” refere-se à patência da via aérea, o “B” à ventilação, o “C” à circulação, o “D” ao estado de consciência, o “E” à exposição corporal e controlo térmico, o “F” à monitorização dos sinais vitais, glicemia, peso e necessidades da família, o “G” à avaliação da dor e o “H” consiste na reavaliação proximodistal e cefalocaudal da criança, recorrendo a siglas que auxiliem a completar a história da criança, como a SAMPLE (S - sinais e sintomas A- Alergias; M- Medicação habitual; P- Passado médico; L- última refeição (Last meal); E- Eventos que levaram à situação) (American Heart Association, 2021). O comprometimento da via aérea (A) afeta a ventilação (B), a qual não será eficaz se a via aérea não estiver patente e assim sucessivamente, pelo que a priorização da intervenção de enfermagem em contexto de urgência pediátrica, é sistematizada e organizada, visando a prevenção de intercorrências e complicações clínicas, com a resolução imediata dos problemas prioritários seguindo a mnemónica por ordem.

Este contexto é composto por quatro áreas principais onde são prestados cuidados de enfermagem: Triage, Áreas Médicas, Unidade de Internamento de Curta Duração, Sala de Emergência e Salas de espera.

A triagem é considerada a porta de entrada neste serviço, dado a sua localização e função de priorização do atendimento da criança/adolescente mediante a gravidade dos seus sinais e sintomas, tendo por base o conhecimento, a experiência do profissional, o triângulo de avaliação pediátrica e o protocolo de Manchester adaptado à pediatria: “Triage de Manchester II”. Através deste protocolo é atribuída uma pulseira, consoante a prioridade, de cor branca, azul, verde, amarela, cor-de-laranja ou vermelha, as quais indicam, designadamente, casos de atividade programada, não urgente, pouco urgente, urgente e emergente, objetivando garantir os melhores cuidados à criança e ao adolescente em casos de quadros clínicos emergentes e urgentes. Neste setor encontra-se um enfermeiro com formação em triagem, material de apoio à avaliação do triador (monitor para avaliação de sinais vitais, termómetro, máquina de pesquisa de glicemia capilar) e fármacos antipiréticos a serem administrados consoante os protocolos (paracetamol e ibuprofeno retal).

Após a triagem, a criança poderá aguardar para a avaliação médica na sala de espera de pediatria médica ou sala de espera de pediatria de especialidades. No serviço de urgência existem cinco gabinetes médicos com, pelo menos, dois médicos pediatras especialistas de permanência, médicos internos e um médico de medicina geral e familiar e quatro gabinetes de especialidades de ortopedia, cirurgia, otorrinolaringologia e oftalmologia, as quais são partilhadas com a urgência de adulto.

As áreas médicas são espaços físicos constituídos por duas salas: sala de enfermagem I e sala

de enfermagem II. Estas áreas são orientadas para a execução de procedimentos de enfermagem de diagnóstico, e de terapêutica, como por exemplo, colheita sanguínea para estudo analítico, aspiração de secreções, administração farmacológica, realização de tratamentos, entre outros. Estes têm como objetivo a identificação de alterações, auxiliam o diagnóstico médico e contribuem para o tratamento sintomático e resolutivo de compromissos dos processos corporais das crianças e adolescentes. Estas áreas estão preparadas com todo o equipamento e recursos necessários para esse fim (carro de apoio à realização dos procedimentos com respetivo material, aspirador de secreções montado e funcionando, câmara expansora, rampas de oxigénio e de ar comprimido, fármacos, monitores de sinais vitais, bombas infusoras, cadeirões e macas, entre outros). A sala de enfermagem I tem também capacidade para a permanência, por algumas horas, de algumas crianças com condições clínicas que requeiram maior vigilância e a realização de tratamentos por um período de tempo maior, como o caso da soroterapia e nebulizações. Neste espaço encontram-se dois enfermeiros na prestação de cuidados.

A unidade de internamento de curta duração consiste num espaço aberto, constituído por um balcão de preparação de medicação, um balcão centralizado médico e de enfermagem para a realização de registos e vigilância, um carro de apoio com todo o material necessário para a realização de procedimentos semelhante ao das Áreas Médicas. A nível estrutural, é composta por um quarto de isolamento (com televisão e uma câmara) e sete unidades separadas por cortinas, com quatro berços e três camas, ambos preparados com uma cama ou berço, um cadeirão, uma mesa de cabeceira e um monitor de sinais vitais, estando sempre prontas para a entrada de um RN, criança ou adolescente com: dois tipos de elétrodos para monitorização de ECG, braçadeiras de vários tamanhos, um aspirador de secreções montado e funcionando, dois sensores de oximetria um pediátrico e um de adulto, manómetros de oxigénio e de ar comprimido, uma bomba e uma seringa infusora.

Assim que havia conhecimento da entrada de uma criança/adolescente para o serviço de observação o material que não era adequado à sua idade, tamanho e peso era retirado e a unidade era completada conforme as necessidades de cuidados do cliente, consoante a situação clínica. As crianças permanecia nesta área acompanhada pela mãe/pai ou familiar significativo/cuidador(a) informal sob monitorização contínua de um enfermeiro e de um médico de permanência. Neste espaço, estava preconizada uma permanência, no máximo, de 24 horas, mas as crianças podiam ficar mais tempo, até estabilização da sua situação clínica ou caso ocorresse o agravamento da mesma. Após estabilização da condição clínica, as crianças tinham alta ou aguardavam vaga para serem transferidas para o serviço de internamento. Requerendo cuidados mais especializados, as crianças podiam ser transferidas para outro hospital com melhor capacidade para responder adequadamente às suas necessidades.

Portanto, o tempo de permanência das crianças na unidade de internamento de curta duração, era maioritariamente curto e os cuidados prestados neste local eram direcionados,

principalmente, ao tratamento da doença ou melhoria sintomatológica, de casos que requeriam monitorização contínua por risco potencial de agravamento do estado clínico e uma intervenção imediato. No entanto, na ausência de vagas ou falta de condições dos outros serviços/hospitais para receberem as crianças, estas permaneciam mais tempo neste espaço.

A sala de emergência constitui um espaço equipado com todos os recursos materiais necessários à realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos que objetivam a resolução imediata de compromissos dos processos corporais da criança/adolescente que atentam a sua vida. No local onde realizei estágio, esta sala era composta por uma cama e uma mesa de reanimação neonatal, um ventilador, dois aspiradores montados e funcionantes com dois manómetros de diferentes pressões máximas 200mmHg e 600mmHg, manómetro de oxigénio e ar comprimido, insuflador manual com máscaras de todos os tamanhos, sensor de oximetria pediátrico e de adulto, um ventilador mecânico, quatro seringas perfusoras, um monitor de sinais vitais, um desfibrilhador elétrico manual, cabos, pás multifunções e elétrodos para ECG pediátricos e de adulto, braçadeiras de todos os tamanhos, gaveta fechada com fármacos estupefacientes, gavetas com outros fármacos, possivelmente necessários, com a devida listagem (dopamina, noradrenalina, atropina, entre outras), armários com kits de apoio à realização de procedimentos invasivos (drenagem torácica, colocação de cateter central, entre outros), frigorífico para fármacos, material de imobilização (plano duro e estabilizador lateral da cabeça, colares cervicais), nas paredes encontram-se afixados os algoritmos de SAVP gavetões com lençóis e resguardos e um carro de emergência pediátrico com todo o material para:

- Via aérea permeável (laringoscópios retos e curvados de todos os tamanhos, tubos endotraqueais de todos os tamanhos, máscara laríngea, tubo nasofaríngeo, tubos orofaríngeos de todos os tamanhos, pinça de maguil);
- Manutenção da ventilação (todos o tipo de máscaras de oxigénio e cânulas nasais de todos os tamanhos, máscara para nebulização, câmara expansora pediátrica e de adulto);
- Manutenção da circulação (cateteres de calibre 24G, 22G e 20G, penso de cateter, compressas, soro, sistema de acesso vascular intraósseo).

É um local fundamental para a mais correta abordagem ao doente emergente, grave e crítico, sendo, por esta razão a interface entre a emergência pré-hospitalar e a urgência hospitalar, pelo que se encontrava perto da entrada do serviço e do posto de triagem e ocupava um espaço físico individualizado e amplo, que possibilitava a passagem de macas e equipamentos, com duas portas de correr separadas e de fácil acesso que permitiam a realização de um circuito unidirecional. Nesta área a intervenção deve refletir a especificidade de abordagem, tratamento e observação de crianças em estado crítico classificadas como emergentes ou muito urgentes, em caso de descompensação das funções vitais que coloquem a vida da criança em risco, estando vocacionada não só para a reanimação cardiorrespiratória, mas também para a avaliação e estabilização da situação clínica da criança. Um dos enfermeiros responsáveis pela

prestação de cuidados nestas Áreas ficava encarregue de realizar a verificação deste espaço, verificando a funcionalidade de todos os seus equipamentos, o teste do monitor de reanimação e do ventilador e se o stock de medicação estava completo. Esta revisão era realizada diariamente e sempre que a sala era utilizada, numa ótica de prevenção de intercorrências durante a utilização deste espaço.

Para as oito vagas existentes na unidade de internamento de curta duração o rácio era de um enfermeiro, o que não cumpria com as recomendações presentes na norma das dotações seguras, sendo que esta considera que o rácio de enfermeiros, nos serviços de observação, deve ser idêntico ao recomendado para as unidades de cuidados intermédios, ou seja, de, pelo menos, um enfermeiro por cada três crianças (OE, 2014).

Num rácio de quatro a cinco enfermeiros por turno, se este serviço de urgência estivesse cheio e ocorresse uma emergência, apenas podia ficar um enfermeiro em cada área, sala de emergência, triagem, áreas médicas, e unidade de internamento de curta duração, o que era insuficiente para atender, com segurança, às necessidades de cuidados das crianças que recorriam à urgência.

### **Unidade de Cuidados Neonatais**

A Neonatologia é um serviço constituído por: uma UCIN e uma Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN).

A UCIN é uma unidade que incorpora tecnologia muito avançada e diferenciada com profissionais de saúde treinados e especializados na prestação de cuidados a RNs de termo e pré-termo em condição crítica ou em risco potencial. O RN criticamente doente requer vigilância intensiva e contínua, pelo que os profissionais precisam de equipamentos de alta complexidade, assim como, de experiência e compreensão do tipo de cuidados com o objetivo de promoverem a máxima segurança na prestação dos mesmos. Neste contexto, os pais eram incentivados, o máximo possível, a participarem nos cuidados ao seu filho, numa ótica de parceria de cuidados, tendo como finalidade a promoção da ligação mãe/pai-filho e da vinculação, na criação de laços que potenciam a sensação de conforto e segurança no RN responsivos às suas carências sensoriomotoras e psicossocioemocionais.

As necessidades vitais imediatas destes RNs eram atendidas de acordo com a mnemónica ABCD da reanimação, visando a prevenção e antecipação de intercorrências e complicações clínicas que podiam comprometer os processos corporais dos mesmos, podendo afetar negativamente a sua vida ou qualidade de vida. A "permeabilidade de via aérea" após manutenção da temperatura corporal; B "ventilação"; C "circulação", D "Fármacos", conforme o preconizado nos consensos da Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN) sobre reanimação neonatal e, posteriormente, era promovido o sono, o conforto, a higiene e a ingestão nutricional (SPN)

(Oliveira, et al., 2012a; Oliveira G. , et al., 2012b). Neste sentido, deve estar tudo preparado para responder atempadamente às necessidades do RN consoante a gravidade da situação clínica. Assim, a preparação da unidade é considerada primordial.

No contexto de estágio, a unidade estava sempre preparada com um monitor de sinais vitais ligado à corrente, um conjunto de elétrodos de monitorização de ECG, um sensor de oximetria, uma incubadora aquecida a 37°C e equipada com colchão, um lençol e resguardo; um termómetro de pele; um manómetro de oxigénio operacional, que permita débitos de 15L/min; um aspirador montado e funcionante; duas seringas infusoras à carga; uma bomba perfusora volumétrica; um equipamento de ventilação mecânica invasiva ou ventilação mecânica não invasiva devidamente testados; uma fita métrica; um termómetro digital e um “Kit de Apoio à Via Aérea” com: um insuflador manual e máscara facial n.º 0 e 1, uma tubuladura de oxigénio, 2 luvas de palhaço esterilizadas, uma ampola de soro fisiológico de 20ml e duas sondas de aspiração n.º 6 e 8.

Após a entrada do RN a unidade era completada com braçadeira de avaliação de tensão arterial de acordo com o peso do RN, fraldas de acordo com o tamanho/peso do RN e um “Kit de Apoio à Circulação” com: dois cateteres de punção venosa n.º 24G e n.º 26G, uma máquina de pesquisa de glicemia capilar, duas fitas de glicemia, uma lanceta, uma seringa esterilizada de 2ml, um pacote de compressas esterilizadas 10x10 cm, um prolongador, uma ampola de soro de 10 ml, uma embalagem individual de solução cutânea alcoólica 15ml, uma embalagem de sutura adesiva e penso oclusivo esterilizado impermeável 10x10cm. A enfermeira realizava ainda a troca da pulseira de identificação, o ajuste da temperatura da incubadora, o ajuste da humidade da incubadora de acordo com a idade gestacional e o peso do RN e colocava a cobertura na incubadora. Por fim, verificava, de acordo com a situação clínica do RN, se era necessário mais material, procedendo à sua colocação.

Na UCEN a vigilância da condição clínica do RN mantém-se, embora num quadro mais estável. Nesta unidade mantinha-se a promoção da participação dos pais nos cuidados ao seu filho, numa parceria de cuidados, no entanto, com mais envolvimento dos pais na prestação direta dos cuidados. Este espaço visava a preparação do regresso ou ida do RN para o domicílio. Neste contexto a preparação da unidade para a entrada de um RN, era semelhante à UCIN.

Posteriormente, procedia-se à troca da pulseira de identificação, à colocação de pulseira de segurança, ao ajuste da temperatura e humidade da incubadora de acordo respetivamente, com o controlo térmico do RN, o peso e idade gestacional e à colocação de uma cobertura na incubadora e um “Kit de Apoio à Circulação” com: dois cateteres de punção venosa n.º 24G e n.º 26G, uma máquina de pesquisa de glicemia capilar, duas fitas de glicemia, uma lanceta, uma seringa esterilizada de 2 ml, um pacote de compressas esterilizadas 10x10cm, um prolongador, uma ampola de soro de 10 ml, uma embalagem individual de solução cutânea alcoólica 15 ml, uma embalagem de sutura adesiva e penso oclusivo esterilizado impermeável 10x10 cm. Por

fim, realizava-se uma análise sobre o material necessário e procedia-se à adição do que estava em falta.

As recomendações, presentes na norma para o cálculo de dotações seguras, dos requisitos mínimos para uma UCIN, indicam o rácio de um enfermeiro por cada cliente que requeira cuidados intensivos e um enfermeiro por cada três clientes que careçam de monitorização não invasiva. Durante o estágio este rácio foi cumprido, uma vez que a unidade não teve mais do que metade das vagas ocupadas. Contudo, com um rácio de sete enfermeiros, caso estivessem ocupadas a totalidade das vagas existentes nesta unidade, doze vagas de intensivos e doze vagas de intermédios, esta recomendação deixava de ser cumprida (OE, 2014).

### 3. CASO CLÍNICO 1: LACTENTE EM CONTEXTO DE UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

Consulta de vigilância infantil do João (nome fictício), lactente de 4 meses, acompanhado pela mãe. Saudável e sem antecedentes pessoais de relevo. Apresentava sinais e sintomas de hipertermia e rinorreia, pelo que não foram realizadas as vacinas dos 4 meses. Foi reagendada uma nova consulta para a semana seguinte para a administração das vacinas. A conceção de cuidados é realizada em dois momentos: a 1ª sessão, no início da consulta e a 2ª sessão no final da mesma.

#### 3.1. Enquadramento teórico

##### Contexto de Unidade de Saúde Familiar:

Em contexto de USF são prestados cuidados de vigilância, prevenção da doença e promoção da saúde à família nas diferentes fases do ciclo vital de cada elemento. Nestas unidades são prestados cuidados por equipas multiprofissionais com autonomia organizativa, funcional e técnica, em situação de doença aguda, de acompanhamento clínico em situações de doença crónica, cuidados no domicílio e colaboração com outros serviços, setores e níveis de diferenciação (Furtado & Pereira, 2010).

Neste caso clínico, o lactente foi levado à USF para uma consulta de vigilância infantil. No que diz respeito à vigilância da saúde infantil a DGS estruturou consultas padronizadas, onde se integram cuidados antecipatórios aconselhados, a avaliação do desenvolvimento infantil de Mary Sheridan e sinais de alerta para cada faixa etária, que dão resposta ao que é pretendido atingir em cada consulta, no sentido de aumentar os ganhos em saúde nesta população (DGS, 2013). No geral, estas consultas visam:

- Avaliar o desenvolvimento e crescimento da criança;
- Promover comportamentos de saúde;
- Detetar precocemente e encaminhar situações de atraso no desenvolvimento ou que afetem a vida ou a qualidade de vida da criança;
- Prevenir, identificar e tratar as doenças comuns nas várias faixas etárias;
- Sinalizar e proporcionar apoio;
- Promover: a imunização, hábitos de saúde oral, a prevenção das perturbações emocionais e comportamentais, a prevenção dos acidentes e intoxicações, a prevenção dos maus tratos, a prevenção dos riscos decorrentes da exposição solar inadequada;

- Identificar, apoiar e orientar, crianças e famílias vítimas de maus tratos;
- Apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais.

Na consulta dos 4 meses, a DGS preconiza a avaliação dos seguintes parâmetros: peso, comprimento, percentil, perímetro cefálico, audição, exame físico, desenvolvimento, vacinação, relação emocional/comportamento, risco de maus tratos e a segurança do ambiente e os seguintes cuidados antecipatórios: alimentação, vitamina D, saúde oral, hábitos de sono, hábitos intestinais/cólicas, desenvolvimento, acidentes e segurança, sinais e sintomas de alerta, sinais comuns (choro, obstrução nasal, tosse, diarreia, obstipação e febre), vacinação, vida na creche e relação emocional (DGS, 2013).

### **Cliente: Lactente de 4 meses**

A idade do João integra a faixa etária de lactente, sendo que esta se encontra compreendida entre o primeiro mês de idade e os 12 meses (Hockenberry & Wilson, 2014). Esta faixa etária é uma fase crucial para o desenvolvimento humano, dada as inúmeras alterações e aprendizagens que ocorrem e a flexibilidade cerebral que a criança possui.

Durante o primeiro ano o **crescimento** é muito rápido. Os lactentes ganham entre 150 a 210 gramas por semana até aos 6 meses aproximadamente. Aos 6 meses o seu peso atinge o dobro do peso ao nascimento. Durante os 6 primeiros meses a altura aumenta cerca de 2,5cm por mês, diminuindo a velocidade de crescimento durante o segundo semestre. Aos 6 meses a média de altura é de 65cm. Aos 12 meses o comprimento aumenta 50% relativamente ao nascimento. A cabeça também apresenta um crescimento rápido. Durante os 6 primeiros meses o perímetro cefálico pode crescer cerca de 1,5cm por mês, diminuindo nos segundos 6 meses para 0,5 cm por mês. No primeiro ano a cabeça aumenta cerca de 33%. O encerramento da fontanela posterior ocorre entre a 6ª e 8ª semana de vida e o encerramento da fontanela anterior ocorre por volta dos 12 a 18 meses de idade (Hockenberry et. al, 2018).

O desenvolvimento cerebral e do sistema nervoso são o reflexo da expansão do tamanho da cabeça da criança, que no primeiro ano de vida pesa 2,5 vezes mais do que ao nascimento. Desta forma, observa-se uma maturação cerebral em crescendo nesta faixa etária. O lactente começa a adquirir movimentos voluntários, substituindo os seus reflexos primitivos (Hockenberry et. al, 2018; Cassandra 2001).

A nível **motor global** é esperado que a partir dos 2-3 meses o lactente vá adquirindo maior capacidade de sustentação da cabeça e de manutenção de uma postura ereta e simétrica quando sentado até aos 6 meses (Serrano, 2022).

Relativamente ao desenvolvimento **motor fino**, o lactente, a partir dos 3 meses, vai substituindo o reflexo de preensão palmar por movimentos coordenados e voluntários, adquirindo a capacidade de agarrar objetos voluntariamente, atirar para o chão e levá-los à boca até aos 6 meses (Serrano, 2022).

**Socialmente** o lactente vai evoluindo de comportamentos reflexos, como segurar, dependo da interação do cuidador com ele, para um comportamento social. Esta evolução é mais evidente na segunda metade do primeiro ano de vida, na qual a comunicação social é iniciada através do sorriso social. O sorriso surge como acréscimo aos comportamentos reflexivos e o choro de procura de respostas às suas necessidades. Aos 4 meses o lactente ri alto (Hockenberry & Wilson, 2014).

Nesta fase um apego seguro é fundamental para a harmonia psicossocial da criança. Para a formação do apego são necessários dois componentes cognitivos: a capacidade de distinguir a mãe dos outros indivíduos e a assimilação do objeto permanente. A separação dos pais deve decorrer de forma harmoniosa com o processo de apego. O apego divide-se em três estádios: até à 8ª semana: o lactente responde a qualquer pessoa; das 8 às 12 semanas responde mais à mãe, mas ainda responde aos outros e aos 6 meses: demonstra uma preferência especial pela mãe. A falta de apego ou má adaptação entre a criança e os pais pode dar origem a um transtorno de apego reativo (Hockenberry et. al, 2018).

Entre os 4 e os 8 meses o lactente passa pelo primeiro estágio de separação-individualização, com a aquisição de consciência de si mesmo e da sua mãe como seres separados simultaneamente com a noção da permanência do objeto, percebendo assim, que os pais podem estar ausentes, mas já é capaz de envolver-se em interações lúdicas com o adulto, balbuciando, rindo e sorrindo. Esta junção, provoca ansiedade da separação, começando a perceber a ausência da mãe e a reclamar por ela, assim como o medo de estranhos, começando a distinguir familiares de estranhos. Por esta razão, adotam comportamentos de afastamento e choro, agarrando os pais ou apenas mostram receio ou ficam ansiosos em aproximar-se (Antunes, 2022).

Para Erikson o ser humano é um ser social, que vive em grupo e sofre a pressão e a influência desse grupo. O foco são as relações sociais. Afirma que a infância é uma época fulcral para o desenvolvimento psicológico e motor, mas a personalidade construída não é fixa, pode alterar consoante as experiências vividas posteriormente (Erikson, 1976).

Este pensador, dividiu o desenvolvimento humano em fases. A cada etapa, o crescimento do indivíduo deve-se às exigências do seu ego, assim como, às exigências do seu ambiente.

Os estágios são caracterizados por crises do ego, que podem ter um desfecho positivo - ego mais forte e rico (ritualização) ou negativo - ego mais fragilizado (ritualismo). A personalidade vai-se formando a cada crise, enquanto o ego se vai adaptando aos sucessos e fracassos. Cada fase tem a sua força característica.

Na faixa etária de lactente, é esperado que a criança vivencie a primeira fase do seu ego, que consiste na aquisição de senso de confiança em superação do senso de um sentimento de desconfiança. Fase 1: Confiança Básica vs Desconfiança Básica (Estágio oral freudiano) - Fase

da infância a inicial. O lactente volta a sua atenção para a pessoa que lhe provê conforto e responde às suas necessidades, a mãe. Assim, estabelece-se a primeira relação social da criança. Ao separar-se da mãe, sentido a sua falta começa a lidar com a força básica, a esperança. Com o regresso da mãe ele percebe que é possível querer e esperar. Começa a entender que embora possam estar fora do seu campo de visão, as pessoas e os objetos existem. Se a resposta for positiva, a criança adquire confiança básica, se não, surge a desconfiança básica, o mundo não lhe corresponde e é mau e ingrato. O convívio com alguma frustração é necessário para a manutenção de ordem cósmica, segundo Erikson (Carpigiani et. al, 2014; Erikson, 1976).

Com o desenvolvimento dos processos corporais, como a visão, movimentos motores, a verbalização e a interação social fica mais avançada. O lactente deixa de comunicar apenas através do choro, passando a realizar movimentos corporais e vocalizações para obter o que pretende, expressando dessa forma as suas necessidades (Cassandra, 2001).

No que diz respeito à teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget, é esperado que o lactente, até aos 12, passe por 3 substágios. Contudo, os 4 meses idade marcam a mudança do 2º substágio para o 3º substágio que especifico seguidamente:

- 2º Subestágio (1º-4º mês) - formação dos primeiros hábitos ou adaptações adquiridas. A assimilação e acomodação criam reações circulares primárias, que consistem em ações coordenadas e repetidas direcionadas ao seu próprio corpo, como uma forma de adaptação da criança ao ambiente, por meio de reflexos. A criança já responde aos estímulos auditivos e visuais externos, mas com ações pré-inteligíveis (não possui intencionalidade) (Silva, et al., 2013).
- 3º Subestágio (4º-8º mês) - formação de reações circulares secundárias. As ações do lactente começam a ser dirigidas mais para o ambiente e com intencionalidade - reações circulares secundárias. Caracteriza-se por uma transição entre atos pré-inteligíveis e atos inteligíveis, uma vez que o lactente tem uma ação com intenção de obter o mesmo resultado que a mesma ação teve anteriormente. Contudo com predomínio da assimilação. O lactente não faz esforços para criar condições favoráveis aos resultados que pretende obter. Nesta fase decorre o início da estruturação cognitiva da permanência do objeto, ou seja, o lactente tem consciência que objeto permanece no local mesmo que não o consiga observar na totalidade, sendo capaz de procura do objeto parcialmente escondido. No entanto, se o objeto estiver totalmente escondido, o lactente já não o identificará, porque ele não tem a percepção do objeto - egocentrismo - 'se eu não consigo ver o objeto é porque ele não está lá' (Silva, et al., 2013).

No âmbito **cognitivo** estão integradas diversas áreas que têm como base o desenvolvimento de todas as outras dimensões (perceptivo-sensorial, motora, socioemocional e de linguagem), como, a imitação, a noção de causa-efeito, a compreensão das rotinas de cuidados pessoais, a percepção das relações espaciais, a classificação, a resolução de problemas, a atenção, a

memória e o jogo simbólico (Serrano, 2022):

- Imitação: Por volta dos 6 meses é esperado que quando o cuidador pause a conversa com o lactente, ele se manifeste balbuciando e que à medida que as capacidades vão evoluindo, copie a entoação, os movimentos, as ações e gestos das outras pessoas;
- Noção de causa-efeito: capacidade do lactente interpretar o estímulo. É esperado que o lactente realize uma ação com um objeto ou pessoa para produzirem uma reação ou resultado conseqüente e que mudem a forma como interagem com os objetos e com as pessoas para observarem o que acontece ou para obterem um resultado diferente.
- Compreensão das rotinas de cuidados pessoais: saber as rotinas, antecipando que vai ser alimentado, que a fralda vai ser trocada, ou que vai ser colocado a dormir.
- Relações espaciais: O lactente aprende a mover o corpo e observa o movimento dos objetos no espaço, realizando experiências com os objetos observando como funcionam, deixando-os cair para verem e ouvirem como cai, movimentar-se sobre e entre almofadas e tentar apanhar um objeto que rolou para debaixo de um móvel.
- Categorização: Capacidade de agrupar, classificar, juntar e ter expectativa dos objetos e pessoas, de acordo com os seus atributos. Até aos 8 meses os lactentes aprendem a distinguir as pessoas e os objetos, explorando as diferenças entre eles.
- Resolução de problemas: Até aos 8 meses o lactente ainda não tem as competências desenvolvidas para ser capaz de resolver problemas.
- Manutenção da atenção: Capacidade da criança exercer controlo sobre a sua concentração. Antes dos 8 meses o lactente deve apresentar atenção momentânea a imagens, sons, pessoas e brinquedos/objetos no meio ambiente de diferentes formas.
- Memória: capacidade de lembrar, permite que o lactente antecipe situações, participe em rotinas e adquira conhecimento e competências. Aos 8 meses o lactente demonstra que memorizou quando associa por exemplo, o tocar à campainha com a chegada de alguém olhando para a porta.
- Jogo simbólico: Imitar comportamentos, formas de falar das pessoas com quem convive e atividades de vida diária enquanto brinca.

A **linguagem** inicia com o choro, que constitui o primeiro meio de comunicação do lactente, o qual constitui um sinal biológico de desprazer ou urgência. No entanto, também tem uma componente social, na medida em que a relação dos pais com o filho altera. Um filho que chora muito pode provocar respostas negativas nos pais ou persuadir para atenderem às necessidades do filho, quando não ocorre pode ter um efeito positivo nos pais (Hockenberry & Wilson, 2014). No final do primeiro ano o choro é motivado por medo, frustração ou como uma resposta ao desenvolvimento inadequado de habilidades motoras.

A partir das 5-6 semanas os lactentes vocalizam pequenos sons guturais, começando a utilizar gestos para comunicar. A partir do 2º mês imitam sons de vogais ah, eh e uh. Entre o 3º e o 4º mês imita consoantes (n, k, g, p e b), murmura, gorgojeia e ri alto (Antunes, 2022).

A nível **sensorial**, durante a infância a criança já apresenta acuidade auditiva idêntica à do

adulto. Relativamente à visão, a partir das 6 semanas começa a desenvolver binocularidade, ou a fixação de duas imagens oculares numa figura cerebral, devendo estar estabilizada aos 4 meses (Hockenberry & Wilson, 2014).

Relativamente à **integração sensorial** as primeiras experiências são as cinestésicas e táteis, o que permite que o lactente adquira um conhecimento proprioceptivo do seu corpo. Até ao final do primeiro ano de vida o lactente reconhece que os seus pais são diferentes dele. À medida que vai desenvolvendo habilidades motoras e de locomoção as competências proprioceptivas, vestibulares e táteis vão evoluindo, dado a crescente quantidade de experiências sensoriais que vivencia (Oliveira, Zaparoli, & Pinheiro, 2021).

O **sistema tátil** está integrado no maior órgão sensorial do corpo, a pele. Este sistema é responsável pela ativação dos reflexos, através do toque, que ainda se mantém no período de lactente, sendo essencial para a sobrevivência da criança. Para além disso, é fundamental para a vinculação, pelo contacto pele com pele com os pais, assim como, para a discriminação das diferentes características dos objetos e alimentos que estão à sua volta (texturas, sabores, contornos e formas), uma vez que os recetores sensoriais existem em maior quantidade na ponta dos dedos e na boca, permitindo que a criança explore o mundo. Neste período, é esperado que o lactente leve as mãos e os pés à boca; explore objetos com as mãos e a boca. (Serrano, 2022).

O **sistema proprioceptivo** contribui para o desenvolvimento do esquema corporal, ou seja, a consciência das diferentes partes do corpo e como se relaciona a parte interna com o total do corpo e como se move no espaço. Em paralelo com o desenvolvimento motor é esperado que o lactente movimente os braços e as pernas de forma vigorosa. Com meio ano sinta prazer com o impacto de bater com o objeto numa superfície. (Serrano, 2022).

O **sistema vestibular**, localiza-se no ouvido interno em conjunto com o aparelho auditivo. É composto por recetores responsáveis pelas sensações de posição, velocidade, movimento e direção da cabeça, força da gravidade e o movimento do corpo no espaço. Assim tem uma função primordial de regulação do tônus muscular, equilíbrio, movimento dos olhos, manutenção do campo visual estável, tal como, a regulação do estado de alerta, nível de atenção e estado emocional. É esperado que o lactente aos três meses seja capaz de levantar a cabeça e a parte superior do corpo em resposta à gravidade. Aos 6 meses levante a cabeça, tronco, braços e pernas contra a gravidade na posição de avião, gostando da sensação de movimento quando rodado (Serrano, 2022).

### **Transição para a parentalidade**

A parentalidade é um marco na vida familiar, uma vez que engloba uma série de alterações que exigem constantes adaptações à medida que a criança se vai desenvolvendo. Assim sendo, os pais deste lactente, realizam uma transição para a parentalidade desenvolvimental, dado que os

desafios que encontram no processo para a parentalidade dizem respeito à aquisição de competências e capacidades parentais que respondam às necessidades normativas de um lactente da idade do João (Meleis, 2018).

Ao assumir a identidade de ser mãe/pai, todos os esforços direcionam-se à adoção de ações que promovam o crescimento e desenvolvimento infantil adequado, pelas quais a figura parental assume a responsabilidade (Sousa, 2014). No processo de transição para a parentalidade, a adoção de comportamentos promotores de desenvolvimento e crescimento do filho e de comportamentos de papel parental adequados substanciam-se em condições facilitadoras, que constituem aspetos que os pais devem integrar no seu exercício parental para alcançarem a mestria (ICN, 2020; Meleis, 2012). Para tal, importa melhorar o conhecimento dos pais sobre saúde, pelo que as intervenções terapêuticas baseadas em informoterapia são essenciais.

## 3.2. Clientes

### Cliente

Lactente | Idade: 1 mês | Masculino

### Mãe/Pai

13-09-2023 09:00

13-09-2023 09:00 - Figura parental principal: mãe.

13-09-2023 09:00 - Distância casa/hospital: 10 km.

13-09-2023 09:00 - Número de outros filhos: 1.

13-09-2023 09:00 - Filho(s) Toddler.

13-09-2023 09:00 - Papel parental não partilhado.

13-09-2023 09:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

13-09-2023 09:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, mas não o dia todo.

13-09-2023 10:15

13-09-2023 10:15 - Figura parental principal: mãe.

13-09-2023 10:15 - Distância casa/hospital: 10 km.

13-09-2023 10:15 - Número de outros filhos: 1.

13-09-2023 10:15 - Filho(s) Toddler.

13-09-2023 10:15 - Papel parental não partilhado.

13-09-2023 10:15 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

13-09-2023 10:15 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, mas não o dia todo.

### 3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-09-13 09:00:00	Vacina pentavalente DTPaHibVIP - 2ªdose	
2023-09-13 09:00:00	Vacina Pn13 - 2ª dose	
2023-09-13 09:00:00	Vacina MenB - 2ª dose	
2023-09-13 09:00:00	Rotarix	

#### 3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A DGS recomenda, aos 4 meses, a administração da 2ª dose de 3 vacinas, designadamente, vacina pentavalente (DTPa, Hib e VIP), Pn13 e MenB.

A **vacina pentavalente (DTPa, Hib e VIP)**, contém os antigénios: toxoide diftérico, toxoide tetânico, toxóide e subunidades de Bordetella pertussis adsorvidos, Vírus da poliomielite dos tipos 1, 2 e 3, inteiros e inativados e Polissacárido capsular de Haemophilus influenzae do tipo b, conjugado com proteína tetânica, adsorvidos em hidróxido de alumínio (DGS, 2020).

Tem como indicação terapêutica a prevenção contra a difteria, o tétano, a tosse convulsa, a doença invasiva por Haemophilus influenzae tipo b e a poliomielite (DGS, 2020).

Precauções: Relativamente à sua administração a DGS apresenta algumas precauções, como: a possibilidade de reação alérgica, apesar de ser a 2ª dose da vacina; em caso de febre ou doença aguda é preconizado aguardar-se até à recuperação completa do lactente; alguma reação à 1ª dose da vacina (Síndrome de Guillain-Barré ou neurite braquial ou Arthus), deve ser gerida pelo médico assistente (DGS, 2020). Portanto, fizeram parte das minhas vigilâncias nesta conceção de cuidados: temperatura corporal, pele e mucosas e vigilância e promoção da saúde.

Dose: 0,5ml e Via de administração: intramuscular.

Local de administração: músculo vasto externo, na face externa da região antero-lateral da coxa esquerda.

Pode ser administrada em concomitância com outras vacinas desde que com mais de 2,5cm de distância.

Esta vacina deve ser armazenada em conservação entre os 2°C e os 8°C e protegida da luz.

Os pais devem ser informados das possíveis reações típicas à realização da vacina,

nomeadamente: dor, rubor e tumefação, 1 a 3 dias após a administração da vacina. Ocasionalmente pode aparecer um nódulo indolor no local da injeção que, geralmente, é reabsorvido lentamente ao longo de várias semanas. Febre ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ) e choro, principalmente nas primeiras 24 horas (DGS, 2020).

### **Vacina Pn13**

A Vacina de polissacáridos capsulares de *Streptococcus pneumoniae* contem os serotipos 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F, 23F, conjugada com proteína diftérica, adsorvidos em fosfato de alumínio (DGS, 2020).

Tem como indicação terapêutica a prevenção de infeções por *Streptococcus pneumoniae* de 13 serotipos.

Precauções: relativamente à sua administração a DGS apresenta algumas precauções, como, a possibilidade de ocorrência uma reação alérgica, apesar de ser a 2ª dose da vacina e aguardar até à recuperação completa em caso de febre ou doença aguda grave (DGS, 2020). Desta forma, fizeram parte das minhas vigilâncias nesta conceção de cuidados: temperatura corporal, pele e mucosas e vigilância e promoção da saúde.

Dose: 0,5ml e Via de administração: intramuscular

Local de administração: músculo vasto externo, na face externa da região antero-lateral da coxa direita.

Pode ser administrada em concomitância com outras vacinas desde que com mais de 2,5cm de distância.

Esta vacina deve ser armazenada em conservação entre os  $2^{\circ}\text{C}$  e os  $8^{\circ}\text{C}$ .

Os pais devem ser informados das possíveis reações típicas à realização da vacina, nomeadamente: dor, vermelhidão, tumefação, febre, irritabilidade, diminuição do apetite e perturbações do sono (DGS, 2020).

### **Vacina MenB**

A Vacina de proteínas recombinantes de *Neisseria meningitidis* do grupo B, contem os antigénios: Proteína de fusão NHBA (antigénio de *Neisseria* spp. de ligação à heparina), Proteína de fusão fHbp (proteína de ligação ao fator H), Proteína NadA (Adesina A de *Neisseria* spp.) e Vesículas de membrana externa (VME) da estirpe NZ98/254 (PorA P1.4). adsorvidos em hidróxido de alumínio (DGS, 2020).

Tem como indicação terapêutica a prevenção da doença invasiva por *Neisseria meningitidis* B.

Precauções: relativamente à sua administração a DGS apresenta algumas precauções, como, a possibilidade de ocorrência uma reação alérgica, apesar de ser a 2ª dose da vacina e aguardar

até à recuperação completa em caso de febre ou doença aguda grave (DGS, 2020). Assim sendo, fizeram parte das minhas vigilâncias nesta conceção de cuidados: temperatura corporal, pele e mucosas e vigilância e promoção da saúde.

Dose: 0,5ml

Via de administração: intramuscular profunda.

Local de administração: músculo vasto externo, na face externa da região antero-lateral da coxa esquerda.

Pode ser administrada em concomitância com outras vacinas desde que com mais de 2,5cm de distância.

Esta vacina deve ser armazenada em conservação entre os 2°C e os 8°C.

Os pais devem ser informados das possíveis reações típicas à realização da vacina, nomeadamente: dor, eritema, tumefação, endurecimento, febre e irritabilidade, diarreia, vômitos, perturbações alimentares, sonolência, choro anormal e erupção cutânea leve (DGS, 2020).

### **Rotarix**

A vacina Rotarix é uma vacina integrada no PNV, de acordo com critérios de elegibilidade. A DGS recomenda a sua administração aos 2 e aos 4 meses de idade. Tem origem numa Estirpe humana e inclui o genótipo G1P(8) (monovalente) (DGS, 2021).

Tem como indicação terapêutica a prevenção de gastroenterites por rotavírus.

Sendo este lactente saudável, não existem contraindicações à sua administração.

Precauções: Após reconstituída a vacina deve ser visualmente inspecionado para a identificação de partículas estranhas ou alguma alteração.

Dose: 1,5ml e Via e local de administração: Oral, com a criança ligeiramente inclinada, para evitar aspiração da vacina ou desperdício.

Pode ser administrada em conjunto com as vacinas do Programa Nacional de Vacinação.

Cuidados: Sendo a sua eliminação intestinal é recomendado a mãe adotar cuidados de higiene pessoal (higienizar as mãos) quando manuseia as fraldas, principalmente após o 7º dia da administração (AEM, 2023).

Há algum risco de provocar intussusceção, pelo que a mãe deve ser alertada a ter atenção à ocorrência de desconforto, hematoquezia, vômitos, distensão abdominal ou febre (AEM, 2023).

### 3.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
13-09-2023 09:00	Eliminação intestinal	
13-09-2023 09:00	Pele e mucosas	
13-09-2023 09:00	Termorregulação	
13-09-2023 09:00	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
13-09-2023 09:00	Comportamentos para amamentar	
13-09-2023 09:00	Comportamentos de ligação filho-mãe/pai	
13-09-2023 09:00	Desenvolvimento psicomotor	
13-09-2023 09:00	Desenvolvimento físico	
13-09-2023 09:00	Lactente	
13-09-2023 09:00	Sistema respiratório	
13-09-2023 09:00	Sistema cardiovascular	

#### 3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

As recomendações da DGS relativamente à consulta dos 4 meses prendem-se com aspetos de avaliação de enfermagem e cuidados antecipatórios que foi refletido na presente conceção de cuidados através da identificação dos seguintes domínios: **eliminação intestinal, pele e mucosas, sono, desenvolvimento físico, desenvolvimento psicomotor, comportamentos para amamentar e lactente.**

Nesta faixa etária, o recém-nascido atravessa uma fase de maturação intestinal e com elevada frequência de cólicas. A observação da pele permite a identificação de alterações indicadoras de que a criança sofre maus-tratos ou um mau cuidado, potenciando a intervenção precoce e atempada.

Os hábitos de sono são imprescindíveis para o desenvolvimento do lactente (DGS, 2013). Na avaliação do desenvolvimento físico, a DGS preconiza a avaliação dos seguintes parâmetros: peso, comprimento, IMC/percentil, perímetro cefálico, dentição, audição, exame físico, desenvolvimento, relação emocional e comportamental, riscos de maus-tratos e segurança do ambiente (DGS, 2015).

Nos cuidados antecipatórios, é recomendado abordar a amamentação em exclusivo até aos 6 meses, assim como, a suplementação (vitaminas e minerais), a regurgitação e a conciliação da amamentação com a atividade profissional da mãe. Para tal é fundamental avaliar o tipo de alimentação que a mãe pretende fornecer ao seu filho daqui adiante e, uma vez que o João foi amamentado em exclusivo até então, avaliar se os comportamentos para amamentar são apropriados e se o lactente apresenta sinais de saciedade (DGS, 2015).

Para a máxima promoção do desenvolvimento infantil na faixa etária de lactente urge a resposta adequada às suas necessidades desenvolvimentais de afeto, segurança e conforto, por parte dos pais, para as quais o estabelecimento de uma relação segura é fundamental. A ligação mãe/pai-filho é facilitadora da expressão das necessidades do lactente e fomentadora da vinculação segura, contribuindo para que as necessidades do filho sejam satisfeitas de forma plena (ICN, 2020; Hockenberry & Wilson, 2018). Neste seguimento, foram identificados os domínios **comportamentos de ligação mãe/pai-filho, comportamentos de ligação filho-mãe/pai e lactente**, uma vez que o contributo para o desenvolvimento psicomotor e físico do lactente decorre de os pais conhecerem melhor o seu filho, serem capazes e sentirem-se capazes de responder adequadamente às necessidades evidenciadas por ele.

O lactente sofre várias alterações e mudanças ao longo do seu desenvolvimento, as quais exigem uma adaptação constante por parte dos pais, para que a transição para a parentalidade decorra no sentido positivo, pelo que necessitam de adquirir competências no âmbito do papel parental desenvolvimental que, na ontologia de enfermagem, se encontram associadas ao domínio do lactente (Serrano, 2022).

Relacionado com a patologia foram identificados os domínios **sensações somáticas e sistema respiratório**. A condição clínica e a hipertermia contribuem para sensação de desconforto e podem provocar dor generalizada ou focalizada (mialgias, cefaleias), sendo oportuna a sua avaliação. Neste caso, o lactente apresentava tosse e febre, pelo que a avaliação da função respiratória é essencial para a identificação de alterações que comprometam a qualidade de vida ou a própria vida do lactente. Em adição, na execução do exame físico da criança está implícita a avaliação do sistema respiratório.

Ainda que não esteja preconizada pela DGS a avaliação da temperatura corporal aos 4 meses, considero ser uma boa prática, uma vez que, a ocorrência de febre obriga ao adiamento da realização das vacinas, que foi o caso, motivo pelo qual foi selecionado o domínio termorregulação (DGS, 2020).

Apesar da DGS não recomendar a avaliação da tensão arterial e do pulso a crianças com idade inferior a 3 anos, na execução do exame físico, é intrínseca a avaliação da funcionalidade deste sistema, através da observação da coloração da pele, tempo de preenchimento capilar e reatividade da criança (DGS, 2013). Portanto, foi selecionado o domínio **sistema cardiovascular**.

### 3.5. Concessão de Cuidados

#### Sistema respiratório

13-09-2023 09:00

- 13-09-2023 09:00 - Frequência respiratória: 48 ciclos/min.
- 13-09-2023 09:00 - Ritmo respiratório regular.
- 13-09-2023 09:00 - Movimento respiratório simétrico.
- 13-09-2023 09:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.
- 13-09-2023 09:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.
- 13-09-2023 09:00 - Sem adejo nasal.
- 13-09-2023 09:00 - Saturação do oxigênio no sangue
  - 13-09-2023 09:00 - Periférico(a): 97 %.
- 13-09-2023 09:00 - Coloração da mucosa: ruborizada.
- 13-09-2023 09:00 - Reflexo da tosse: presente.
- 13-09-2023 09:00 - Sons respiratórios: normais.

#### Sistema cardiovascular

13-09-2023 09:00

- 13-09-2023 09:00 - Temperatura das extremidades
  - 13-09-2023 09:00 - Membro inferior: Temperatura das extremidades normal.
- 13-09-2023 09:00 - Coloração das extremidades
  - 13-09-2023 09:00 - Membro superior: Coloração normal das extremidades.
- 13-09-2023 09:00 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

#### Eliminação intestinal

13-09-2023 09:00

- 13-09-2023 09:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.
- 13-09-2023 09:00 - Fezes: em moderada quantidade.
- 13-09-2023 09:00 - Consistência das fezes: Fezes moles.
- 13-09-2023 09:00 - Coloração das fezes: amarelada.
- 13-09-2023 09:00 - Número de defecações por dia: 1.
- 13-09-2023 09:00 - Número de defecações por semana: 7.

#### **13-09-2023 09:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal**

*13-09-2023 09:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [Na próxima consulta]*

#### Pele e mucosas

13-09-2023 09:00

- 13-09-2023 09:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

#### **13-09-2023 09:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos**

*13-09-2023 09:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [Na próxima consulta]*

#### Termorregulação

13-09-2023 09:00

- 13-09-2023 09:00 - Temperatura corporal periférica
  - 13-09-2023 09:00 - Região axilar: 38.20 °C.

#### **13-09-2023 09:00 - Hipertermia**

**13-09-2023 09:00 - Determinar evolução da temperatura corporal**

*13-09-2023 09:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [Na próxima consulta]*

*13-09-2023 09:00 - Referenciar hipertermia ao médico [SOS]*

**13-09-2023 09:00 - Promover papel parental especial: gestão da temperatura corporal [FIM] 13-09-2023 10:15**

13-09-2023 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância da temperatura corporal: facilitador.

13-09-2023 10:15 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância da temperatura corporal: facilitador [MANTEVE].

13-09-2023 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre controlo da temperatura corporal: facilitador.

13-09-2023 10:15 - Conhecimento da mãe/pai sobre controlo da temperatura corporal: facilitador [MANTEVE].

*13-09-2023 09:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da temperatura corporal [Na próxima consulta] [FIM] 13-09-2023 10:15*

**13-09-2023 09:00 - Promover papel parental especial: prevenção de complicações da hipertermia**

13-09-2023 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de complicações da hipertermia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-09-2023 10:15 - Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de complicações da hipertermia: facilitador [MELHOROU].

**13-09-2023 09:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da hipertermia [RESOLVIDO] 13-09-2023 10:15**

10:15

*13-09-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de complicações da hipertermia [No final do contacto] [FIM]*

13-09-2023 10:15

*13-09-2023 09:00 - Ensinar mãe/pai sobre necessidades de ingestão de líquidos [Neste contacto] [FIM] 13-09-2023 10:15*

*13-09-2023 09:00 - Ensinar mãe/pai sobre sinais de desidratação [Neste contacto] [FIM] 13-09-2023 10:15*

*13-09-2023 09:00 - Ensinar mãe/pai sobre sinais de alerta de convulsão [Neste contacto] [FIM] 13-09-2023 10:15*

*13-09-2023 09:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: prevenção de complicações da hipertermia [No final do contacto]*

13-09-2023 10:15

13-09-2023 10:15 - Temperatura corporal periférica

13-09-2023 10:15 - Região axilar: 36.50 °C.

**Comportamentos de ligação mãe/pai-filho**

13-09-2023 09:00

13-09-2023 09:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

13-09-2023 09:00 - Comportamentos de ligação pai-filho: facilitador.

**13-09-2023 09:00 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho**

*13-09-2023 09:00 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho [Na próxima consulta]*

*13-09-2023 09:00 - Avaliar evolução da ligação pai-filho [Na próxima consulta]*

**Comportamentos para amamentar**

13-09-2023 09:00

13-09-2023 09:00 - Oferece a mama quando reconhece sinais de fome.

13-09-2023 09:00 - Adota posição confortável para facilitar o mamar.

13-09-2023 09:00 - Termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade.

13-09-2023 09:00 - Utiliza estratégias para estimular o mamar.

13-09-2023 09:00 - Com manifestações de pega adequada.

**13-09-2023 09:00 - Amamentação**

**13-09-2023 09:00 - Determinar evolução da amamentação**

*13-09-2023 09:00 - Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar [Na próxima consulta]*

**Comportamentos de ligação filho-mãe/pai**

13-09-2023 09:00

13-09-2023 09:00 - Comportamentos de vinculação: procura atrair a presença do adulto com choro, sorriso, balbuciar, olhar ou agitando os braços; comportamentos direcionados a qualquer pessoa, porque não consegue distinguir adultos.

**13-09-2023 09:00 - Determinar evolução da vinculação**

*13-09-2023 09:00 - Avaliar evolução da vinculação [Na próxima consulta]*

**Desenvolvimento psicomotor**

13-09-2023 09:00

13-09-2023 09:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme.

13-09-2023 09:00 - Desenvolvimento da função motora fina: sem sinais de alarme.

13-09-2023 09:00 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme.

13-09-2023 09:00 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme.

13-09-2023 09:00 - Desenvolvimento da linguagem: sem sinais de alarme.

13-09-2023 09:00 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: sem sinais de alarme.

**13-09-2023 09:00 - Determinar evolução do desenvolvimento infantil**

*13-09-2023 09:00 - Avaliar evolução do desenvolvimento infantil [Na próxima consulta]*

**Desenvolvimento físico**

13-09-2023 09:00

13-09-2023 09:00 - Peso: 5.40 Kg.

13-09-2023 09:00 - Percentil do peso: P(50).

13-09-2023 09:00 - Comprimento/Altura: 41.50 cm.

13-09-2023 09:00 - Percentil do comprimento: P(1).

13-09-2023 09:00 - Perímetro cefálico: 39.00 cm.

13-09-2023 09:00 - Percentil do perímetro cefálico: P(50).

13-09-2023 09:00 - Índice de massa corporal: 31.35 Kg/m<sup>2</sup>.

13-09-2023 09:00 - Percentil do índice de massa corporal: P(999).

13-09-2023 09:00 - Encerramento da fontanela

13-09-2023 09:00 - Posição posterior: sem compromisso.

**13-09-2023 09:00 - Crescimento**

**13-09-2023 09:00 - Determinar evolução do crescimento**

13-09-2023 09:00 - Avaliar evolução do crescimento [Na próxima consulta]

**Lactente**

13-09-2023 09:00

**13-09-2023 09:00 - Lactente**

**13-09-2023 09:00 - Promover papel parental desenvolvimental: sono/repouso**

13-09-2023 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre sono da criança: facilitador.

13-09-2023 09:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: sono/repouso

13-09-2023 12:00 - Boa condição da qualidade e duração do sono da criança.

**13-09-2023 09:00 - Promover papel parental desenvolvimental: segurança**

13-09-2023 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança da criança: facilitador.

13-09-2023 09:00 - Capacidade da mãe/pai para transportar a criança em segurança: facilitadora.

13-09-2023 09:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: segurança

13-09-2023 12:00 - Mãe/pai não adota comportamentos promotores da segurança da criança de acordo com a recomendação.

**13-09-2023 10:15 - Promover papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde**

13-09-2023 10:15 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

13-09-2023 10:15 - Significado atribuído pela mãe/pai à vacinação: não dificultador.

13-09-2023 10:15 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança

13-09-2023 10:15 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde [Na próxima consulta]

13-09-2023 12:00 - A mãe/pai adota comportamentos de vigilância e promoção da saúde da criança de acordo com a recomendação.

**13-09-2023 09:00 - Promover papel parental desenvolvimental: crescimento**

[FIM] 13-09-2023 10:15

13-09-2023 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre crescimento da criança: facilitador.

13-09-2023 10:15 - Conhecimento da mãe/pai sobre crescimento da criança: facilitador [MANTEVE].

**13-09-2023 09:00 - Promover papel parental desenvolvimental: desenvolvimento infantil**

13-09-2023 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil durante o período de lactente: necessita ser melhorado para progredir para a

mestria; é o momento próprio para intervir.

13-09-2023 10:15 - Conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil durante o período de lactente: facilitador [MELHOROU].

13-09-2023 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-09-2023 10:15 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente: facilitador [MELHOROU].

**13-09-2023 09:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre desenvolvimento infantil durante o período de lactente** [RESOLVIDO]

13-09-2023 10:15

*13-09-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil no período de lactente [Na próxima consulta] [FIM]*

13-09-2023 10:15

*13-09-2023 09:00 - Ensinar mãe/pai sobre desenvolvimento infantil no período de lactente [Neste contacto] [FIM]* 13-09-2023 10:15

**13-09-2023 09:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente** [RESOLVIDO] 13-09-2023 10:15

*13-09-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente [Na próxima consulta] [FIM]* 13-09-2023 10:15

*13-09-2023 09:00 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente [Neste contacto] [FIM]*

13-09-2023 10:15

13-09-2023 10:15

### 3.6. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do desenvolvimento infantil

- Observar o desenvolvimento da motricidade global do lactente (O lactente apanha os objetos e coloca na boca (preensão palmar)? Roda da posição ventral para dorsal? Une as mãos a meio do corpo? Toca com as mãos no tronco e joelhos? Demonstra preferência por tipos e formas de objetos e cores)
- Observar o desenvolvimento da motricidade fina do lactente (O lactente alcança um objeto e faz movimentos de preensão com a mão?; Tem as mãos abertas quando relaxado?)
- Observar o desenvolvimento da linguagem do lactente (O lactente balbucia e copia sons?; Apresenta diferentes tipos de choro para diferentes necessidades?; Vira-se na direção de um som forte?; Faz silêncio para escutar o que um dos pais está a comunicar durante a muda da fralda?)

- Observar o desenvolvimento socioemocional do lactente (O lactente gosta de brincar com os outros e chora por desagrado quando param?; Sorri espontaneamente sobretudo na presença de pessoas?; Observa outras crianças quando está ao colo do cuidador?; Chora quando outro bebé chora?; Examina as suas mãos e as mãos dos pais?; Pára de chorar no aconchego do colo do pai ou mãe?; Fica zangado ou frustrado quando não chega a um objeto?; Acalma-se levando as mãos na boca?; Pára de chorar quando o cuidador se aproxima com o biberão?)
- Observar o desenvolvimento cognitivo do lactente (O lactente alcança brinquedos com uma mão?; Demonstra coordenação olhos-mão, tentando alcançar um objeto?; Abana a cama com os movimentos dos pés, observa e repete?; Olha a própria mão?; Encontra uma roca debaixo do cobertor quando apenas se vê a asa?; Agarra o biberão quando é alimentado?)
- Observar o desenvolvimento percetivo do lactente (O lactente procura a pessoa que lhe tocou depois de experienciar a sensação tátil de toque?; Utiliza os mesmos sons que a família quando balbucia?; Assusta-se quando houve um ruído alto?; Bate no berço repetidamente após perceber que abana com essa ação?; Reconhece um objeto ainda que esteja numa posição diferente?; Explora objetos com a boca?; Reconhece a mãe e o pai pela voz e olhar?)
- Observar a mãe sobre o desenvolvimento sensorial do lactente (O lactente levanta a cabeça e o tronco contra a gravidade?; Explora os objetos com as mãos e boca?; Explora os diferentes materiais que o rodeiam (areia, terra, tinta, etc.)?)

#### Avaliar evolução da ligação mãe-filho

- Avaliar comportamentos de afetividade
- Avaliar comportamentos de responsividade

#### Avaliar evolução da temperatura corporal

- Medir temperatura corporal axilar

#### Ensinar mãe/pai sobre sinais de desidratação

- Fontanela afundada
- Olhos encovados
- Choro sem lágrimas
- Menor quantidade e frequência urinária
- Lactente menos ativo e reativo

#### Ensinar mãe/pai sobre sinais de alerta de convulsão

- Execução de movimentos involuntários de baixa intensidade, quase impercetíveis
- Encerramento dos lábios
- Realização de leves movimentos de mastigação
- Os olhos direcionam-se para diferentes lados
- Não ser capaz de contrariar o movimento
- Corpo fraco e debilitado
- Parar de respirar (apneia)

#### Ensinar mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de

#### lactente

- Sentar o lactente envolto em almofadas, sob a sua supervisão para motivar o seu equilíbrio e potenciar a permanência da posição de sentado sem apoio
- Oferecer objetos que caibam na mão para que brinque, transferindo de uma mão para a outra, atirando ou colocando na boca
- Oferecer três objetos para a mão para que decida qual quer ou pense numa forma de os segurar, para melhorar a sua capacidade de tomar decisões
- Comunicar com o lactente do lado direito e do lado esquerdo para potenciar a mobilização do pescoço para ambos os lados e estimular a audição dos dois ouvidos
- Comunicar com o lactente na muda da fralda, para promover a ligação e desenvolver a componente social
- Conhecer os diferentes sons produzidos pelo lactente, para satisfazer as suas necessidades da melhor forma
- Alternar a posição do berço ou do lactente no berço, ficando, desta forma, uns dias do lado direito dos pais e outros do lado esquerdo, para potenciar a mobilização do lactente tanto para o lado direito quanto para o lado esquerdo

#### Ensinar mãe/pai sobre desenvolvimento infantil no período de lactente

- Reagir à interação com os pais e com os outros, com um sorriso, gargalhada ou balbúcio
- Pode gostar de brincar com objetos coloridos
- Deve ser capaz de olhar para uma lado e para o outro e seguir o som e o brinquedo
- Deve ser capaz de segurar brinquedos do tamanho da palma da mão através da preensão palmar e transferi-lo de uma mão para a outra
- Deve chorar para expressar desconforto, dor ou frustração

#### Ensinar mãe/pai sobre necessidades de ingestão de líquidos

- Oferecer a mama sempre que o lactente solicitar

#### Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil no período de lactente

- Questionar se a mãe identifica alguma alteração no desenvolvimento do filho que a preocupe
- Questionar se a mãe identifica alguma dificuldade motora, de linguagem ou de interação com outras pessoas

#### Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente

- Questionar quais as estratégias utilizadas pela mãe para estimular o seu desenvolvimento

#### Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de complicações da hipertermia

- Questionar a mãe sobre quais as complicações da hipertermia (Desidratação grave, alucinação e convulsão febril)
- Questionar a mãe sobre como pode prevenir a desidratação (Oferece a mama sempre que o lactente solicita)
- Questionar quando é que a mãe deve recorrer aos serviços de saúde (febre à 3-4 dias sem

sinais de melhoria, temperatura corporal acima dos 40°C, manchas ou pintas no corpo, presença de gemidos, convulsão, desidratação, vômitos incoercíveis, dificuldade respiratória e sonolência)

Avaliar evolução da integridade dos tecidos

- Observar a pele do lactente quando a mãe despe a roupa para a administração das vacinas

Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da temperatura corporal

- Questionar a mãe se avalia a temperatura axilar
- Questionar a mãe se administra antipirético na dosagem correta e conforme prescrição médica
- Questionar a mãe sobre as medidas de arrefecimento corporal que adota

### **3.7. Síntese relativa ao caso**

Referente aos aspetos do processo adaptativo, apresentam-se os resultados esperado, organizados por tipo de diagnóstico.

#### **Indicadores de resultado:**

##### Diagnóstico:

Potencial para melhorar o conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de complicações de hipertermia

##### Indicador de resultado:

- Que a mãe verbalize que oferece a mama ao filho, sempre que ele solicite, para prevenir desidratação;
- Que a mãe verbalize que fica atenta a algum movimento estranho e involuntário do filho.

##### Diagnóstico:

Potencial melhorar o conhecimento da mãe/pai sobre o desenvolvimento infantil durante o período de lactente

##### Indicador de resultado:

- Que a mãe verbalize que o seu filho é capaz de sustentar a cabeça;
- Que a mãe verbaliza que o filho roda a posição do corpo;
- Que a mãe verbalize que o filho tenta ficar na posição de sentado;
- Que a mãe verbalize que o filho agarra os objetos;
- Que a mãe verbalize que o filho balbucia, emite diferentes sons e tem diferentes tipos de choro;

- Que a mãe verbalize que o seu filho tenta alcançar os objetos que acha interessantes;
- Que a mãe verbalize que quando um objeto está semi-escondido o filho já o consegue encontrar;
- Que a mãe verbalize que o lactente explora os diferentes objetos que o rodeiam com a boca;
- Que a mãe verbalize que o filho assusta-se quando ouve um som forte;
- Que a mãe verbalize que o seu filho chora por desagrado ou frustração;
- Que a mãe verbalize que o filho chora quando vê um lactente a chorar;
- Que a mãe verbalize que o seu filho procura a pessoa que o tocou após ser tocado;
- Que a mãe verbalize que o filho faz silêncio para escutar o que os pais estão a comunicar;
- Que a mãe refira que o filho sorri no contacto com outras pessoas;
- Que a mãe verbalize que o seu filho reconhece a sua voz (Serrano, 2022).

#### Diagnóstico:

Potencial para melhorar o conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil

#### Indicador de resultado:

- Que a mãe verbalize que promove a adoção da posição de sentado, através da colocação de almofadas ou de um suporte ao redor do lactente;
- Que a mãe verbalize que oferece objetos coloridos, de diferentes texturas e tamanhos para o lactente brincar;
- Que a mãe verbalize que oferece dois a três objetos, em simultâneo ao seu filho, para estimular a capacidade de tomada de decisão e de resolução de problemas;
- Que a mãe verbalize que comunica com o lactente cada vez que interage com ele, por exemplo, na muda da fralda;
- Que a mãe verbalize que conhece os diferentes sons que o seu filho emite e responde de acordo;
- Que a mãe verbalize que estimula a audição, a perceção espacial e a mobilidade lateral, comunicando com o filho tanto de um lado como do outro, como por exemplo, mudando a posição do filho no berço, ou no colo.

#### **Tomada de decisão**

A minha decisão terapêutica teve por base os dados tomados como relevantes para identificar o potencial para melhorar o conhecimento da mãe. O conhecimento que a mãe detinha, o que a mãe necessitava aprender, o que a mãe queria aprender, a sua disponibilidade para aprender (caraterísticas comportamentais) e a sua motivação para aprender, face ao seu papel desenvolvimental e especial relativo à gestão da hipertermia do seu filho, foram aspetos que levei em conta durante a minha atuação.

Foi considerado o papel parental especial, relativo à hipertermia, na medida em que este

lactente apresentava hipertermia há mais de 14 dias, dentro dos 38°C de temperatura corporal, embora apenas há 7 dias tivesse iniciado um quadro de tosse seca e irritativa. Sempre sem sinais de dificuldade respiratória, ou outros sinais de alarme a nível neurológico, no exame físico ou à observação do seu aspeto geral.

A mãe deste lactente, demonstrou vontade de continuar a amamentar exclusivamente o seu filho, pelo que não foi selecionado promover o amamentar. Neste seguimento, na conceção de cuidados, a intervenção direcionada à melhoria do conhecimento da mãe acerca da ingestão nutricional, não era oportuno a avaliação inicial deste aspeto.

Este lactente manifestou um desenvolvimento psicomotor e físico dentro do expectável para a sua idade, não apresentando sinais de alarme. Por este motivo só foi prescrita a intervenção avaliar a evolução dos mesmos.

Face ao objetivo promover papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde, apesar da mãe não possuir conhecimento acerca dos cuidados a ter após a administração da vacinação, não foi considerado oportuno intervir, dado a condição clínica do lactente impedir a administração da terapêutica farmacológica nesta consulta. Neste seguimento e na medida em que foi identificado que não era o momento próprio para intervir, dada a preocupação da mãe face à hipertermia do seu filho, a avaliação do papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde, para a consulta seguinte.

### **Prioridades no planeamento dos cuidados**

No planeamento dos cuidados importa definir as prioridades das intervenções, para organizar a consulta, por forma a facilitar o atingimento dos objetivos da mesma.

Neste caso, os domínios prioritários são o sistema respiratório, sistema circulatório e termorregulação, uma vez que indicam o estado clínico da criança no momento do contacto, permitindo identificar alterações que norteiam as intervenções de enfermagem posteriores e permitem avaliar com mais eficácia os dados dos restantes domínios e diagnósticos. A avaliação dos restantes domínios deve ter a condição clínica da criança em consideração.

O desenvolvimento físico e desenvolvimento psicomotor são os domínios primados imediatamente a seguir, dado que possibilitam a avaliação geral da evolução da criança. Desta forma, torna-se possível identificar alterações, que direcionam o foco de atenção de enfermagem e modelam o plano de cuidados.

Os seguintes domínios priorizados são: sono, pele e mucosas e eliminação intestinal, no sentido de avaliar o padrão da criança. Alguma alteração no padrão pode esclarecer alterações identificadas anteriormente ou evidenciar dificuldades ou dúvidas que a mãe possui. Desta forma, propicia a colheita de dados e identificação de diagnósticos que dizem respeito ao papel parental desenvolvimental. Assim, seguem as intervenções com o objetivo de promover ao

máximo o desenvolvimento deste lactente, através do ajuste das respostas da mãe às suas necessidades (OE, 2010).

Os pais são os principais cuidadores da criança. A sua orientação para a maximização do potencial de desenvolvimento da criança, para a promoção do seu crescimento e desenvolvimento são focos de intervenção dentro da esfera de ação do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2017). Portanto, o domínio lactente não é o menos importante, mas o de penúltima prioridade nesta consulta, para que a intervenção seja o mais ajustada à necessidade da promoção do papel parental. É necessário realizar uma anamnese inicial completa para que a intervenção no papel parental seja efetiva.

E por fim, a atuação nos domínios, comportamentos de ligação mãe/pai-filho, comportamentos de ligação filho-mãe/pai e comportamentos para amamentar, uma vez que não sendo algo que o lactente necessite que seja satisfeito de imediato, é fundamental para o seu desenvolvimento socioemocional e imunitário (Serrano, 2022).

### **Intervenções de Enfermagem; Contributos específicos face aos objetivos e prioridades**

Segundo a CIPE, a ação avaliar concetualiza-se no verbo “Determinar: Processo contínuo para medir o progresso, ou em que extensão os objetivos estabelecidos foram atingidos” (ICN, 2020, p.16).

As intervenções do tipo “avaliar evolução” permitiram caracterizar a condição da criança e do conhecimento e capacidade da mãe e prescrever as intervenções mais ajustadas às suas necessidades, contribuindo, assim, para a identificação da necessidade de intervenção mais direcionada à gestão da hipertermia e promoção do desenvolvimento infantil.

Segundo a CIPE, ensinar concretiza-se no verbo “Informar: dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde” (ICN, 2020, p.50). Portanto, as intervenções no âmbito do ensinar consistem na prescrição de informação baseada em informoterapia, que permitirá à mãe progredir para a mestria na sua transição para a parentalidade, através da aquisição de conhecimento sobre sinais de desidratação, sinais de alerta de convulsão, necessidades de ingestão de líquidos, sobre o desenvolvimento infantil e sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil.

Através das intervenções do tipo ensinar será possível atingir o objetivo terapêutico promover o papel parental desenvolvimental: desenvolvimento infantil e o papel parental especial: prevenção de complicações da hipertermia.

Este estudo de caso compreendeu aspetos fundamentais para o desenvolvimento das seguintes competências de Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica: "Promove o desenvolvimento e crescimento infantil"; "Implementa e gere (...), um plano de saúde promotor

da parentalidade (...); "Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura" e "Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança" (OE, 2018, pp. 19193-19194).

## 4. CASO CLÍNICO 2: CRIANÇA NO PERÍODO DE TODDLER EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO MÉDICO-CIRÚRGICO

O João (nome fictício), é uma criança no período de Toddler, que deu entrada no serviço de urgência por dispneia com 1 dia de evolução. Foi diagnosticado com Infecção Respiratória por Vírus Sincicial Respiratório associado a sobreinfecção bacteriana com hipoxemia e Otite média aguda à direita, tendo sido internado para cumprir antibioterapia e oxigenoterapia e para controlo sintomático. Foi transferido para o internamento, com aporte O<sub>2</sub> suplementar a 2l/min por cânula nasal, acompanhado pela mãe. Ficou internado durante 5 dias. A presente conceção de cuidados é realizada em dois momentos distintos, respetivamente, no início (1ª sessão) e no final (2ª sessão) do turno noturno. A criança apresenta um desenvolvimento dentro do expectável para a sua faixa etária.

### 4.1. Enquadramento teórico

#### Patologia

##### Pneumonia:

Segundo a Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP), Pneumonia é definida através da associação de febre e/ou sinais e sintomas agudos do trato respiratório inferior, à presença de infiltrados parenquimatosos no Rx torácico. Se a criança não tiver tido um internamento nos últimos 7 dias, o diagnóstico é de pneumonia adquirida na comunidade, uma vez que a criança adquiriu a infeção no ambiente extra-hospitalar (SPP, 2007).

Os vírus respiratórios são a etiologia mais comum da pneumonia adquirida na comunidade até aos 5 anos. As infeções por mais do que um agente (coinfecção) também são relativamente frequentes nesta faixa etária (SPP, 2007). O vírus sincicial respiratório é a causa mais comum de patologia respiratória até aos 5 anos. Os sinais e sintomas causados por este vírus variam, mas os mais frequentes são: tosse, secreções nasais, secreções oculares, febre, dispneia e pieira audível, conforme explanado no site do Sistema Nacional de Saúde (SNS) (SNS, 2023).

O tratamento da pneumonia adquirida na comunidade é realizado através da implementação de medidas de controlo da febre, hidratação e oxigenação adequados (objetivo de saturação periférica de oxigénio superior a 92%) (SNS, 2023).

##### Otite Média Aguda:

O diagnóstico de Otite Média Aguda (OMA) é realizado através do exame clínico e otoscopia com os critérios de presença de “membrana timpânica com abaulamento moderado a grave ou presença de otorreia de início recente e não devida a otite externa”; ou “membrana timpânica com abaulamento ligeiro e início recente de otalgia (...) ou eritema intenso da membrana timpânica” (DGS, 2012a). “Os agentes etiológicos mais frequentes de OMA são *Staphylococcus pneumoniae* (25-50%), *Haemophilus influenzae* não tipável (15-30%;) e *Moraxella catarrhalis* (3-20%;)” (DGS, 2012a).

Sendo uma das principais causas de infecção bacteriana na criança o tratamento da OMA é realizado com antibioterapia, conjuntamente com analgésicos e anti-inflamatórios para o controlo da dor e febre. Em crianças com idade superior a 6 meses o tratamento com antibioterapia está indicado em OMA com quadro clínico grave; OMA bilateral com idade inferior a dois anos; Otorreia; OMA recorrente e Persistência dos sintomas à mais de 48-72 horas ou agravamento dos mesmos. Para crianças com idade inferior a 2 anos, a duração do tratamento deve ser de 7 dias. Apesar do tratamento de primeira linha ser realizado com amoxicilina, a ampicilina pode ser utilizada em substituição da amoxicilina em casos de resistência do microrganismo patológico a este último fármaco (DGS, 2012a).

### **Contexto**

A hospitalização é um evento potencialmente traumático tanto para a criança como para os seus pais, por representar um ambiente desconhecido, de ameaça, provocando insegurança e vivências desagradáveis. Assim, pode constituir um fator de grande impacto nas suas vidas, tendo influência em diversas áreas, nomeadamente, no bem-estar, processos familiares, exercício da parentalidade e o estabelecimento de uma relação entre os membros da família (Sousa, 2014).

Perante a hospitalização, a transição para a parentalidade sofre um desvio da normalidade, o que exige um conjunto de readaptações que enaltecem necessidades a nível emocional, cognitivo e comportamental no exercício da parentalidade, para as quais, dependendo dos atributos prévios dos pais, da criança, da parentalidade e do contexto, os cuidados de enfermagem são necessários no que concerne aos domínios do desempenho do papel parental, conhecimento, capacidades e afetividade e em simultâneo sobre as vivências da parentalidade que decorrem da hospitalização de um filho (Sousa, 2014).

Apesar dos desafios pessoais, psicológicos, físicos, emocionais e sociais da hospitalização, tanto para a criança quanto para a sua família, é em situações de internamento que podem ser potenciadas competências parentais e detetadas situações de risco que possam comprometer o desenvolvimento da criança. Assim sendo, o contexto hospitalar pode constituir uma oportunidade para trabalhar com a família, para além das exigências de cuidados que demanda a situação clínica no imediato, questões relacionadas com características do foro pessoal, que

encontram relação com a vinculação segura, parentalidade positiva, conhecimentos, capacidades e recursos psicológicos e emocionais (OE, 2015a).

Durante a hospitalização o incentivo à parentalidade é essencial para a promoção da adaptação à condição. Para tal, a prestação de cuidados deve assentar numa parceria de cuidados, com base na negociação da prestação de cuidados com os pais, na qual a figura parental é parte integrante da equipa e está envolvida em todo o processo. A sensação dos pais continuarem a ser capazes de prestar cuidados ao seu filho, aumenta a confiança no seu papel parental, o que facilita a criação de laços que potenciam a ligação mãe/pai-filho e a ligação filho-mãe/pai. Laços importantes para o ajustamento psicológico e emocional da criança durante o internamento (OE, 2015a).

Para além de contribuir para a transição para a parentalidade a inclusão da família/ pais nos cuidados à criança é crucial para a minimização do impacto da hospitalização no desenvolvimento da criança (Pedroso, 2017). Assim como, a utilização do brincar na prestação de cuidados, uma vez que as atividades lúdicas tem um impacto positivo na qualidade de vida de crianças hospitalizadas (Carvalho & Silva, 2023).

O ambiente hospitalar é associado a quebra e doença. A criança é obrigada a sair do seu contexto domiciliar, onde já tinha as suas rotinas e padrões relacionados com o autocuidado, higiene, sono, alimentação, eliminação e brincar, tinha as ações sob controlo, tinha conhecimento do espaço e do que esperar em cada situação, assim como, das pessoas com as quais contactava. No internamento, a criança vê as suas rotinas alteradas por completo, sem saber o que vai acontecer, sem conhecer o espaço, em contacto frequente e diário com pessoas estranhas, estando sujeita a procedimentos dolorosos e traumáticos (OE, 2015a).

Efetivamente, a evidência indica que a hospitalização tem impacto no desenvolvimento da criança ao longo de toda a sua vida, dependendo das experiências a que ela esteja sujeita, pelo que a avaliação e intervenção do desenvolvimento infantil ajustadas a cada situação faz todo o sentido neste contexto de cuidados de enfermagem, principalmente, quando o internamento é prolongado e/ou a criança é sujeita diariamente a procedimentos dolorosos (Lima, et. al, 2020).

### **Cliente: Período Toddler**

Segundo a teoria de Erik Erikson, o desenvolvimento da personalidade é constituído por 8 etapas. A cada etapa, o crescimento do individuo deve-se às exigências do seu ego, assim como, às exigências do seu ambiente. Os estágios são caracterizados por crises do ego, que podem ter um desfecho positivo - ego mais forte e rico (ritualização) ou negativo - ego mais fragilizado (ritualismo). A personalidade vai-se formando a cada crise, enquanto o ego se vai adaptando aos sucessos e fracassos. Cada fase tem a sua força característica (Carpigiani, De Araújo, Nehme, Ferraz, & Lopes, 2014). Este psicólogo considera que o ser humano vive num meio ambiente e é influenciado por ele e que a personalidade criada na infância não é estática,

podendo ser modificada pelas vivências posteriores (Erikson, 1976).

A criança do presente caso clínico deverá encontrar-se na transição para a 2ª fase. Fase da Autonomia vs Vergonha e Dúvida, na qual a criança já controla alguns movimentos musculares e dá início à sua atividade exploratória e à conquista da sua autonomia. Contudo, sob algumas regras sociais. Através da aceitação destas regras, a criança começa a aprender o que é esperado de si, quais os seus privilégios, obrigações e limitações. Assim, surge o seu poder de julgamento. Para a aquisição de autonomia, a criança sofre alguma vergonha com o encorajamento dos pais. Se a criança sentir vergonha de forma persistente, pode estar a ser estimulada para o descaramento e dissimulação, como defesa ou dúvida das suas competências e potencialidades. Se o sentimento resultante for de autocontrole sem perda de autoestima, fomenta o sentimento de boa vontade e orgulho, se resultar em sentimento de descontrole e excessivo controle exterior, potencia os sentimentos de dúvida e vergonha (Fieldler, 2016).

No âmbito do desenvolvimento cognitivo, que Piaget subdivide em seis estágios, até aos 24 meses, a criança encontra-se na fase sensoriomotora. Neste caso a criança, encontra-se no 5º subestágio, que engloba a faixa etária do 12º ao 18º mês de vida. Este substágio é definido por reações circulares e esquemas terceários, no qual a criança já experimenta várias formas de ação para provocar o resultado que pretende. Exibe o comportamento tentativa-erro, que resulta numa e de uma ação intencional, levando-a a descobrir a reação causa efeito. Em paralelo, começa a ter noção da permanência do objeto. Quando um objeto é escondido em vários obstáculos, já é capaz de procurar no último, para encontrar o objeto (Silva, et al., 2013).

No período de Toddler, a nível do desenvolvimento da imagem corporal, é expectável que a criança reconheça as diferenças de gênero e que se refira a si pelo nome próprio. Nesta idade ocorre o desenvolvimento da identidade de gênero. Até aos 3 anos, as crianças exploram o seu próprio corpo e descobrem que tocar em algumas partes é prazeroso, assim como realizar determinadas ações como, embalar-se, friccionar-se e abraçar (Hockenberry et. al, 2018).

Relativamente ao desenvolvimento sensorial, a acuidade visual 20/40 é considerada normal até aos 36 meses. Nesta fase, todos os sentidos tornam-se mais desenvolvidos, coordenados e associados a outras experiências (Hockenberry & Wilson, 2014). A criança explora o objeto tocando, cheirando e colocando na boca. Desenvolve, em simultâneo, a dimensão perceptiva, começa a ter preferência, nomeadamente entre vários sabores (Serrano, 2022).

Quanto ao desenvolvimento motor é típico que nesta fase a criança adquira a capacidade de marcha e aprimore as habilidades anteriores neste âmbito, tal como, adquira maior destreza manual. Que seja capaz de empilhar dois ou três cubos para formar uma torre, por exemplo (Antunes, 2022).

A nível do desenvolvimento social e emocional é expectável que esta criança comece a diferenciar o *EU* das outras pessoas significativas, geralmente a mãe, tolerando a separação,

comece a imitar comportamentos dos adultos, utilizando os seus adereços, assim como, identifique os sentimentos de outra criança e aja tentando consolá-la. Também é esperado, nesta fase, que a criança compreenda a comunicação mais do que seja capaz de pronunciar as palavras. É típico que utilize apenas uma palavra para expressar uma frase, associada a gestos que acompanham o desenvolvimento da sua comunicação. Começa a perceber os sentimentos dos outros e a compreender as diferentes reações das pessoas aos seus comportamentos (Antunes, 2022; Serrano, 2022).

No processo de aquisição de autonomia esta criança deve adotar um comportamento pessoal-social em áreas como vestir-se, alimentar-se, brincar e estabelecer autocontrole. A criança quer participar no seu autocuidado e deve ser incentivada (Hockenberry et. al, 2018). O brincar é a melhor estratégia para promover o desenvolvimento físico e psicossocial da criança, assim como a sua independência. Nesta faixa etária é normal que a criança comece a brincar em paralelo com os seus pares, ou seja, ao lado das crianças e não com elas (Cassandra, 2001).

Portanto, no que concerne ao desenvolvimento psicossocial até aos 3 anos, a criança adquire algumas das seguintes competências específicas inerentes à sua progressão para a autonomia, para as quais o profissional de enfermagem deve direcionar especial atenção na recolha de dados para avaliação do desenvolvimento da criança, segundo Hockenberry & Wilson (2014):

- “Diferenciar-se dos outros, particularmente da mãe;
- Tolerar separar-se dos pais;
- Capacidade de esperar uma gratificação;
- Controle das funções corporais;
- Aquisição de comportamentos socialmente aceitáveis;
- Domínio de meios verbais de comunicação;
- Habilidade de interação com os outros de maneira menos egocêntrica” (p. 988).

O desenvolvimento da criança é complexo e prolonga-se no tempo, ocorrendo a par com o seu crescimento. Pode não ser linear e cada criança tem o seu ritmo. Este processo é influenciado pela estimulação do ambiente e requer aquisição de novos conhecimentos e habilidades para que a criança possa evoluir no seu maior potencial, o que corresponde a uma transição desenvolvimental (Meleis, 2018). Apesar da criança se encontrar hospitalizada, mantém as necessidades desenvolvimentais normativas para a sua faixa etária. Neste sentido, o Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil, deve intervir junto da criança e sua família, no sentido de promover a satisfação dessas necessidades, identificar alterações precocemente e intervir de forma ajustada para que, potencie o desenvolvimento da criança (OE, 2010).

Quanto ao crescimento, esta criança deve apresentar uma estabilização global do seu crescimento, uma vez que no período de toddler o crescimento físico estabiliza. Neste período o ganho de peso varia de 1,8 a 2,7 kg por ano, sendo considerado normal um peso médio de 12 kg aos dois anos de idade. Em estatura a criança aumenta cerca de 7,5 cm por ano, com o

crescimento essencialmente das pernas em relação ao tronco e a sua estatura média deve rondar os 86,6 cm aos dois anos. Portanto, a curva de crescimento deve representar uma linha com tendência linear, que transpareça essa estabilização. Entre o 1º e o 2º ano de vida o aumento do tamanho do perímetro cefálico também estabiliza, tornando-se igual ao perímetro torácico, correspondendo a um valor médio de 2,5 cm aos 2 anos. Em contrapartida, o perímetro torácico aumenta de tamanho e excede o perímetro cefálico aos 3 anos. E a fontanela anterior encerra entre 1 e 1,5 anos (Hockenberry & Wilson, 2014).

### **Transição para a parentalidade**

Ao assumir a identidade de ser mãe/pai, todos os esforços direcionam-se à adoção de ações que promovam o crescimento e desenvolvimento infantil adequado, pelas quais a figura parental assume a responsabilidade. Portanto, a hospitalização pode constituir um fator de vulnerabilidade no exercício parental, no sentido em que constitui uma quebra na normalidade, originando incerteza na prática dessas funções e a diminuição da autoeficácia parental (Sousa, 2014).

A parentalidade por si só já marca a vida familiar, no sentido em que agrupa um conjunto de alterações, nomeadamente a redefinição de papéis, mudança de rotinas e a incorporação de novas tarefas e projetos, que reivindicam envolvimento, consciencialização da importância da responsabilização parental, capacitação e conhecimento para que satisfaça adequadamente as necessidades de crescimento e desenvolvimentais da criança. Desta forma, é considerada uma transição desenvolvimental, dado que constitui um processo durante o qual os pais sofrem mudanças significativas na sua vida, o que exige profundas transformações, assim como a adaptação a uma nova realidade (Meleis, 2018).

### **Literacia em Saúde**

No sentido de potenciar a adaptação à condição e tornar facilitadora a vivência deste evento crítico tanto para os pais quanto para a criança é essencial, que a literacia não dependa apenas da capacidade da pessoa em ler e compreender a informação, mas que abranja também a capacidade de tomar decisões e assumir a responsabilidade pela saúde do seu filho. A literacia em saúde tem por base uma comunicação efetiva e eficaz, atenta no nível de literacia prévio da pessoa e nas suas necessidades informativas. Segundo Smith (2021), a literacia em saúde, associada aos recursos sociais apropriados pode constituir um ativo valioso no processo de tornar as pessoas mais empoderadas e resilientes. Para o incremento da literacia destes clientes é fundamental implementar intervenções terapêuticas baseadas em informoterapia.

## 4.2. Clientes

### Cliente

Toddler | Idade: 1 ano | Masculino

### Mãe/Pai

25-10-2023 22:00

25-10-2023 22:00 - Figura parental principal: mãe.

25-10-2023 22:00 - Distância casa/hospital: 20 km.

25-10-2023 22:00 - Número de outros filhos: 0.

25-10-2023 22:00 - Papel parental partilhado.

25-10-2023 22:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

25-10-2023 22:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

## 4.3. Medicação

### Início

2023-10-25 22:00:00

2023-10-25 22:00:00

2023-10-25 22:00:00

2023-10-25 22:00:00

2023-10-25 22:00:00

2023-10-25 22:00:00

### Medicação

Ampicilina 200mg/kg/dia

Salbutamol 200mcg 6h/6h

Brometo de Ipratrópio 40mcg 12h/12h

Fluticasona 125mg 12h/12h

Prednisolona 20mg 24h/24h

Montelucaste 4 mg

### Fim

### 4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

#### Ampicilina:

A Ampicilina é um antibiótico beta-lactâmico do grupo das penicilinas resistentes aos ácidos e com um espectro de ação sobreponível ao da benzilpenicilina. É prescrita para o tratamento de infeções bacterianas, graves a moderadamente graves, causadas por micro-organismos Gram-

positivo e Gram-negativo suscetíveis à ampicilina: Infecções do trato respiratório superior: otite média aguda, faringite aguda, sinusite aguda bacteriana; Abscesso periodontogénico; Infecções do trato respiratório inferior: exacerbação aguda de bronquite crónica, pneumonia adquirida na comunidade; Infecções do trato urinário: cistite bacteriana aguda, pielonefrite aguda; Gonorreia; Infecções entéricas: salmonelose, shigelose (Infarmed, 2010).

Contraindicação: hipersensibilidade à Ampicilina; deve ser tida em conta alergia cruzada aos  $\beta$  lactâmicos como as cefalosporinas e mononucleose infecciosa.

Efeitos indesejáveis: Exantema, problemas gastrointestinais (náuseas e diarreia) e dor no local de administração, colite (Infarmed, 2010).

Precauções: Podem ocorrer sobreinfecções fúngicas (por exemplo candidíase) ou bacterianas (por exemplo, colite pseudomembranosa, na maior parte dos casos causada por *Clostridium difficile*, responsável por quadro clínico de diarreia grave persistente, durante ou após o tratamento com ampicilina); Reações de hipersensibilidade graves (Infarmed, 2010).

### **Salbutamol :**

Provoca broncodilatação num curto período de duração (4 a 6 horas) com rápido início de ação (dentro de 5 minutos) na obstrução reversível das vias respiratórias devidas à asma, bronquite crónica e enfisema. Não deve exceder a administração de 4 vezes ao dia

Indicação Terapêutica:

- Alívio do broncospasmo agudo;
- Prevenção do broncospasmo induzido pelo exercício ou pela exposição a alérgenos;
- Tratamento prolongado no alívio e prevenção dos sintomas asmáticos;
- Alívio dos sintomas e prevenção de situações reconhecidas pelo doente como desencadeadoras de crise asmática (ex. antes do exercício ou exposição inevitável a alérgenos);
- Terapêutica de urgência na asma ligeira, moderada ou grave, desde que a confiança nele depositada não faça adiar a introdução e uso regular de um corticosteroide inalado.

Via de Administração: Inalatória.

Em pediatria é benéfica a administração por câmara expansora com máscara acoplada, para maior eficácia da administração.

Contraindicações: Hipersensibilidade.

Efeitos secundários: Hipersensibilidade, tremor, cefaleias, taquicardia, arritmias, câimbras, irritação da boca e garganta e broncospasmo paradoxal

Precauções: Poderá ocorrer broncospasmo paradoxal com aumento imediato da dificuldade respiratória após administração. Se isso se verificar, deve proceder-se ao tratamento imediato

com uma diferente apresentação ou com outro broncodilatador inalado de ação rápida.

### **Brometo de ipratrópio:**

Está indicado como broncodilatador para tratamento de manutenção do broncospasmo associado a asma e doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), incluindo bronquite crónica e enfisema (Infarmed, 2021). Neste caso, foi prescrito para o alívio do broncospasmo causado pela pneumonia.

Via de Administração: Inalatória

Em pediatria é benéfica a administração por câmara expansora com máscara acoplada, para maior eficácia da administração.

Contraindicações: Hipersensibilidade.

Efeitos secundários: cefaleias, garganta irritada, tosse, boca seca, perturbações da motilidade gastrointestinal (incluindo obstipação, diarreia e vómitos), náuseas e tonturas, afeções oculares, cardiopatias, problemas respiratórias, nomeadamente, broncospasmo paradoxal, irritação da garganta e retenção urinária (Infarmed, 2021).

### **Fluticasona:**

Está indicada no tratamento sintomático da rinite alérgica devido a febre dos fenos ou a outros alérgenos transportados pelo ar (ácaros, esporos, mofo ou pêlo) (Infarmed, 2015)

Via de Administração: Inalatória

Em pediatria é benéfica a administração por câmara expansora com máscara acoplada, para maior eficácia da administração.

Contraindicações: Hipersensibilidade.

Potenciais efeitos sistémicos: “podem incluir síndrome de Cushing, características Cushingóides, supressão suprarrenal, atraso no crescimento de crianças e adolescentes, cataratas, glaucoma e mais raramente diminuição da densidade mineral óssea, efeitos sobre o metabolismo da glucose e uma série de efeitos psicológicos ou comportamentais incluindo hiperatividade psicomotora, perturbações do sono, ansiedade, depressão ou agressividade (particularmente em crianças)” (Infarmed, 2015).

Efeitos secundários: epistaxis, paladar e olfato desagradáveis, cefaleias, secura nasal e da garganta, irritação na garganta, glaucoma, aumento da pressão intraocular e cataratas (Infarmed, 2015).

### **Prednisolona :**

Está indicada “no tratamento de curta duração e/ou em exacerbações e complicações

sistémicas refratárias a outras medidas terapêuticas de: Doenças reumáticas e do colagénio - Artrite reumatoide, cardite reumática, granulomatose de Wegener, dermatomiosite e polimiosite, Poliarterite Nodosa (PAN), arterite temporal e/ou polimialgia reumática; Doenças respiratórias - episódios agudos de asma, sarcoidose, tuberculose pulmonar avançada (em conjunto com medicação antituberculosa adequada), pneumonia por *Pneumocistis carinii* em doentes com SIDA, fibrose pulmonar intersticial; Alergias - angioedema, hipersensibilidade a fármacos e doença do soro; Doenças hematológicas - púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) autoimune, anemia hemolítica autoimune, eritroblastopenias; Doenças neoplásicas - quando administradas por um oncologista experiente, no tratamento paliativo de leucemias e linfomas, mieloma múltiplo e como antiemético no curso de terapia imunossupressora; Doenças dermatológicas - pênfigos, dermatite herpetiforme, eritema multiforme grave (Síndrome Stevens-Johnson), eczema não controlado, sarcoidose cutânea, micose fungoide, lichen planus e toxidermias; Doenças renais - síndrome nefrótico; Doenças hepáticas e gastrointestinais - Agudização de doença de Crohn e colite ulcerosa, hepatite crónica autoimune, doença celíaca; Doenças neurológicas - miastenia, edema cerebral (em particular de causa traumática ou tumoral), paralisia cerebral, esclerose múltipla, radiculopatias; Doenças oftalmológicas - uveíte anterior e posterior grave” (Infarmed, 2022).

Via de administração: Oral, Intravenosa.

Contraindicações: Hipersensibilidade, Infecções bacterianas ou fúngicas não controladas por tratamento específico e estados psicóticos não controlados.

Precauções: Pode mascarar sinais de infeção e aumentar, por isso, o risco de infeção. O tratamento prolongado pode causar cataratas subcapsulares, glaucoma com risco de lesão do nervo ótico e favorecer o desenvolvimento de infeções oculares secundárias, por fungos e vírus. Como causa a supressão do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal, a insuficiência suprarrenal relativa pode persistir após o desmame progressivo, uma vez que a secreção de mineralocorticoides pode estar ainda diminuída (Infarmed, 2022).

### **Montelucaste:**

É um antagonista dos leucotrienos, bloqueando a ação dos leucotrienos. Os leucotrienos são responsáveis pelo estreitamento e edema das vias respiratórias. Está assim indicado para a melhoria dos sintomas e ajuda no controlo da asma (Infarmed, 2018).

Podem ser utilizados como alternativa ao tratamento com doses baixas de corticosteroides.

A ação deste fármaco é observada após 24 horas da sua administração .

Via de administração: oral

Contraindicações: hipersensibilidade

Precauções: Os doentes devem ser informados de que nunca devem usar montelucaste

administrado por via oral para tratar crises agudas de asma e que devem manter disponíveis os habituais medicamentos de recurso apropriados. Se ocorrer uma crise aguda, deverá ser usado um agonista beta de atuação rápida. Os doentes medicados com este fármaco podem apresentar eosinofilia sistémica, por vezes com sinais clínicos de vasculite consistente com a síndrome de Churg-Strauss, uma situação que é normalmente tratada com corticosteroides sistémicos (Infarmed, 2018).

Efeitos secundários: infeções do trato respiratório superior, aumento da tendência hemorrágica, reações de hipersensibilidade, pesadelos, insónia, sonambulismo, ansiedade, sonolência, agitação incluindo comportamento agressivo ou hostilidade, depressão, hiperatividade psicomotora (incluindo irritabilidade, inquietude, tremores, atenção alterada, memória diminuída, alucinações, desorientação, síndrome de Churg-Strauss, palpitações, diarreia, náuseas, vômitos, epistaxis, contusões, urticária, prurido, eritema, artralgia, mialgia incluindo câibras musculares, pirexia, astenia/fadiga, mal-estar e edema (Infarmed, 2018).

Desta forma, tendo em conta os efeitos farmacológicos secundários supracitados, face ao cliente dos meus cuidados farão parte das minhas vigilâncias: eliminação intestinal, pele e mucosas, eliminação urinária, desenvolvimento infantil, com enfoque na avaliação visual, frequência e ritmo cardíaco, características da ventilação, comportamento, consciência, digestão, perda sanguínea e apetite, dor (Infarmed, 2018).

#### 4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

##### Atitudes terapêuticas

25-10-2023 22:00

##### **25-10-2023 22:00 - Oxigenoterapia**

25-10-2023 22:00 - FiO<sub>2</sub>: 24 %.

26-10-2023 06:00 - FiO<sub>2</sub>: 24 %.

25-10-2023 22:00 - Débito de oxigénio: 1.50 L/min.

26-10-2023 06:00 - Débito de oxigénio: 1.00 L/min.

##### **25-10-2023 22:00 - Assegurar oxigenoterapia**

25-10-2023 22:00 - *Manter oxigenoterapia*

##### Sondas, Drenos e Cateteres

25-10-2023 22:00

##### **25-10-2023 22:00 - Sonda de oxigénio**

25-10-2023 22:00 - Características do dispositivo: Cânula nasal.

26-10-2023 06:00 - Características do dispositivo: Cânula nasal.

##### **25-10-2023 22:00 - Assegurar funcionamento da sonda**

25-10-2023 22:00 - *Otimizar sonda de oxigénio*

##### **26-10-2023 06:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com a**

**sonda de oxigénio**

26-10-2023 06:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos

26-10-2023 06:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção da sonda de oxigénio ao médico

**26-10-2023 06:00 - Prevenir complicações relacionadas com sonda de oxigénio**

26-10-2023 06:00 - Trocar sonda de oxigénio

26-10-2023 06:00 - Executar tratamento ao local de inserção da sonda de oxigénio

**25-10-2023 22:00 - Cateter venoso periférico**

26-10-2023 06:00 - Localização do cateter venoso periférico

26-10-2023 06:00 - Mão Direita(o)

26-10-2023 06:00 - Características do dispositivo: Calibre 24G.

26-10-2023 06:00 - Ausência de dor.

26-10-2023 06:00 - Ausência de calor.

26-10-2023 06:00 - Ausência de rubor.

26-10-2023 06:00 - Ausência de tumefação.

26-10-2023 06:00 - Ausência de exsudado.

26-10-2023 06:00 - Ausência de infiltração.

25-10-2023 22:00 - Localização do cateter venoso periférico

25-10-2023 22:00 - Mão Direita(o)

25-10-2023 22:00 - Características do dispositivo: Calibre 24G.

25-10-2023 22:00 - Ausência de dor.

25-10-2023 22:00 - Ausência de calor.

25-10-2023 22:00 - Ausência de rubor.

25-10-2023 22:00 - Ausência de tumefação.

25-10-2023 22:00 - Ausência de exsudado.

25-10-2023 22:00 - Ausência de infiltração.

**25-10-2023 22:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter**

25-10-2023 22:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [1 x turno]

**25-10-2023 22:00 - Assegurar funcionamento do cateter**

25-10-2023 22:00 - Otimizar cateter venoso periférico

**25-10-2023 22:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico**

25-10-2023 22:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

25-10-2023 22:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [SOS]

**25-10-2023 22:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico**

25-10-2023 22:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico

25-10-2023 22:00 - Trocar cateter venoso periférico [SOS]

#### **4.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.**

##### **Oxigenoterapia**

A oxigenoterapia é indicada para o tratamento da hipoxia e prevenção/diminuição da hipoxemia, através da utilização terapêutica do oxigénio em concentrações superiores às do ar ambiente. A hipoxemia é definida pela diminuição de oxigénio em sangue arterial. A hipoxia caracteriza-se pela diminuição de oxigénio nos tecidos. A necessidade deste tratamento é determinada por valores de PaCO<sub>2</sub> no sangue arterial inferiores a 60 mmHg ou por saturação de hemoglobina em sangue periférico inferior a 93-95%. O sistema tegumentar das crianças é ainda imaturo e facilmente lesionável, pelo que o oxigénio deve ser humidificado para a prevenção da ocorrência dessas lesões (Pírez, et al., 2020).

A monitorização da oxigenoterapia é realizada por via da oximetria de pulso e de gasometria arterial. Neste caso clínico, a monitorização foi realizada por via da oximetria de pulso. Este é um método não invasivo constituído por um sensor emissor de uma luz que é absorvida pela hemoglobina. Através de um microprocessador, este dispositivo, calcula a percentagem de hemoglobina saturada (saturação de oxigénio) (Pírez, et al., 2020).

Este dispositivo acarreta alguns fatores limitadores ou que afetam as suas leituras, nomeadamente, qualquer condição clínica que provoque vasoconstrição, hipotermia, estado de choque ou baixa perfusão. Ou ainda, presença de movimentos corporais, hemoglobina disfuncional, carboxi-hemoglobina, queimaduras, bilirrubina, corantes intravasculares, metahemoglobina, interferência luminosa, necrose por pressão, anemia falciforme, unha envernizada, eletrocautério, nível de saturação de oxigénio inferior a 70%, sensor de temperatura local, imagem por ressonância magnética, sensor mal posicionado e hipoxia localizada (Alves et. al, 2016).

Portanto, durante a avaliação da saturação periférica de oxigénio desta criança, devo ter em consideração os antecedentes da criança, que sendo saudável, não compromete a avaliação; a correta colocação do sensor; se a criança se está a movimentar; se há presença de luz que possa interferir; se o dispositivo e cabo do monitor estão danificados ou dobrados; e se a criança tem sinais de dificuldade respiratória evidente. A observação de uma curva linear (sem interferências) no monitor, indica que o valor de saturação periférica é real. Desta forma, administro apenas o oxigénio que a criança necessita.

##### **Sonda de oxigénio**

O oxigénio pode ser administrado através de diferentes dispositivos. Neste caso o oxigénio é administrado por cânula nasal. A administração de oxigénio por cânula nasal é recomendada,

quando a situação clínica da criança careça de um fluxo de oxigênio abaixo dos 2 litros por minuto. Fluxos de oxigênio superiores podem causar lesões na mucosa nasofaríngea (Pírez, et al., 2020).

### **Assegurar o funcionamento da sonda**

Quando a criança mobiliza a cânula nasal, é necessário proceder-se à fixação do dispositivo médico para assegurar a administração do oxigênio. Desta forma, pode ocorrer lesão da pele pela pressão exercida pelo dispositivo. As causas de ocorrência de úlceras de pressão por dispositivos médicos subdividem-se em internas e externas. As internas, são inerentes à criança e incluem: tecido adiposo reduzido, microclima de pele subjacente, edema cutâneo, perfusão tecidual, dependência do dispositivo, patologias associadas, diagnóstico, estado nutricional, mobilidade e faixa etária. As externas, dependem de fatores externos à criança, podendo ser relacionadas com a prática profissional, como: posicionamento do dispositivo, conhecimento sobre o dispositivo, seleção incorreta do dispositivo e experiência profissional; com o próprio dispositivo, como: rigidez do material, método de fixação, tempo de utilização, localização corporal e tamanho; e com outros fatores, nomeadamente, escassa evidência científica, ausência de guidelines e protocolos institucionais (Moreira, 2017).

Neste seguimento, para prevenção destas lesões devem ser selecionados os dispositivos adequados, de tamanho adequado à criança, evitar fixar o dispositivo em locais com tecido adiposo escasso, utilizar método de fixação não apertado, com recurso a adesivo que fixe, mas que não fique aderente à pele, remover o dispositivo logo que a situação clínica permita e utilizar dispositivos de proteção cutânea.

### **Cateter venoso periférico**

O cateter venoso periférico é um procedimento de enfermagem que se caracteriza pela introdução de um dispositivo cortante, cateter venoso periférico, numa veia periférica, que permite um acesso à rede vascular. É indicado para terapias de curta duração, para infusões de medicamentos, nutrição parenteral, colheitas sanguíneas e reposição de hemoderivados (OE, 2017a).

### **Determinar evolução da administração pelo cateter**

Os cuidados de enfermagem englobam a introdução, manutenção e remoção. Na introdução do cateter a experiência na punção venosa e o conhecimento do profissional sobre o sistema tegumentar, a espessura da pele de cada local de punção e do sistema vascular da criança é fundamental para que a punção seja bem-sucedida à primeira tentativa e para que o cateter se mantenha funcional durante mais tempo. Desta forma, pode diminuir-se o impacto dos procedimentos dolorosos e minimizar a ansiedade e o medo causados pela hospitalização (Dantas, et al., 2021).

### **Assegurar o funcionamento do cateter**

No que concerne à manutenção do cateter, com o intuito de assegurar o seu bom funcionamento, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2022), recomenda:

- A utilização de seringas de 10 ml para o flushing, com o intuito de gerar baixa pressão no lúmen;
- Que, em caso de sentir resistência na administração, não se force o flushing com seringas que causem elevada pressão no lúmen. Verificar sempre se estão clamps fechados ou linhas dobradas;
- A utilização de técnica de pressão positiva para a minimização do retorno de sangue para o cateter;
- Que o profissional respeite a sequência: flushing, fechar o clamp e desconectar a seringa para que o refluxo de sangue seja minimizado;
- A não utilização de água estéril para testar a permeabilidade.
- Quanto à remoção do cateter venoso periférico, a avaliação diária da necessidade de manter o cateter venoso periférico;
- A troca do cateter em caso de suspeita de contaminação, complicações ou mau funcionamento.

Em pediatria a remoção do cateter é apenas indicado quando se verificarem indicações clínicas (OE, 2017a).

### **Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico**

As complicações relacionadas com o cateter venoso periférico podem ter manifestações locais ou sistêmicas e definem-se como eventos adversos. As complicações minor incluem obstrução do cateter, remoções acidentais, fobia a agulhas e dor. Por sua vez, as complicações major, são hematomas, flebites, infiltrações e extravasamentos, os que se constituem as mais frequentes (Danski, Johann, Vayego, de Oliveira, & Lind, 2016).

A flebite é uma inflamação da veia onde está inserido o cateter venoso e pode ser classificada como, mecânica, química, infecciosas e tromboflebite. A mecânica é provocada, por exemplo, pela incorreta fixação do cateter. A química é causada pela reação aos fármacos ou ao próprio dispositivo. A infecciosa é caracterizada pelo surgimento de inflamação ou irritação da veia provocada por microrganismos. E a tromboflebite é a presença de um trombo que provoca a inflamação da veia (Gorski, et al., 2021).

A infiltração é definida como a administração de fluidos parentéricos no espaço extravascular, causando, sinais inflamatórios locais (dor, rubor, calor, edema, endurecimento), falta de retorno venosos, descoloração da pele e redução da mobilidade do membro, podendo em situações mais graves causar necrose dos tecidos (Jie, et al., 2021).

O extravasamento ocorre quando o fármaco administrado é altamente agressivo, danificando a

parede da veia, o que conduz à sua rotura e ao extravasamento da medicação para o espaço extravascular, podendo causar edema, flictenas ou necrose nos tecidos circundantes (Gorski, et al., 2021).

A infeção é das complicações menos incidentes e pode relacionar-se tanto com a microflora cutânea, a incorreta desinfeção do local de punção, a incorreta utilização da técnica de higienização das mãos do profissional, a técnica para inserção do cateter, a contaminação durante a sua inserção e o tipo de material utilizado (OE, 2017a).

A referenciação das complicações ao médico permite a identificação da origem de algumas alterações da condição clínica que possam derivar de complicações com o acesso vascular da criança e possibilita o tratamento de complicações maior.

### **Prevenir complicações relacionadas com o cateter**

A prevenção da ocorrência destas complicações passa pela realização de uma correta fixação do cateter, implementação das técnicas de higienização das mãos e desinfeção do local de inserção do cateter protocoladas, seleção do cateter mais adequado para a finalidade terapêutica, implementação dos conhecimentos sobre os sistemas tegumentar e vascular da criança, assim como, das competências técnicas de inserção de cateter venoso periférico adquiridas na prática, e pela explicação à criança e aos pais que a manutenção do cateter é extremamente importante, para não ter que passar por uma nova punção, não utilizar solução de soluções em grandes volumes, como frascos ou bolsas de soro. Também se deve realizar a desinfeção da superfície dos conectores antes do flushing e lock do cateter (OE, 2017a).

## **4.5. Domínios**

<b>Início</b>	<b>Domínios</b>	<b>Fim</b>
25-10-2023 22:00	Sensações somáticas	
25-10-2023 22:00	Audição	
25-10-2023 22:00	Sistema respiratório	
25-10-2023 22:00	Sistema cardiovascular	
25-10-2023 22:00	Eliminação intestinal	
25-10-2023 22:00	Eliminação urinária	
25-10-2023 22:00	Pele e mucosas	
25-10-2023 22:00	Termorregulação	
25-10-2023 22:00	Sono	
25-10-2023 22:00	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
25-10-2023 22:00	Comportamentos de ligação filho-mãe/pai	
25-10-2023 22:00	Desenvolvimento psicomotor	
25-10-2023 22:00	Desenvolvimento físico	

Início	Domínios	Fim
25-10-2023 22:00	Período toddler	
25-10-2023 22:00	Atitudes terapêuticas	
25-10-2023 22:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
25-10-2023 22:00	Apetite	
25-10-2023 22:00	Consciência	
26-10-2023 06:00	Digestão	

#### 4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Perante a medicação administrada à criança do presente caso clínico foram identificados os seguintes domínios: **consciência, pele e mucosas, audição, eliminação intestinal, eliminação urinária, digestão, apetite, sistema respiratório, sistema cardiovascular, sensações somáticas e desenvolvimento infantil**, no sentido de negar a hipótese de compromisso em algum destes domínios decorrentes de um efeito farmacológico adverso.

A presença de Otite Média Aguda pode afetar negativamente a função do aparelho auditivo, pelo que a audição da criança deve ser vigiada, razão pela qual foi selecionado o domínio **audição**.

A infecção do trato respiratório, compromete o sistema respiratório, o que exige a vigilância deste sistema corporal. Pode ainda comprometer o sistema cardiovascular, mediante a evolução do quadro clínico infeccioso. Desta forma, foram selecionados os seguintes domínios: **sistema respiratório e sistema cardiovascular**, com o intuito de avaliar a evolução da capacidade ventilatória da criança e de negar a hipótese diagnóstica de um compromisso nestes domínios. A dificuldade respiratória que acometia esta criança, exigia suplemento terapêutico de oxigénio para que as suas saturações periféricas de oxigénio fossem superiores a 92%, pelo que foi identificado o domínio **atitudes terapêuticas**.

A situação patológica desta criança pode comprometer o seu apetite e a sua temperatura corporal decorrente da condição infecciosa, tendo sido oportuno selecionar os domínios: **apetite e termorregulação** para a vigilância e intervenção ajustada à evolução da condição clínica da criança, nomeadamente através do controlo da temperatura corporal.

O contexto hospitalar, constitui um espaço gerador de mudanças e de grande stress e ansiedade na criança, onde o sono é muitas vezes interrompido para administração de medicação e pela presença de aparelhos ruidosos para vigilância de parâmetros vitais, o que reduz a sua qualidade e duração. O padrão de eliminação intestinal e urinária também podem ser acometidos, pela mudança de ambiente e pelo desconhecido. Portanto, é pertinente avaliar a evolução dos padrões da criança durante a hospitalização, para a deteção atempada de alterações e promoção da regulação sistémica, pelo que foram selecionados os seguintes

domínios: **eliminação intestinal, eliminação urinária e sono.**

Sendo este um ambiente comprometedor do desenvolvimento da criança, é fundamental a realização da avaliação do desenvolvimento físico e infantil, para a identificação precoce de alterações que motivem a intervenção atempada e ajustada. Portanto, foi considerado pertinente identificar os domínios **desenvolvimento infantil e físico** na presente conceção.

A criação da ligação entre os pais e a criança é promotora de uma vinculação segura e do exercício do papel parental capaz e confiante, fomentando a transição para a parentalidade, o que contribui para a diminuição do impacto negativo da hospitalização tanto nos pais, quanto na criança. O estabelecimento desta relação e a criação destes laços afetivos são favorecidos pela implementação de uma parceria de cuidados com os pais. A vinculação é fundamental para que a criança sinta afeto, conforto e segurança por parte dos cuidadores, essencial para o seu desenvolvimento psicomotor. Para a avaliação e promoção desta ligação foram selecionados os domínios **comportamentos de ligação mãe/pai-filho e comportamentos de ligação filho-mãe/pai.**

O período toddler, corresponde à faixa etária do cliente do presente caso clínico. Nesta fase de desenvolvimento humano, a criança tem necessidades típicas, correspondentes à sua transição desenvolvimental (Hockenberry & Wilson, 2014). Os pais desta criança, necessitam de adquirir consciencialização, conhecimentos, capacidades e autoeficácia para responderem adequadamente às necessidades evidenciadas pelo seu filho, no que concerne ao exercício do seu papel parental desenvolvimental. Portanto, com vista à promoção da transição para a parentalidade, foi identificado o domínio **período toddler.**

## 4.6. Conceção de Cuidados

### Consciência

25-10-2023 22:00

25-10-2023 22:00 - Consciente.

#### **25-10-2023 22:00 - Determinar sinais de alteração da consciência**

*25-10-2023 22:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência*

26-10-2023 06:00

26-10-2023 06:00 - Consciente.

### Sensações somáticas

25-10-2023 22:00

25-10-2023 22:00 - Sem manifestação de dor.

#### **25-10-2023 22:00 - Determinar sinais de dor**

*25-10-2023 22:00 - Avaliar evolução de sinais de dor*

26-10-2023 06:00

26-10-2023 06:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

### **Audição**

25-10-2023 22:00

25-10-2023 22:00 - Acuidade auditiva

25-10-2023 22:00 - Direita(o): perda parcial aguda.

### **25-10-2023 22:00 - Audição comprometida**

#### **25-10-2023 22:00 - Determinar evolução da audição**

*25-10-2023 22:00 - Avaliar evolução da audição*

*25-10-2023 22:00 - Referenciar compromisso da audição ao médico [SOS]*

### **Apetite**

25-10-2023 22:00

25-10-2023 22:00 - Ingeriu a totalidade das refeições.

25-10-2023 22:00 - Apetite conservado.

### **25-10-2023 22:00 - Determinar evolução da ingestão de alimentos às refeições**

*25-10-2023 22:00 - Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições [Às refeições]*

### **25-10-2023 22:00 - Determinar evolução do apetite**

*25-10-2023 22:00 - Avaliar evolução do apetite [Às refeições]*

### **Sistema respiratório**

25-10-2023 22:00

25-10-2023 22:00 - Frequência respiratória: 48 ciclos/min.

25-10-2023 22:00 - Ritmo respiratório regular.

25-10-2023 22:00 - Movimento respiratório simétrico.

25-10-2023 22:00 - Profundidade da ventilação: inspições superficiais.

25-10-2023 22:00 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação.

25-10-2023 22:00 - Sem adejo nasal.

25-10-2023 22:00 - Saturação do oxigénio no sangue

*25-10-2023 22:00 - Periférico(a): 95 %.*

25-10-2023 22:00 - Coloração da mucosa: rosada.

25-10-2023 22:00 - Reflexo da tosse: presente.

25-10-2023 22:00 - Mobiliza as secreções das vias aéreas acumulando-as ao nível supraglótico.

25-10-2023 22:00 - Sons respiratórios: crepitações.

25-10-2023 22:00 - Secreções em pequena quantidade.

25-10-2023 22:00 - Secreções viscosas.

25-10-2023 22:00 - Secreções esbranquiçadas.

### **25-10-2023 22:00 - Ventilação comprometida**

#### **25-10-2023 22:00 - Determinar evolução da ventilação**

*25-10-2023 22:00 - Avaliar evolução da ventilação*

*25-10-2023 22:00 - Referenciar ventilação comprometida ao médico [SOS]*

*25-10-2023 22:00 - Referenciar saturação do oxigénio no sangue ao médico [SOS]*

#### **25-10-2023 22:00 - Melhorar ventilação**

*25-10-2023 22:00 - Posicionar para otimizar a ventilação*

#### **25-10-2023 22:00 - Promover papel parental especial: gestão da ventilação**

25-10-2023 22:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de episódios de ventilação comprometida

**25-10-2023 22:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre prevenção dos episódios de ventilação comprometida**

25-10-2023 22:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre prevenção dos episódios de ventilação comprometida [Após informoterapia sobre prevenção dos episódios de ventilação comprometida]

25-10-2023 22:00 - Ensinar mãe/pai sobre prevenção das crises de ventilação comprometida

25-10-2023 22:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da ventilação [Após os indicadores de processo estarem facilitadores]

**25-10-2023 22:00 - Limpeza da via aérea comprometida**

**25-10-2023 22:00 - Determinar evolução da limpeza da via aérea**

25-10-2023 22:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [SOS]

**25-10-2023 22:00 - Melhorar limpeza da via aérea**

25-10-2023 22:00 - Posicionar para facilitar a limpeza da via aérea

25-10-2023 22:00 - Executar inaloterapia [6:00; 7:00; 12:00; 15:00; 18h; 23:00; 24:00]

25-10-2023 22:00 - Executar lavagem nasal

26-10-2023 06:00

26-10-2023 06:00 - Frequência respiratória: 41 ciclos/min.

26-10-2023 06:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

26-10-2023 06:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

26-10-2023 06:00 - Profundidade da ventilação: inspirações superficiais [MANTEVE].

26-10-2023 06:00 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

26-10-2023 06:00 - Sem adejo nasal.

26-10-2023 06:00 - Saturação do oxigênio no sangue

26-10-2023 06:00 - Periférico(a): 95 %.

26-10-2023 06:00 - Coloração da mucosa: rosada.

26-10-2023 06:00 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

26-10-2023 06:00 - Mobiliza as secreções das vias aéreas acumulando-as ao nível supraglótico [MANTEVE].

26-10-2023 06:00 - Sons respiratórios: normais.

26-10-2023 06:00 - Secreções em pequena quantidade.

26-10-2023 06:00 - Secreções viscosas [MANTEVE].

26-10-2023 06:00 - Secreções esbranquiçadas.

**Sistema cardiovascular**

25-10-2023 22:00

25-10-2023 22:00 - Localização do Pulso

25-10-2023 22:00 - Braço Esquerda(o)

25-10-2023 22:00 - Frequência do pulso: 133 pulsações por minuto.

25-10-2023 22:00 - Pulso de grande amplitude (magnus) e regular.

25-10-2023 22:00 - Pulso rítmico.

25-10-2023 22:00 - Pulso simétrico.

- 25-10-2023 22:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea  
25-10-2023 22:00 - Membro superior Esquerda(o)  
25-10-2023 22:00 - Pressão sanguínea sistólica: 102 mmHg.  
25-10-2023 22:00 - Pressão sanguínea diastólica: 61 mmHg.
- 25-10-2023 22:00 - Temperatura das extremidades  
25-10-2023 22:00 - Membro superior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal.
- 25-10-2023 22:00 - Coloração das extremidades  
25-10-2023 22:00 - Membro superior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades.
- 25-10-2023 22:00 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.
- 25-10-2023 22:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco**  
*25-10-2023 22:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [1x turno]*
- 25-10-2023 22:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea**  
*25-10-2023 22:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [1x turno]*
- 25-10-2023 22:00 - Determinar evolução da perfusão dos tecidos periféricos**  
*25-10-2023 22:00 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos [1x turno]*

### **Digestão**

- 26-10-2023 06:00  
26-10-2023 06:00 - Sem refluxo dos alimentos deglutidos.  
26-10-2023 06:00 - Sem vômitos.
- 26-10-2023 06:00 - Determinar vômitos**  
*26-10-2023 06:00 - Avaliar evolução do vomitar*

### **Eliminação intestinal**

- 25-10-2023 22:00  
25-10-2023 22:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.  
25-10-2023 22:00 - Fezes: em moderada quantidade.  
25-10-2023 22:00 - Consistência das fezes: Fezes moldadas com superfície lisa.  
25-10-2023 22:00 - Coloração das fezes: acastanhada.  
25-10-2023 22:00 - Número de defecações por dia: 1.  
25-10-2023 22:00 - Número de defecações por semana: 7.
- 25-10-2023 22:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal**  
*25-10-2023 22:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal*

### **Eliminação urinária**

- 25-10-2023 22:00  
25-10-2023 22:00 - Urina em moderada quantidade.  
25-10-2023 22:00 - Cor da urina: âmbar.  
25-10-2023 22:00 - Cheiro da urina: "sui generis".  
25-10-2023 22:00 - Transparência da urina: Límpida.  
25-10-2023 22:00 - Frequência da eliminação urinária: normal .
- 25-10-2023 22:00 - Determinar evolução da eliminação urinária**  
*25-10-2023 22:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária*

### **Pele e mucosas**

- 25-10-2023 22:00  
25-10-2023 22:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

**25-10-2023 22:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos**

25-10-2023 22:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos

26-10-2023 06:00

26-10-2023 06:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

**Termorregulação**

25-10-2023 22:00

25-10-2023 22:00 - Temperatura corporal periférica

25-10-2023 22:00 - Região axilar: 36.70 °C.

**25-10-2023 22:00 - Determinar evolução da temperatura corporal**

25-10-2023 22:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [1x turno e em SOS]

26-10-2023 06:00

26-10-2023 06:00 - Temperatura corporal periférica

26-10-2023 06:00 - Região axilar: 36.20 °C.

**Sono**

25-10-2023 22:00

25-10-2023 22:00 - Dormiu por períodos curtos.

25-10-2023 22:00 - Sono não reparador, com dificuldade em adormecer.

25-10-2023 22:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 6 Hora.

25-10-2023 22:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 3 Hora.

**25-10-2023 22:00 - Sono comprometido**

**25-10-2023 22:00 - Determinar evolução do sono**

25-10-2023 22:00 - Avaliar evolução do sono

**25-10-2023 22:00 - Melhorar sono**

25-10-2023 22:00 - Implementar estratégias de promoção do sono [Turno da noite]

**25-10-2023 22:00 - Promover papel parental especial: adesão às estratégias promotoras do sono**

25-10-2023 22:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção do sono: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

26-10-2023 06:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção do sono: facilitador [MELHOROU].

**25-10-2023 22:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre promoção do sono [RESOLVIDO] 26-10-2023 06:00**

25-10-2023 22:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre promoção do sono [Após informoterapia sobre a promoção do sono] [FIM]

26-10-2023 06:00

25-10-2023 22:00 - Ensinar mãe/pai sobre padrão de sono/repouso [Após identificação das necessidades de informação da mãe] [FIM] 26-10-2023 06:00

25-10-2023 22:00 - Ensinar mãe/pai sobre gestão do padrão de atividade/repouso do cliente [Após identificação das necessidades de informação da mãe] [FIM] 26-10-2023 06:00

25-10-2023 22:00 - Ensinar mãe/pai sobre medidas de promoção do sono [Após identificação das necessidades de informação da mãe] [FIM]

26-10-2023 06:00

25-10-2023 22:00 - *Ensinar mãe/pai sobre higiene do sono [Após identificação das necessidades de informação da mãe] [FIM]* 26-10-2023 06:00  
25-10-2023 22:00 - *Avaliar evolução do papel parental especial: adesão às estratégias promotoras do sono [Após os indicadores de processo estarem facilitadores]*

26-10-2023 06:00

26-10-2023 06:00 - Dormiu por períodos curtos.

26-10-2023 06:00 - Sono não reparador e intermitente [MANTEVE].

26-10-2023 06:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 7 Hora.

### **Comportamentos de ligação mãe/pai-filho**

25-10-2023 22:00

25-10-2023 22:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

25-10-2023 22:00 - Comportamentos de ligação pai-filho: facilitador.

### **25-10-2023 22:00 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho**

25-10-2023 22:00 - *Avaliar evolução da ligação mãe-filho*

25-10-2023 22:00 - *Avaliar evolução da ligação pai-filho*

### **Comportamentos de ligação filho-mãe/pai**

25-10-2023 22:00

25-10-2023 22:00 - Comportamentos de vinculação: ativo na procura de proximidade e contacto com a mãe, através da locomoção e o agarrar; protesta na sua ausência e evidencia contentamento quando ela volta; começa a tratar estranhos com precaução.

### **25-10-2023 22:00 - Determinar evolução da vinculação**

25-10-2023 22:00 - *Avaliar evolução da vinculação*

### **Desenvolvimento psicomotor**

25-10-2023 22:00

25-10-2023 22:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme.

25-10-2023 22:00 - Desenvolvimento da função motora fina: sem sinais de alarme.

25-10-2023 22:00 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme.

25-10-2023 22:00 - Desenvolvimento da linguagem: sem sinais de alarme.

### **25-10-2023 22:00 - Determinar evolução do desenvolvimento infantil**

25-10-2023 22:00 - *Avaliar evolução do desenvolvimento infantil*

### **Desenvolvimento físico**

25-10-2023 22:00

25-10-2023 22:00 - Peso: 10.20 Kg.

25-10-2023 22:00 - Percentil do peso: P(5).

25-10-2023 22:00 - Comprimento/Altura: 76.00 cm.

25-10-2023 22:00 - Índice de massa corporal: 17.66 Kg/m<sup>2</sup>.

### **Período toddler**

25-10-2023 22:00

### **25-10-2023 22:00 - Período toddler**

#### **25-10-2023 22:00 - Promover papel parental desenvolvimental: sono/repouso**

25-10-2023 22:00 - *Conhecimento da mãe/pai sobre sono da criança: facilitador.*

#### **25-10-2023 22:00 - Promover papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde**

25-10-2023 22:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**25-10-2023 22:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde da criança**

*25-10-2023 22:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança [Após informoterapia sobre vigilância e promoção da saúde]*

*25-10-2023 22:00 - Ensinar mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde*

*25-10-2023 22:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde [Após os indicadores de processo estarem facilitadores]*

#### 4.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do desenvolvimento infantil

- Observar o desenvolvimento da motricidade global (A criança melhora as habilidades motoras ao longo do internamento? Caminha com maior segurança? Tem mais agilidade? Tem maior desempenho para subir e descer escadas e trepar? Começa a correr? Puxa um brinquedo amarrado por uma corda? Sobe ao cadeirão?; Manipula bem os objetos? Baixa-se para apanhar um objeto no chão e levanta-se de seguida? Chuta uma bola?)
- Observar o desenvolvimento da motricidade fina (É capaz de empilhar dois ou três cubos para fazer uma torre? Rabisca realizando o movimento de todo o braço? É capaz de inserir um brinquedo de pequenas dimensões num recipiente estreito?)
- Observar o desenvolvimento sensorial - olfato, paladar e tato (Reage a sensações como temperatura e sabores variados? Tem interesse em livros com figuras? Ouve quando a pessoa do lado de fora da porta do quarto o chama?)
- Observar o desenvolvimento perceptivo (Localiza o toque olhando à procura da pessoa que lhe tocou? Localiza as diferentes partes do corpo em si e no outro?)
- Observar o desenvolvimento da linguagem/comunicação (Exprime alguns vocábulos, podendo ainda trocar alguns fonemas? Troca casa por “tasa” ou “tato” por pato? Diz uma palavra para exprimir uma frase? Entende noções como “dentro e fora”, “em cima e em baixo”? Responder com “sim” ou “não”, a uma pergunta simples? Responde a comentários, perguntas e solicitações, envolvendo-se nas interações? Compreende o nome dos objetos e pessoas? Tapar o brinquedo, quando o adulto lhe pede? Compreende o “não”? Olha para um prato de bolachas e pede ao pai ou à mãe dizendo, “mais” ou “dá”?)
- Observar o desenvolvimento socioemocional (Finge ser adulto, usando os utensílios da mãe? Aponta para partes do corpo quando lhe perguntam? Conhece o nome dos familiares próximos? Oferece a chupeta ou abraça quando vê alguém a chorar?)
- Observar o desenvolvimento cognitivo (Imita gestos faciais, como enrugar o nariz? Faz

andar carros de diferentes tamanhos? Empilha cubos e introduz figuras de diferentes formas nos sítios, até acertar o sítio certo? Retira a tampa para obter o que está no seu interior? Diz “miau” quando se pergunta “como faz o gato?”? Oferece à criança ou a alguém o objeto que é dela? Combina dois brinquedos idênticos? Não consegue dormir enquanto não realiza a sua rotina antes de dormir? Imita ações simples como pegar o telemóvel e diz “tá”? Imita a última palavra ou as últimas palavras que o adulto disse?

Avaliar evolução da audição

- Observar a reação da criança à estimulação auditiva provocada por um objeto que produza barulho, sem que a criança o veja, realizada tanto no lado direito quanto no lado esquerdo

Avaliar evolução da ligação mãe-filho

- Avaliar comportamentos de afetividade
- Avaliar comportamentos de responsividade

Posicionar para otimizar a ventilação

- Decubito dorsal num ângulo de 30º a 90º, consoante os sinais de dificuldade respiratória que a criança apresentar.

Executar inaloterapia

- Agitar o fármaco para misturar a sua composição
- Testar a funcionalidade do fármaco
- Acoplar o fármaco à câmara expansora
- Preencher a câmara com o fármaco
- Administrar um "puff" do fármaco
- Realizar a contagem de 10 segundos
- Repetir administração do fármaco até perfazer a dose prescrita

Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos

- Pressionar o leito ungueal e contabilizar o tempo que demora a preencher novamente com sangue.

Implementar estratégias de promoção do sono

- Minimizar os ruídos e a luminosidade do espaço
- Gerir o horário da medicação de forma a interromper o mínimo possível o sono da criança
- Incentivar a criança a deitar-se à mesma hora
- Se possível, realizar o ritual de sono do domicílio no hospital

Ensinar mãe/pai sobre padrão de sono/repouso

- Qualidade do sono
- Duração do sono
- Hábitos/Padrão de sono

Ensinar mãe/pai sobre gestão do padrão de atividade/repouso do cliente

- Interromper a atividades que estimulem as dimensões sensoriais e percetivas da criança, como a utilização de telemóveis antes de dormir

- Adoção de um ritual pouco estimulante, como ler um livro

Ensinar mãe/pai sobre medidas de promoção do sono

- Diminuição do ruído e a luminosidade do espaço
- Criação de rotinas e hábitos de sono
- Adoção de um ritual de sono

Ensinar mãe/pai sobre higiene do sono

- Prática de atividade física regular antes de dormir
- Horário regular para dormir e acordar
- Quarto sem ruído e sem luz
- Temperatura do quarto amena
- Roupa da cama confortável
- Usar roupa de dormir
- Retirar a tecnologia do quarto
- Realizar refeições ligeiras à noite

Ensinar mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde

- Procedimentos de lavagem e aspiração nasal

Otimizar sonda de oxigênio

- Fixar a sonda ao rosto da criança
- Verificar se a sonda está desobstruída

Otimizar cateter venoso periférico

- Realizar um "flush" com 10 ml de soro fisiológico
- Se necessário, melhorar a fixação do cateter

Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico

- Trocar o penso do cateter se necessário

Posicionar para facilitar a limpeza da via aérea

- Alternância de decúbitos, para promover a mobilização de secreções

Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde

- Observar a mãe a realizar a lavagem e aspiração nasal à criança

Avaliar evolução do papel parental especial: adesão às estratégias promotoras do sono

- A mãe desliga a televisão e diminui a luz do quarto?
- A mãe diminui o ruído do espaço?
- A mãe reproduz o ritual de sono da criança do domicílio no hospital?
- A mãe incentiva à implementação de hábitos de sono no hospital?

Executar lavagem nasal

- Posicionar a criança sentada e inclinada para a frente ou em posição lateral
- Preparar uma seringa de 10 ml com soro fisiológico a 0,9%
- Instilar 5 ml em cada narina. Caso se encontre em decúbito lateral administrar na narina da criança que fica do lado oposto ao lado para o qual está posicionada

- Limpar o nariz
- Repetir o procedimento, se necessário

Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da ventilação

- Questionar quais as estratégias que a mãe utiliza para melhorar a ventilação da criança
- Questionar a mãe como identifica que a criança tem dificuldade em respirar

Ensinar mãe/pai sobre prevenção das crises de ventilação comprometida

- Estratégias de promoção da permeabilidade das vias aéreas (lavagem e aspiração nasal, posicionamento)
- Incentivar a criança a tossir por imitação

#### **4.8. Síntese relativa ao caso**

Para os aspetos dos processos corporais como, por exemplo, o sistema respiratório, os resultados esperados correspondem à modificação da condição dos mesmos.

Relativamente aos aspetos do processo adaptativo apresentam-se os resultados esperado, organizados por tipo de diagnóstico.

##### **Indicadores de resultado**

Dado:

Conhecimento da mãe sobre promoção de sono necessita de ser melhorado para progredir para a mestria

Indicadores de resultado:

- Que a mãe verbalize que diminui o ruído e a luminosidade do quarto à noite no contexto hospitalar;
- Que a mãe verbalize que incentiva rotinas/hábito de sono no contexto hospitalar;
- Que a mãe verbalize que reproduz o ritual não estimulante de sono domiciliário no contexto hospitalar, como ler um livro;
- Que a mãe verbalize que diminui o estímulo da criança antes de dormir, por exemplo não oferecendo o telemóvel.

Dado:

Conhecimento da mãe sobre vigilância e promoção da saúde necessita ser melhorado para progredir para a mestria

Indicador de resultado:

- Que a mãe verbalize os procedimentos de lavagem e aspiração nasal, seguindo todos os

passos de forma correta.

Dado:

Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção dos episódios de ventilação comprometida

Indicador de resultado:

- Que a mãe verbalize as estratégias que pode utilizar para melhorar a ventilação da criança
- Que a mãe verbalize os sinais e sintomas, que pode observar no seu filho, indicadores de que a criança apresenta dificuldade respiratória

**Justificação da tomada de decisão**

A minha decisão terapêutica teve por base os dados tomados como relevantes para identificar o potencial para melhorar o conhecimento da mãe sobre o sono da criança tanto a nível hospitalar como domiciliar e sobre a lavagem e aspiração nasal. O conhecimento que a mãe detinha, o que a mãe necessitava aprender, o que a mãe queria aprender, a sua disponibilidade para aprender (caraterísticas comportamentais) e a sua motivação para aprender, foram aspetos que levei em conta durante a minha atuação.

A minha prestação de cuidados a esta criança foi realizada apenas num turno da noite, pelo que ainda que existissem outros aspetos, relativamente à transição desenvolvimental no período de Toddler e relativamente à transição para o papel parental desenvolvimental pertinentes no cuidado a estes clientes, não foi oportuno avaliar, respetivamente, ingestão nutricional, segurança, higiene e conforto, entre outros, dada a necessidade humana de sono/repouso de ambos os clientes neste turno e a preocupação da mãe estar focada na condição patológica do seu filho, o que motivou uma indisponibilidade mental para aprender outros aspetos de saúde relevantes. Outra razão, prende-se com o facto de a mãe referir ser cumpridora do plano de consultas de vigilância do desenvolvimento infantil, nas quais são abordadas estas temáticas.

Contudo, dada a necessidade de serem executadas intervenções com o objetivo de melhorar a ventilação e a limpeza das vias aéreas, foi possível avaliar alguns parâmetros do desenvolvimento infantil desta criança, assim como, foi oportuno avaliar a evolução do conhecimento da mãe sobre vigilância e promoção da saúde no que diz respeito à lavagem e aspiração nasal no domicílio, na medida em que é fundamental para a prevenção da recorrência de infeções respiratórias na criança.

Dos parâmetros que foram possíveis avaliar relativamente ao desenvolvimento psicomotor, esta criança apresentou um desenvolvimento psicomotor dentro do expectável para a sua idade. No entanto, uma vez que nesta sessão não foi possível a realização de uma avaliação integral do desenvolvimento infantil, foi pertinente identificar a intervenção avaliar a evolução do desenvolvimento infantil, dada a condição patológica desta criança propiciar o compromisso da sua função auditiva e o contexto de hospitalização estar associado a um impacto negativo no

desenvolvimento infantil.

Foi também oportuno avaliar e intervir com o intuito de alcançar o objetivo promover papel parental especial: adesão às estratégias promotoras do sono, dado o compromisso do sono desta criança a nível hospitalar. Em paralelo, tornou-se oportuno avaliar o conhecimento da mãe sobre o sono da criança em contexto domiciliário, no sentido de identificar a sua necessidade de informação acerca desta temática, com o intuito de promover o papel parental desenvolvimental: sono/repouso.

Dado que os pais tinham disponibilidade para permanecer a tempo inteiro junto da criança e não se apresentavam física, psicológica e emocionalmente exaustos, dado o período relativamente curto de internamento, não foram identificadas as intervenções no âmbito da substituição do papel parental, nomeadamente, dar banho, vestir, despir, uma vez que não tinham relevância terapêutica neste caso clínico.

A prestação de cuidados a esta criança teve subjacente uma filosofia de parceria de cuidados, na qual, sempre que possível, os pais foram incentivados a participar nos cuidados ao seu filho. Na implementação da parceria de cuidados foi levado em consideração o perfil de necessidades da criança, a condição da criança antes, durante e após o internamento, a vontade e disponibilidade dos pais para participarem nos cuidados e a duração do internamento.

### **Prioridades no planeamento dos cuidados**

Face ao contexto de internamento a prioridade será determinar a evolução dos sinais que possam comprometer a vida ou o bem-estar da criança, alterações dos diferentes sinais e sintomas que exijam intervenção atempada e imediata, como os referentes aos domínios designadamente: sistema respiratório, sistema cardiovascular, termorregulação, consciência e sensações somáticas, com enfoque no foco dor. Assim como, os domínios: eliminação intestinal, eliminação urinária e pele e mucosas, sendo que permitem prevenir complicações clínicas consequentes da medicação administrada e dos dispositivos médicos utilizados. Posteriormente, os domínios audição e apetite, devem ser priorizados, numa ótica de prevenção de complicações associadas à condição patológica, uma vez que podem interferir negativamente e de forma direta, com o desenvolvimento da criança e com a sua recuperação, por défice nutricional e sensorial.

De seguida, a atenção do EESIP deverá direcionar-se aos domínios relativos ao desenvolvimento infantil, que podem sofrer compromisso decorrente da hospitalização, como desenvolvimento psicomotor e sono. E após todos os anteriores estarem assegurados, a prioridade será dirigida a todos os domínios que dizem respeito aos comportamentos de ligação mãe-filho e aos comportamentos de ligação filho-mãe associados ao domínio período toddler, sendo que, possibilitam a parceria de cuidados, que contribui para a minimização do impacto da hospitalização na criança e na sua família. Assim como, facilitam a aquisição de competências

inerentes ao papel parental benéficas para o exercício da parentalidade. A parceria de cuidados facilita a preparação para a alta e a prevenção de complicações após a alta, promovendo o decurso de transições salutares tanto desenvolvimentais quanto as respeitantes às necessidades especiais exigidas pelo processo patológico da criança.

### **Intervenções de Enfermagem; Contributos específicos face aos objetivos e prioridades**

Segundo a CIPE, a ação avaliar concetualiza-se no verbo “Determinar: Processo contínuo para medir o progresso, ou em que extensão os objetivos estabelecidos foram atingidos” (ICN, 2020, p.16). As intervenções do tipo “avaliar evolução” permitem caracterizar a condição e prescrever as intervenções de forma adequada. Neste caso contribuiu para a identificação de alterações, relacionadas com o progresso da condição clínica da criança, essencialmente, a nível do sistema respiratório. Desta forma, promoveu o ajuste da intervenção, como por exemplo, a diminuição da oxigenoterapia no progresso para o atingimento do objetivo melhorar a ventilação.

A intervenção do tipo ensinar, segundo a CIPE é “Informar: dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde”, pelo que esta intervenção consiste na prescrição de informação baseada em Informoterapia, que permitirá à mãe progredir para a mestria no que diz respeito ao seu conhecimento sobre o sono e promoção e vigilância da saúde do seu filho, através da aquisição de conhecimento sobre a lavagem nasal incluída na higiene diária, preventiva da acumulação microbiana, que possa originar infeções respiratórias (ICN, 2020, p.50).

A intervenção do tipo executar, segundo a CIPE é definida por uma “Ação: desempenhar uma tarefa técnica”. Esta intervenção consiste na implementação de estratégias e técnicas, que permitem melhorar a condição da criança. Neste caso, a execução da lavagem nasal possibilita a melhoria da limpeza das vias aéreas da criança (ICN, 2020, p.60).

Neste domínio inserem-se também as intervenções posicionar “executar: colocar alguém ou alguma coisa em determinada posição”, o que dada a dificuldade respiratória da criança melhora a sua ventilação e trocar “Executar: substituir uma coisa por outra”, que caso seja necessário realizar a troca do cateter, por não se encontrar funcionante, possibilita a manutenção da administração da medicação endovenosa (ICN, 2020, p.134).

A intervenção otimizar “Manter: conseguir o melhor resultado”, possibilita a manutenção da administração terapêutica, que contribui para a melhoria do quadro clínico da criança, uma vez que, por exemplo, a otimização da cânula nasal permite a manutenção da oxigenoterapia (ICN, 2020, p.90).

As intervenções no âmbito do referenciar têm como definição “Coordenar: encaminhar ou indicar uma pessoa a alguém ou a alguma coisa”. São intervenções que carecem da avaliação e

intervenção de outro profissional de saúde para o alcance do objetivo terapêutico, como é o caso do agravamento do compromisso da ventilação da criança, que requer alterações farmacológicas e mudança de dispositivos médicos (ICN, 2020, p.109).

Este estudo de caso compreendeu aspetos fundamentais para o desenvolvimento das seguintes competências de Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica: "Promove o desenvolvimento e crescimento infantil"; "Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade (...)"; "Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura" e "Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar (...) a qualidade de vida da criança" (OE, 2018, pp. 19193-19194).



## 5. CASO CLÍNICO 3: CRIANÇA NO PERÍODO PRÉ-ESCOLAR EM CONTEXTO DE URGÊNCIA

O Marco (nome fictício), deu entrada no serviço de urgência, acompanhado pela mãe, pela presença de um corpo estranho alojado no ouvido esquerdo, desde ontem. Por impossibilidade de remoção do objeto sem lesionar o aparelho auditivo, a criança foi sujeita a um procedimento cirúrgico para remoção do corpo estranho. Na extração do objeto foi constatada a presença de conteúdo acastanhado no canal auditivo externo, com alguma necrose que foi removida, com exposição da cartilagem. Realizada intervenção com colocação de Wick Silastic. O objeto era uma pilha. A presente conceção de cuidados é realizada em dois momentos distintos, o primeiro no qual foi realizada a preparação cirúrgica e a verificação pré-operatória e o segundo momento quando a criança regressa do bloco operatório. O Marco tem diagnosticado um atraso no desenvolvimento infantil a nível da adaptação social e da linguagem. Apresenta a autonomia nos autocuidados expectável para a sua faixa etária. A mãe demonstrou preocupação com o agravamento do desenvolvimento do seu filho face à situação clínica.

### 5.1. Enquadramento teórico

#### Condição Clínica

Qualquer procedimento cirúrgico divide-se em três momentos: pré, peri e pós-operatório, dos quais em contexto de urgência os enfermeiros intervêm no primeiro e, por vezes, no último, mediante o resultado do procedimento e a monitorização e vigilância que exige a situação clínica da criança.

#### Período pré-operatório

O período pré-operatório consiste no período que antecede a realização de um procedimento cirúrgico, durante o qual a preparação pré-operatória releva para o sucesso da cirurgia nas fases seguintes (intra e pós-operatório) (Noetzold, et al., 2022).

Na intervenção de enfermagem direcionada à preparação pré-operatória, devem ser tomados em consideração alguns fatores, nomeadamente, a idade/desenvolvimento da criança (capacidade de compreensão dos procedimentos); estilo de confronto; experiências prévias de internamento (resultado de experiências de cirurgias anteriores) e o tipo de cirurgia (urgente ou programada). A OE (2011a) descreve três estilos de confronto, que podem ser observados a

partir da idade pré-escolar e medeiam a quantidade de informação e o nível de ansiedade da criança e do adulto:

- Sensitivo: a criança que necessita de muita informação;
- Repressivo: a criança que evita as questões;
- Neutro.

O procedimento cirúrgico pode constituir um acontecimento assustador, potenciador de medo e ansiedade, tanto para a criança quanto para os seus pais. Consoante os fatores referidos anteriormente, estas emoções, vão diferindo de intensidade, conforme o nível de preparação pré-operatória dos clientes, pelo o que a intervenção de enfermagem deve ter em consideração os fatores psicológicos inerentes à realização de um procedimento invasivo.

### **Período Pós-operatório**

O período pós-operatório consiste no momento em que a criança sai do bloco operatório até ao regresso à sua atividade normal de vida diária. A sua duração é variável e divide-se em três etapas: imediato, mediato e tardio. Neste contexto, a intervenção de enfermagem centra-se no pós-operatório imediato, que se caracteriza pelas 12-14 horas que se seguem ao término do procedimento (OE, 2011a).

Neste período a OE recomenda: apoiar os pais, informar sobre o estado da criança, ajustar a criança e os pais ao ambiente onde se encontram, providenciar o objeto significativo para a criança, prevenir e aliviar a dor, analisar a perceção da cirurgia na perspetiva da criança, apoiando-a, avaliar conhecimentos e reforçar ensinamentos efetuados no período pré-operatório, preparar a criança e família para a realização de procedimentos terapêuticos, proporcionar a distração utilizando brinquedos ou visionando filmes adequados à idade e preparar a alta (OE, 2011a).

Após a realização do procedimento invasivo, fomos informados que o corpo estranho se tratava de uma pilha, pelo que pesquisei as consequências que este objeto poderia causar para planear os meus cuidados.

As complicações que derivam do contacto de pilhas com o canal auditivo e a sua gravidade dependem do tipo de pilha, do material que a compõe, do tempo de permanência com a mucosa e das várias tentativas de remoção (Silva & Afonso, 2008). Segundo Hernot, et. al (2016), uma pilha tipo botão pode causar extensos danos teciduais através de quatro mecanismos:

- Primeiro mecanismo: Lesão por queimadura elétrica causada pela passagem de corrente elétrica contínua de baixa tensão entre o ânodo e o cátodo através dos tecidos do canal auditivo externo.
- Segundo mecanismo: dano direto do tecido com origem no vazamento do conteúdo da pilha. No caso de pilhas alcalinas, o vazamento do eletrólito alcalino da célula da bateria

causa necrose por liquefação.

- Terceiro mecanismo: Necrose por pressão, que ocorre com qualquer corpo estranho que fique impactado numa determinada área por um período prolongado de tempo.
- Quarto mecanismo: Efeito tóxico devido à absorção pelo organismo da substância presente na pilha, como o mercúrio.

Em otorrinolaringologia, as complicações derivam tanto do contacto prolongado da pilha com a mucosa, quanto das várias tentativas de remoção. Relativamente às complicações da primeira natureza mencionada, foram identificadas as seguintes: perfurações, fístulas, escoriações, infeções, como otite externa, hemorragias, lesões locais, como queimaduras de 2º e 3º grau na pele do canal auditivo externo, necrose de liquefação do tecido circundante, que pode ter como consequência: otite externa maligna, condrite, lesão do nervo facial, erosão ossicular e necrose da parede medial do ouvido médio, levando à surdez neurossensorial e danos no labirinto vestibular (Araújo, et al., 2023; Hernot et. al, 2016). Por outro lado, as tentativas de remoção podem resultar em lesão do CAE – lacerações, hematoma do canal auditivo, perfuração da membrana timpânica, estenose do canal auditivo externo e rutura dos ossículos (Vincent, et. al, 2003; Balbani AP, 1998; Bressler K, 1993). Num estudo de caso foi reportada a ocorrência de osteomielite do osso temporal (Hernot, et. al, 2016). Esta situação clínica pode resultar inclusive na morte (Araújo, et al., 2023).

O labirinto vestibular, encontra-se dividido em duas partes: labirinto cinético e labirinto estático, sendo responsável, designadamente, pelo equilíbrio dinâmico e estático, através da mobilização de uma massa gelatinosa, que ao curvar as células pilosas da mancha provocam potenciais de ação nos neurónios associados. As células pilosas não têm axónios, mas fazem sinapses diretamente com o nervo vestibulo-coclear. O nervo vestibulo-coclear forma-se através da junção das fibras sensoriais do gânglio vestibular com as fibras sensoriais do gânglio coclear, terminando no núcleo vestibular no bulbo (Seeley, et. al, 2008).

A partir deste núcleo os neurónios avançam para numerosas áreas do Sistema Nervoso Central como a medula espinhal, o cerebelo, o córtex cerebral e os núcleos que controlam os músculos externos do olho. O equilíbrio é, então, um processo complexo que resulta de um conjunto de estímulos, uma vez que o núcleo vestibular, recebe não só informação dos estímulos sensoriais vestibulares, mas também dos neurónios proprioceptivos de todo o corpo e do sistema visual (Seeley et. al, 2008). Portanto, qualquer alteração no labirinto vestibular pode provocar alterações vestibulares, proprioceptivas e visuais, correlacionadas com o equilíbrio, movimento motor e ocular, discriminação visual e estabilidade postural (Seeley, et. al, 2008).

Uma das consequências é a perda auditiva parcial ou definitiva. Designa-se por perda auditiva de um ou ambos os ouvidos, quando uma pessoa não consegue ouvir tão bem quanto uma pessoa com audição normal. “A perda auditiva sensorioneural implica o órgão espiral ou as vias neuronais. As ondas sonoras são transmitidas normalmente ao órgão espiral, mas a capacidade de o sistema nervoso responder a essas ondas sonoras está comprometida” (Seeley, et. al,

2008). Quando não tratada, a perda auditiva afeta muitos aspetos da vida da pessoa no decorrer do seu desenvolvimento infantil e vida adulta, nomeadamente, ao nível das seguintes áreas: comunicação e fala, cognição, educação e emprego, e condição socioeconómica, causando o isolamento, solidão e estigma (WHO, 2023a). Portanto, para a mitigação de qualquer efeito adverso derivado da perda auditiva é fulcral o seu tratamento atempado e a referência e encaminhamento para cuidados na comunidade são essenciais nestas situações para que a reabilitação e a integração escolar sejam efetivadas e bem-sucedidas.

### **Contexto de Urgência**

É no contexto de urgência que ocorre o início do processo de hospitalização. Tanto a cirurgia quanto a hospitalização potenciam sentimentos de ansiedade e exacerbam medos e ideias pré-concebidas, tanto para a criança quanto para os seus pais (OE, 2011a). No período pré-escolar a criança pode vivenciar esta experiência com sentimentos de culpa, medo e vergonha, uma vez que, face ao seu estadio de desenvolvimento e maturação cognitiva, associa a realização de procedimentos dolorosos e invasivos à punição (Erikson, 1976; Monroe, 2014).

É esperado que a criança nesta faixa etária tenha um comportamento de oposição, com protesto, grito e choro. Como ainda não tem muita noção do seu corpo externamente, muito menos internamente, as experiências invasivas que causam dor, são assustadoras. Temem que a pele rompa e os órgãos saiam (Monroe, 2014). A experiência da hospitalização pode ser traumática para a criança, com efeitos psicológicos persistentes (OE, 2015a). Portanto, é fundamental que o enfermeiro especialista adote técnicas de comunicação e de gestão do medo e da ansiedade, para que a criança e os seus pais vivenciem esta experiência da forma menos traumática possível.

### **Cliente: Criança**

#### Desenvolvimento psicomotor no período pré-escolar

O período pré-escolar é uma fase de mudanças significativas na vida da criança, sendo caracterizada pela sua preparação para o ingresso no meio escolar, através da combinação de fatores biopsicossociais, espirituais e cognitivos.

Segundo a Teoria de Erik Erikson, no desenvolvimento da autonomia a pessoa percorre 8 etapas, pelas quais passa o ego no decurso do desenvolvimento humano. Erikson considera que o ser humano vive num meio ambiente, é influenciado por ele e que a personalidade criada na infância não é estática, podendo ser modificada pelas vivências posteriores (Erikson, 1976).

A cada etapa, o crescimento do individuo deve-se às exigências do seu ego, assim como, às exigências do seu ambiente. Os estágios são caracterizados por crises do ego, que podem ter um desfecho positivo – ego mais forte e rico (ritualização), ou negativo – ego mais fragilizado (ritualismo) (Carpigiani, et. al, 2014).

Dada a faixa etária da criança do presente caso clínico, ela deve encontrar-se na 3ª fase da teoria de Erikson, na qual, uma vez desenvolvida a autonomia a criança parte para a iniciativa:

Iniciativa versus Culpa - A aquisição bem-sucedida da confiança e autonomia alavanca a aquisição de iniciativa, através do seu crescimento intelectual (alfabetização e ampliação do círculo de amigos). Após sentir-se capaz de planejar e realizar, a criança tende a ter duas atitudes. Por um lado, fixar-se no alcance de metas impossíveis, formando o complexo de Édipo (modelo freudiano). A criança sente-se culpada por não conseguir realizar o que desejou. A não resolução da falta de iniciativa pode causar patologias sexuais (repressão, impotência) ou psicossomáticas (somatização do conflito). O sentimento de culpa na mente da criança pode associar-se à sensação de fracasso. Desta forma, explicar à criança que desejos não podem e não fazem com que os eventos ocorram é essencial para ajudá-las a superar a culpa e a ansiedade (Fieldler, 2016).

Por outro lado, o sentido de iniciativa pode ser positivamente relacionado com a construção de responsabilidade. Nesta fase é importante que o adulto mostre que a criança não é capaz de fazer algumas coisas ainda. Quando a criança percebe que (ainda) não é capaz, em vez de fantasiar, realiza um “treino” de personalidade através de jogos (testes de capacidade mental, dramatizações, testando várias personalidades e brinquedos), que permitem a conexão da sua realidade interna com a sua realidade externa. Contudo, com esta brincadeira existe o perigo da personificação, ou seja, a criança desempenhar papéis e exacerbar a fantasia de outras personalidades, afastando-se do seu verdadeiro “eu”, pelo que deve ser mediada pelo adulto. Nesta fase inicia o desenvolvimento do superego ou da consciência que decorre até ao final da primeira infância (Fieldler, 2016).

No que diz respeito à teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget, é esperado que esta criança se encontre no 2º período: período pré-operatório, que decorre dos 2 anos até aos 7 anos de idade e caracteriza-se pelo egocentrismo cognitivo-social. A criança passa da fase pré-conceitual, de um pensamento totalmente egocêntrico, para a fase do pensamento intuitivo, adquirindo consciência social e a capacidade de analisar outros pontos de vista. Neste período o aparecimento da linguagem provoca alterações cognitivas, emocionais e sociais. A criança transforma o real em simbolismos, consoante os seus desejos e fantasias, para explicar a sua própria noção do mundo (as suas atividades, o seu Eu e as suas leis morais) - Jogo simbólico. Esta fase termina na procura da razão dos acontecimentos e experiências motoras, sensoriais e percetivas - Fase dos “Porquês”. Surgem afetos interindividuais. A criança nutre respeito pelas pessoas que julga serem superiores, num misto de amor com temor. A criança tem interesse por diferentes atividades há medida que as suas habilidades evoluem e cria uma escala de valores próprios, através dos quais avalia as suas próprias ações (Silva, et al., 2013).

No que concerne à dimensão cognitiva é esperado que a criança tenha capacidade de perceber alguns períodos do dia, como, manhã, tarde e noite e as estações do ano. Também deve saber

alguns dias da semana e perceber que estes se contam em horas e minutos. Deve ter ainda adquirido a capacidade de contar e nomear figuras geométricas (Antunes, 2022).

Nesta fase, é expectável que utilize a linguagem sem entender efetivamente o seu significado, explicando um conceito conforme o ouve, principalmente conceitos associados à noção causal e temporal, como esquerda e direita. Desta forma, para um melhor entendimento acerca do tempo, o profissional deve associar uma ação temporal a uma atividade de vida diária, por exemplo “a tua mãe regressará quando acabares o almoço”. Nesta faixa etária, as crianças presumem que todos pensam como elas e que uma explicação é suficiente, pelo que para as compreender, é necessário recorrer a abordagens não verbais. A brincadeira é um meio excelente para ensinar as crianças e facilita a compreensão e adaptação à realidade, permitindo que se desenvolvam com as suas próprias experiências (Cassandra, 2001).

O pensamento destas crianças é muitas vezes descrito como um pensamento mágico, o que as torna suscetíveis à culpa, principalmente, quando um acontecimento ocorre em simultâneo com um desejo. Pela sua incapacidade de raciocínio lógico sobre a causa e efeito da doença ou de um ferimento, é difícil que compreendam alguns eventos que ocorrem durante o seu desenvolvimento (Monroe, 2014).

No âmbito da dimensão motora a criança aprimora as suas habilidades tanto a nível da motricidade fina quanto da motricidade global/grossa adquiridas previamente. Relativamente à primeira função motora, é capaz de desenhar, copiar triângulos, recortar com tesoura e vestir-se. Relativamente à segunda, é capaz de apanhar uma bola, sustentar-se num pé por mais de dois segundos, andar nas pontas dos pés, saltar para trás, andar para trás, coordenar a sua função motora com objetos (andar de triciclo, saltar à corda com pés alternados, andar de patins, nadar), descer escadas com alternância (Antunes, 2022).

No que concerne à linguagem, constitui um importante meio de interação social e subdivide-se em linguagem expressiva (fala) e em linguagem recetiva (compreensão). Em relação à expressiva, é expectável que o discurso seja fluente e claro. A criança pode relatar uma história, utilizando gramática adulta e de forma apelativa. O seu nível de inteligibilidade é elevado entre 90-100% e produz os fonemas “s”, “r”, “lh”, “cr”, “dr” e “fr” (Antunes, 2022). A linguagem é mais sofisticada e complexa, sendo por meio desta que a criança aprende a expressar emoções. O vocabulário aumenta para 2100 palavras no final dos 5 anos. São capazes de formular frases com mais de 4 a 5 palavras e de utilizar mais palavras para transmitirem uma ideia, incluindo preposições, adjetivos e verbos variados. A fala permanece essencialmente para comunicação egocêntrica (Monroe, 2014). Em relação à linguagem recetiva, no período pré-escolar as crianças gostam muito de ouvir história (Antunes, 2022). Seguem comandos simples de direção, entendendo apenas um pedido de cada vez. Este desenvolvimento bem-sucedido contribui para a prontidão escolar. O ambiente e a capacidade cognitiva da criança influenciam o vocabulário, a fala e a compreensão (Cassandra, 2001).

No âmbito social e emocional, é esperado que a criança seja capaz de verbalizar as suas solicitações e de executar as ações autonomamente, precisando de pouca ou nenhuma ajuda nas atividades de vida diária: vestir, despir, comer ou ir à casa de banho. Assim como, tenha interiorizado os padrões de valores sociais, culturais e da sua família, estando cada vez mais consciente do seu papel na família (Monroe, 2014). Nesta idade, as crianças aumentam a capacidade de regular emoções como a raiva e a agressividade e mostram preocupação e simpatia com os outros (Antunes, 2022). Nesta fase ocorre a conclusão do processo de separação/individualização. É esperado que as crianças se relacionem facilmente com pessoas desconhecidas e tolerem breves separações dos pais, embora ainda necessitem de segurança, tranquilidade, orientação e aprovação. Contudo, separações prolongadas, como as causadas pela hospitalização, são difíceis, mas as crianças respondem bem se tiverem uma preparação atempada e explicação concreta, encontrando conforto em objetos familiares e brinquedos ou fotografias dos membros da família (Hockenberry et al., 2018).

Após os 3 anos é esperado que a criança exiba um aperfeiçoamento de competências associadas ao sistema vestibular e propriocetivo com elevado impacto no controlo da postura, na coordenação, no timing da resposta, na fluidez dos movimentos, como os movimentos compensatórios dos olhos e na capacidade de projetar a sua própria sequência de ações no espaço. É expectável que ao sentir-se confortável e capaz de realizar todas as ações que implicam essas áreas sensoriomotoras, como, trepar, baloiçar e saltar, a criança aprecie cada vez mais o desafio de ultrapassar os seus próprios limites, colocando-se muitas vezes em perigo. Também é esperado que a criança comece a utilizar ferramentas (talheres, tesouras, utensílios de casa) de forma mais coordenada e com maior destreza, assim como, desenvolva competências cada vez mais complexas de abstração e criatividade, baseadas na informação que recebeu dos sentidos (Serrano, 2022).

No que diz respeito ao desenvolvimento moral, nesta faixa etária as crianças, encontram-se na fase de “orientação instrumental ingênua”. Nesta fase a criança age de acordo com as suas necessidades e não com as necessidades dos outros. As suas ações não são motivadas por algo estar errado ou correto, porque não têm ainda compreensão do significado desses conceitos. As ações são mediadas de acordo com a restrição ou liberdade que o adulto coloca nelas, ou seja, se a ação é punida é má, se não é punida é boa. No âmbito espiritual, as crianças ainda não compreendem o que é a fé, limitam-se a imitar as ações dos adultos. O desenvolvimento da consciência está ligado ao desenvolvimento espiritual. A criança apesar de não compreender o certo e o errado, começa a aprender a comportar-se de forma adequada, agindo de forma a evitar a punição. Fazer algo de errado, provoca sentimentos de culpa, pela associação à punição (Hockenberry et al., 2018).

A nível da sexualidade, nesta fase do desenvolvimento, começam a criar ligações com o pai do sexo oposto e identificam-se com o pai do mesmo sexo. O que os outros dizem sobre o género nesta faixa etária pode influenciar a maneira como a criança se vê a si e aos outros. Em relação

à sua imagem corporal, no pré-escolar as crianças comparam o seu corpo ao do colega, tomando consciência do seu tamanho. Podem realizar perguntas sobre a reprodução sexual e o funcionamento dos órgãos (Monroe, 2014).

Portanto, são aspetos relevantes da transição desenvolvimental para a fase escolar, conforme o enunciado em Monroe, (2014):

- "O controle das funções corporais;
- Os períodos de experiências com a separação breve e prolongada;
- A capacidade de interagir cooperativamente com outras crianças e adultos;
- A utilização da linguagem para a simbolização mental;
- O aumento do tempo de atenção e memória" (p. 1057).

Após contextualizar o desenvolvimento esperado para esta criança, ressalvo os sinais de alarme, que em contexto de urgência, no qual a prestação de cuidados deve ser célere e efetiva é o que prevalece na observação breve e imediata da criança:

"Não salta, demonstra interação social insuficiente, não compreende os conceitos "igual" e "diferentes", usa a terceira pessoa em vez da primeira pessoa" (Antunes, 2022, pp. 42-43).

Constituem também sinais de alerta, os relativos à dimensão sensorial, designadamente, no âmbito (Serrano, 2023):

- Propriocetivo: a criança adotar comportamentos excessivos para procurar mais informação propriocetiva, ter ineficiente noção do seu corpo e ineficiente planeamento e controlo motor, ter ineficiente graduação do movimento e apresentar falta de estabilidade postural.
- Tátil: a hipersensibilidade, a hipossensibilidade, a pobre discriminação tátil e a pobre consciência do corpo.
- Vestibular: a criança ser hipersensível, hipossensível, ter dificuldade com o movimento, equilíbrio e postura, e ter baixo tônus muscular.
- Visual: a criança ter dificuldade no controlo dos movimentos oculares, ter hiper e hipossensibilidade visual e dificuldade na discriminação visual.
- Auditivo: dificuldades na linguagem, hiper e hipossensibilidade auditiva e dificuldade na discriminação auditiva.
- Olfativo e gustativo: hiper e hipossensibilidade gustativa e olfativa.

Observando na criança algum destes sinais e tendo conhecimento do desenvolvimento típico da criança no período pré-escolar, o enfermeiro, em contexto de urgência, deve intervir, atendendo ao nível de desenvolvimento da criança e se a criança ainda não for seguida em consulta de desenvolvimento, proceder ao seu atempado e adequado encaminhamento/referenciação (OE, 2010).

### **Transição Saúde-Doença**

Nesta situação clínica a criança vivencia um processo de transição saúde-doença, decorrente da necessidade de se adaptar a uma nova condição, a perda ou a diminuição da função auditiva. O processo de transição inicia a partir do momento em que a criança toma consciência das suas dificuldades auditivas decorrentes do evento crítico (introdução da pilha no canal auditivo), incorporando mudanças na sua vida para se adaptar à perda auditiva (Meleis, 2018).

Nesta faixa etária, este processo só é possível através do suporte e apoio parental dotado de competências e capacidades para a devida estimulação, adoção de estratégias e acompanhamento da criança no sentido da potenciação máxima das suas capacidades e promoção do seu desenvolvimento. Todo o contacto circunstancial de um enfermeiro com a criança, deve constituir uma oportunidade para a promoção do desenvolvimento infantil, através da deteção precoce de situações de risco que possam comprometer o desenvolvimento infantil e da potenciação das competências parentais (OE, 2010).

### **Transição para a parentalidade especial**

Ao assumir a identidade de ser mãe/pai, todos os esforços direcionam-se à adoção de ações que promovam o crescimento e desenvolvimento infantil adequado, pelas quais a figura parental assume a responsabilidade. Perante a hospitalização, a transição para a parentalidade sofre um desvio da normalidade, constituindo um fator de vulnerabilidade no exercício parental, uma vez que origina incerteza na prática dessas funções e a diminuição da autoeficácia parental. Desta forma, exige um conjunto de readaptações que enaltecem necessidades a nível emocional, cognitivo e comportamental no exercício da parentalidade, para as quais, dependendo dos atributos prévios dos pais, da criança, da parentalidade e do contexto, os cuidados de enfermagem são essenciais, no âmbito do desempenho do papel parental, nomeadamente através de intervenções focadas em melhorar conhecimentos, capacidades, mudar significados e aumentar a afetividade (Sousa, 2014).

Diante de uma condição especial, como o atraso no desenvolvimento, é evidente a necessidade da adoção de cuidados parentais que vão de encontro à satisfação de necessidades especiais da criança, o que concorre, para uma mudança de papel. Este novo papel, designado por papel parental especial, representa a ação dos pais para a satisfação das necessidades especiais de natureza transitória e incorre numa transição diferente da normativa transição para a parentalidade. A transição para uma parentalidade especial implica a aquisição de competências parentais adicionais às competências decorrentes de uma parentalidade típica, diferindo na quantidade e tipo de informação necessária para o desempenho do papel parental (Sousa, 2014). Um evento crítico, que afete o desenvolvimento da criança, surge como um fator dificultador para o processo de transição para a parentalidade especial. Neste sentido, é fulcral o suporte do enfermeiro para a superação das necessidades evidenciadas pelos pais, na vivência desta crise, no sentido de se readaptarem às novas necessidades da parentalidade de natureza especial (Meleis, 2012).

Em contexto de urgência a prestação de cuidados deve ter por base a negociação da prestação de cuidados com os pais, na qual a figura parental está envolvida em todo o processo terapêutico do seu filho, integrando a equipa de saúde. Neste sentido, o enfermeiro deve avaliar as necessidades da criança e as capacidades e necessidade de conhecimento dos pais, atendendo ao seu grau de envolvimento nos cuidados ao seu filho, para que a parceria de cuidados seja conseguida na sua plenitude. Esta parceria potencia a sensação dos pais continuarem a ser capazes de prestar cuidados ao seu filho, aumentando a confiança no seu papel parental, o que facilita a criação de laços promotores da ligação mãe/pai-filho. Esta ligação é essencial para o ajuste psicológico e emocional da criança perante todas as emoções de ansiedade e medo provocadas pelo contexto de urgência e pelo procedimento cirúrgico (OE, 2015a).

## 5.2. Clientes

### Cliente

Pré-escolar | Idade: 5 anos | Masculino

### Mãe/Pai

26-11-2023 16:00

26-11-2023 16:00 - Figura parental principal: mãe.

26-11-2023 16:00 - Distância casa/hospital: 30.

26-11-2023 16:00 - Número de outros filhos: 1.

26-11-2023 16:00 - Filho(s) escolar.

26-11-2023 16:00 - Papel parental partilhado.

26-11-2023 16:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: especial.

26-11-2023 16:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

## 5.3. Medicação

### Início

2023-11-26 16:00:00

### Medicação

Paracetamol 250mg Retal

### Fim

### 5.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

#### Paracetamol

É um analgésico e antipirético (Infarmed, 2023).

Indicação terapêutica: Sintomatologia associada a estados gripais, febre, reações fortes à vacinação (reações hiperérgicas), dores de dentes, dores de ouvidos, dores menstruais, dores traumáticas, musculares e articulares e dores antes e após cirurgias (Infarmed, 2023).

Precauções: O intervalo entre doses deve ser de, pelo menos, 6 horas (Infarmed, 2023).

Efeitos secundários:

- Frequentes: Sonolência ligeira, náuseas e vômitos (Infarmed, 2023);
- Pouco frequentes: Sonolência, nervosismo, sensação de ardor na garganta, diarreia, dor abdominal (incluindo câibras e ardor), obstipação, cefaleia, sudorese e diminuição excessiva da temperatura corporal (Infarmed, 2023).

Desta forma, face ao cliente dos meus cuidados farão parte das minhas vigilâncias: digestão, pele, sinais e sintomas de alergia, eliminação intestinal, temperatura corporal e dor.

### 5.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

#### Atitudes terapêuticas

26-11-2023 16:00

##### **26-11-2023 16:00 - Procedimento invasivo**

26-11-2023 21:45 - Tipo de procedimento invasivo: Remoção de pilha do canal auditivo externo.

26-11-2023 16:00 - Tipo de procedimento invasivo: Remoção de corpo estranho.

26-11-2023 16:00 - Verificado: antecedentes clínicos, alergias, consentimento informado, toma de medicação pré-operatória, próteses, identificação do doente, jejum, preparação pré-operatória.

26-11-2023 21:45 - Perda sanguínea

26-11-2023 21:45 - Ouvido Esquerda(o): Sem perda sanguínea aparente [MANTEVE].

26-11-2023 16:00 - Perda sanguínea

26-11-2023 16:00 - Ouvido Esquerda(o): Sem perda sanguínea aparente.

26-11-2023 21:45 - Localização do Pulso

26-11-2023 21:45 - Braço Direita(o)

26-11-2023 21:45 - Frequência do pulso: 105 pulsações por minuto.

26-11-2023 21:45 - Pulso de grande amplitude (magnus) e regular.

26-11-2023 16:00 - Localização do Pulso

26-11-2023 16:00 - Braço Esquerda(o)

26-11-2023 16:00 - Frequência do pulso: 125 pulsações por minuto.

26-11-2023 21:45 - Local de avaliação da pressão sanguínea

26-11-2023 21:45 - Membro superior Direita(o)

26-11-2023 21:45 - Pressão sanguínea sistólica: 93 mmHg.

26-11-2023 21:45 - Pressão sanguínea diastólica: 71 mmHg.

26-11-2023 16:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

26-11-2023 16:00 - Membro superior Esquerda(o)

26-11-2023 16:00 - Pressão sanguínea sistólica: 109 mmHg.

26-11-2023 16:00 - Pressão sanguínea diastólica: 73 mmHg.

26-11-2023 21:45 - Temperatura corporal periférica

26-11-2023 21:45 - Ouvido: 36.90 °C.

26-11-2023 16:00 - Temperatura corporal periférica

26-11-2023 16:00 - Região axilar: 36.70 °C.

**26-11-2023 16:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo**

26-11-2023 16:00 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia

26-11-2023 16:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [De 4 em 4 horas e em SOS]

**26-11-2023 16:00 - Promover papel parental especial: gestão do procedimento invasivo**

26-11-2023 16:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre procedimento invasivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

26-11-2023 21:45 - Conhecimento da mãe/pai sobre procedimento invasivo: facilitador [MELHOROU].

**26-11-2023 16:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre procedimento invasivo [RESOLVIDO] 26-11-2023 21:45**

26-11-2023 16:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre gestão do procedimento invasivo [Após informoterapia sobre o procedimento invasivo] [FIM] 26-11-2023 21:45

26-11-2023 16:00 - Ensinar mãe/pai sobre circuito [Agora] [FIM] 26-11-2023 21:45

26-11-2023 16:00 - Ensinar mãe/pai sobre procedimento anestésico [Agora] [FIM] 26-11-2023 21:45

26-11-2023 16:00 - Ensinar mãe/pai sobre procedimento cirúrgico [Agora] [FIM] 26-11-2023 21:45

26-11-2023 16:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: gestão do procedimento invasivo [Após os indicadores de processo serem facilitadores]

**26-11-2023 16:00 - Regime de nada pela boca**

**26-11-2023 21:45 - Promover adesão: regime de nada pela boca**

26-11-2023 21:45 - Conhecimento sobre necessidade de manter regime de nada pela boca: facilitador [MANTEVE].

26-11-2023 21:45 - *Avaliar evolução da adesão ao regime de nada pela boca*

**26-11-2023 16:00 - Promover papel parental especial: adesão ao regime de nada pela boca**

26-11-2023 16:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre necessidade de o cliente manter regime de nada pela boca: facilitador.

26-11-2023 21:45 - Conhecimento da mãe/pai sobre necessidade de o cliente manter regime de nada pela boca: facilitador [MANTEVE].

26-11-2023 16:00 - *Avaliar evolução do papel parental especial: adesão ao regime de nada pela boca [No período pós-operatório]*

**Sondas, Drenos e Cateteres**

26-11-2023 16:00

**26-11-2023 16:00 - Cateter venoso periférico**

26-11-2023 21:45 - Localização do cateter venoso periférico

26-11-2023 21:45 - Mão Direita(o)

26-11-2023 21:45 - Características do dispositivo: 24G.

26-11-2023 21:45 - Ausência de dor.

26-11-2023 21:45 - Ausência de calor.

26-11-2023 21:45 - Ausência de rubor.

26-11-2023 21:45 - Ausência de tumefação.

26-11-2023 21:45 - Ausência de exsudado.

26-11-2023 21:45 - Ausência de infiltração.

26-11-2023 16:00 - Localização do cateter venoso periférico

26-11-2023 16:00 - Mão Direita(o)

26-11-2023 16:00 - Características do dispositivo: 24G.

26-11-2023 16:00 - Ausência de dor.

26-11-2023 16:00 - Ausência de calor.

26-11-2023 16:00 - Ausência de rubor.

26-11-2023 16:00 - Ausência de tumefação.

26-11-2023 16:00 - Ausência de exsudado.

26-11-2023 16:00 - Ausência de infiltração.

**26-11-2023 16:00 - Assegurar funcionamento do cateter**

26-11-2023 16:00 - *Otimizar cateter venoso periférico [1x turno]*

**26-11-2023 16:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico**

26-11-2023 16:00 - *Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico*

26-11-2023 16:00 - *Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico*

**26-11-2023 16:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico**

26-11-2023 16:00 - *Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico*

26-11-2023 16:00 - Trocar cateter venoso periférico [SOS]

#### **5.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.**

Relativamente ao procedimento invasivo os aspetos relevantes remetem à preparação pré-operatória e aos cuidados pós-operatórios, sendo que constituem os momentos nos quais intervi neste caso clínico.

##### **Preparação pré-operatória**

Neste período, os cuidados de enfermagem, segundo Noetzold, et al. (2022), devem focar-se em:

- Determinar as conformidades das diretrizes pré-operatórias: confirmação do nome da criança, local anatómico e procedimento cirúrgico, verificação de exames preparatórios, análises sanguíneas, jejum entre 2 e 4 horas, alergias e parâmetros vitais (DGS, 2010a).
- Questionar as necessidades de informação dos pais e da criança. No estudo Evaluation of Preoperative Information Needs in Pediatric Anesthesiology, as informações mais solicitadas foram sobre dieta pós-operatória, recuperação da anestesia, gestão da dor e duração da anestesia (Bogusaite, 2018).
- Gerir a ansiedade e o medo tanto da criança quanto dos pais. Estas emoções podem ser minimizadas com a explicação simplificada do procedimento.

##### **Período pós-operatório:**

Segundo, Monroe (2014), no pós-operatório os cuidados de enfermagem devem atentar aos seguintes aspetos:

- Confirmar se o leito está pronto;
- Confirmar se as bombas e suportes de soro, aparelho de aspiração de secreções e fluxómetro de oxigénio estão preparados e junto ao leito;
- Monitorizar sinais vitais (tensão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigénio e dor) com frequência de 2 em 2 ou de 4 em 4 horas, por forma a prevenir complicações decorrentes do procedimento, confirmando posteriormente a solicitação do cirurgião.
- Observar o local cirúrgico e registar as características;
- Avaliar perda sanguínea;
- Avaliar as características da pele;
- Avaliar o estado de consciência e a atividade;
- Informar o médico se ocorrer qualquer irregularidade na situação clínica da criança;
- Avaliar sinais de infeção (hiperemia, dor, calor, edema e secreção purulenta).

Contudo, a presença e remoção de uma pilha do canal auditivo implica outros cuidados e

vigilâncias de enfermagem derivado às complicações que lhe estão associadas, nomeadamente: perfurações, fístulas, escoriações, infeções (como otite externa), hemorragias, lesões locais, como queimaduras de 2º e 3º grau na pele do canal auditivo externo, necrose de liquefação do tecido circundante, otite externa maligna, condrite, lesão do nervo facial, erosão ossicular, necrose da parede medial do ouvido médio (pode levar à surdez neurosensorial e danos no labirinto vestibular), lacerações, hematoma do canal auditivo, perfuração da membrana timpânica, estenose do canal auditivo externo e rutura dos ossículos, osteomielite do osso temporal e morte (Araújo, et al., 2023; Hernot, Yadav, Kathuria, & Kaintura, 2016; Vincent, Daniel, & Papsin, 2003; Balbani AP, 1998; Bressler K, 1993). Desta forma, é fundamental a vigilância do estado de consciência, de ocorrência de perda sanguínea na orofaringe e no ouvido, da dor, da ferida traumática (sinais de infeção), acuidade visual e auditiva, assim como, do equilíbrio da criança, dado o risco de lesão do aparelho vestibular, os quais identifiquei nesta conceção de cuidados, sendo que constituíram aspetos da minha atenção durante a intervenção a esta criança.

### **Determinar evolução da administração pelo cateter**

Os cuidados de enfermagem englobam a introdução, manutenção e remoção. Na introdução do cateter a experiência na punção venosa e o conhecimento do profissional sobre o sistema tegumentar, a espessura da pele de cada local de punção e do sistema vascular da criança é fundamental para que a punção seja bem-sucedida à primeira tentativa e para que o cateter se mantenha funcionante durante mais tempo. Desta forma, pode diminuir-se o impacto dos procedimentos dolorosos e minimizar a ansiedade e o medo causados pela hospitalização (Dantas, et al., 2021).

No que concerne à manutenção do cateter, com o intuito de assegurar o seu bom funcionamento, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVS) (2022), recomenda:

- A utilização de seringas de 10 ml para o flushing, com o intuito de gerar baixa pressão no lúmen;
- Que, em caso de sentir resistência na administração, não se force o flushing com seringas que causem elevada pressão no lúmen. Verificar sempre se estão clamps fechados ou linhas dobradas;
- A utilização de técnica de pressão positiva para a minimização do retorno de sangue para o cateter;
- Que o profissional respeite a sequência: flushing, fechar o clamp e desconectar a seringa para que o refluxo de sangue seja minimizado;
- A não utilização de água estéril para testar a permeabilidade;
- Quanto à remoção do cateter venoso periférico, a avaliação diária da necessidade de manter o cateter venoso periférico;
- A troca do cateter em caso de suspeita de contaminação, complicações ou mau funcionamento.

Em pediatria a remoção do cateter é apenas indicada quando se indicações clínicas.

### **Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico**

As complicações relacionadas com o cateter venoso periférico podem ter manifestações locais ou sistêmicas e definem-se como eventos adversos. As complicações minor incluem obstrução do cateter, remoções acidentais, fobia a agulhas e dor. Por sua vez, as complicações major, são hematomas, flebites, infiltrações e extravasamentos, os que se constituem as mais frequentes (Danski, et. al, 2016).

A flebite é uma inflamação da veia onde está inserido o cateter venoso e pode ser classificada como, mecânica, química, infecciosas e tromboflebite. A mecânica é provocada, por exemplo, pela incorreta fixação do cateter. A química é causada pela reação aos fármacos ou ao próprio dispositivo. A infecciosa é caracterizada pelo surgimento de inflamação ou irritação da veia provocada por microrganismos. E a tromboflebite é a presença de um trombo que provoca a inflamação da veia (Gorski, et al., 2021).

A infiltração é definida como a administração de fluidos parentéricos no espaço extravascular, causando, sinais inflamatórios locais (dor, rubor, calor, edema, endurecimento), falta de retorno venosos, descoloração da pele e redução da mobilidade do membro, podendo em situações mais graves causar necrose dos tecidos (Jie, et al., 2021).

O extravasamento ocorre quando o fármaco administrado é altamente agressivo, danificando a parede da veia, o que conduz à sua rotura e ao extravasamento da medicação para o espaço extravascular, podendo causar edema, flictenas ou necrose nos tecidos circundantes (Gorski, et al., 2021).

A infeção é das complicações menos incidentes e pode relacionar-se tanto com a microflora cutânea, a incorreta desinfecção do local de punção, a incorreta utilização da técnica de higienização das mãos do profissional, a técnica para inserção do cateter, a contaminação durante a sua inserção e o tipo de material utilizado (OE, 2017a).

Portanto, a prevenção da ocorrência destas complicações passa pela realização de uma correta fixação do cateter, a implementação das técnicas de higienização das mãos e desinfecção do local de inserção do cateter protocoladas, seleção do cateter mais adequado para a finalidade terapêutica, implementação dos conhecimentos sobre os sistemas tegumentar e vascular da criança, assim como, das competências técnicas de inserção de cateter venoso periférico adquiridas na prática, e pela explicação à criança e aos pais que a manutenção do cateter é extremamente importante, para não ter que passar por uma nova punção, não utilizar solução de soluções em grandes volumes, como frascos ou bolsas de soro. Também se deve realizar a desinfecção da superfície dos conectores antes do flushing e lock do cateter.

A referenciação das complicações ao médico permite a identificação da origem de algumas

alterações da condição clínica que possam derivar de complicações com o acesso vascular da criança e possibilita o tratamento de complicações *major*.

## 5.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
26-11-2023 16:00	Consciência	
26-11-2023 16:00	Equilíbrio estático	
26-11-2023 16:00	Equilíbrio dinâmico	
26-11-2023 16:00	Sensações somáticas	
26-11-2023 16:00	Visão	
26-11-2023 16:00	Audição	
26-11-2023 16:00	Sistema respiratório	
26-11-2023 16:00	Eliminação intestinal	
26-11-2023 16:00	Eliminação urinária	
26-11-2023 16:00	Pele e mucosas	
26-11-2023 16:00	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
26-11-2023 16:00	Desenvolvimento psicomotor	
26-11-2023 16:00	Desenvolvimento físico	
26-11-2023 16:00	Infância pré-escolar	
26-11-2023 16:00	Atitudes terapêuticas	
26-11-2023 16:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
26-11-2023 16:00	Emoção	
26-11-2023 16:00	Digestão	

### 5.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

A lesão do aparelho auditivo resultante da introdução de uma pilha pode afetar o sistema nervoso, a pele e a função do aparelho auditivo, que pode ter repercussões a nível da **consciência, do equilíbrio dinâmico e estático, da visão, da audição e pele e mucosas**.

Com o intuito de negar a hipótese diagnóstica de um compromisso, foram selecionados os domínios correspondentes na presente conceção de cuidados.

Esta situação clínica exige a monitorização dos sinais vitais, uma vez que se desconhece a gravidade da lesão cerebral (não visível) e do sistema nervoso desta criança, assim como pode causar dor e desconforto e inclusive, evoluir para um quadro infeccioso ou morte. Desta forma, foram identificados os domínios **sensações somáticas e sistema respiratório** nesta conceção, com o objetivo de negar a hipótese diagnóstica de um compromisso. Em concomitância, foi identificado o domínio **atitudes terapêuticas**, como forma de registo dos dados recolhidos das avaliações realizadas no âmbito do procedimento cirúrgico.

Sendo que esta condição pode afetar ainda mais o desenvolvimento desta criança é fundamental a realização da sua avaliação, para a identificação precoce de alterações que motivem a intervenção atempada e ajustada. Para além disso, respeitante à parentalidade especial, os pais desta criança necessitam de adquirir conhecimento, capacidade e autoeficácia no âmbito do papel parental especial para responderem adequadamente às necessidades especiais decorrentes da condição atual da criança com foco no desenvolvimento infantil, que estão incluídas no domínio desenvolvimento psicomotor. Por estas razões foi considerado pertinente a identificação dos domínios **desenvolvimento físico e psicomotor**.

O estabelecimento da ligação entre os pais e a criança contribui para a diminuição do impacto negativo deste evento crítico, que implicou a hospitalização da criança. A criação de laços afetivos constitui um fator facilitador para a transição saúde-doença do cliente e para a transição para a parentalidade especial, pelo que seleccionei o domínio **comportamentos de ligação mãe/pai-filho**.

O contexto de urgência, por constituir um espaço diferente para a criança comparativamente ao ambiente domiciliar, onde se executam procedimentos terapêuticos e dolorosos e alteram os horários de rotinas, é um ambiente gerador de medo e ansiedade na criança, pelo que foi selecionado o domínio **emoção**. Neste contexto, a criança perde o controlo do que irá acontecer, o que pode ter impacto nos seus padrões habituais de eliminação. Por esta razão, foram identificados os domínios **eliminação intestinal e urinária** nesta conceção de cuidados.

O domínio **infância pré-escolar** foi selecionado uma vez que corresponde à faixa etária do cliente do presente caso clínico o qual tem necessidades típicas da sua fase de desenvolvimento humano integradas neste domínio (Monroe, 2014). Apesar da criança apresentar alterações no seu desenvolvimento infantil mantém necessidades intrínsecas à sua fase desenvolvimental infância pré-escolar, para as quais os pais devem estar dotados de conhecimentos, capacidades e autoeficácia para responderem de forma adequada, no exercício do seu papel parental desenvolvimental, o que se encontra expresso neste domínio.

Face à farmacologia administrada seleccionei os domínios **digestão e eliminação intestinal**, para vigilância de efeitos secundários.

## 5.6. Conceção de Cuidados

### Consciência

26-11-2023 16:00

26-11-2023 16:00 - Consciente.

#### **26-11-2023 16:00 - Determinar sinais de alteração da consciência**

*26-11-2023 16:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência*

26-11-2023 21:45

26-11-2023 21:45 - Consciente.

### **Equilíbrio estático**

26-11-2023 16:00

26-11-2023 16:00 - Estabilidade postural sentado sem apoio.

26-11-2023 16:00 - Controlo postural em pé: Estabilidade postural sem apoio.

### **26-11-2023 16:00 - Determinar evolução do equilíbrio estático**

*26-11-2023 16:00 - Avaliar evolução do equilíbrio estático [Quando a criança estiver capaz de se sentar]*

26-11-2023 21:45

26-11-2023 21:45 - Estabilidade postural sentado sem apoio [MANTEVE].

### **Equilíbrio dinâmico**

26-11-2023 16:00

26-11-2023 16:00 - Controlo postural em movimento: Estabilidade postural em movimento.

### **26-11-2023 16:00 - Determinar evolução do equilíbrio dinâmico**

*26-11-2023 16:00 - Avaliar evolução do equilíbrio dinâmico [Agora e após o primeiro levante]*

### **Sensações somáticas**

26-11-2023 16:00

26-11-2023 16:00 - Manifesta dor.

### **26-11-2023 16:00 - Dor**

26-11-2023 16:00 - Localização da dor

26-11-2023 16:00 - Ouvido Esquerda(o)

26-11-2023 16:00 - Intensidade da dor - 6.

26-11-2023 16:00 - frequência da dor - intermitente.

26-11-2023 16:00 - duração da dor - aguda.

### **26-11-2023 16:00 - Determinar evolução da dor**

*26-11-2023 16:00 - Avaliar evolução da dor [De 4 em 4 horas e em SOS]*

### **26-11-2023 16:00 - Diminuir dor**

*26-11-2023 16:00 - Gerir analgesia [De 6 em 6 horas e em SOS]*

*26-11-2023 21:45 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [SOS]*

26-11-2023 21:45

26-11-2023 21:45 - Sem manifestação de dor [MELHOROU].

### **Visão**

26-11-2023 16:00

26-11-2023 16:00 - Acuidade visual

26-11-2023 16:00 - Bilateral: sem compromisso.

### **26-11-2023 16:00 - Determinar evolução da visão**

*26-11-2023 16:00 - Avaliar evolução da visão [Quando a criança despertar da anestesia]*

*26-11-2023 16:00 - Referenciar compromisso da visão ao médico*

26-11-2023 21:45

26-11-2023 21:45 - Acuidade visual

26-11-2023 21:45 - Bilateral: sem compromisso.

## **Audição**

26-11-2023 21:45

26-11-2023 21:45 - Acuidade auditiva

26-11-2023 21:45 - Esquerda(o): perda parcial aguda.

### **26-11-2023 21:45 - Audição comprometida**

#### **26-11-2023 21:45 - Determinar evolução da audição**

*26-11-2023 21:45 - Avaliar evolução da audição*

#### **26-11-2023 21:45 - Promover comunicação**

*26-11-2023 21:45 - Implementar estratégias facilitadoras da audição*

## **Sistema respiratório**

26-11-2023 16:00

26-11-2023 16:00 - Frequência respiratória: 25 ciclos/min.

26-11-2023 16:00 - Ritmo respiratório regular.

26-11-2023 16:00 - Movimento respiratório simétrico.

26-11-2023 16:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

26-11-2023 16:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

26-11-2023 16:00 - Sem adejo nasal.

26-11-2023 16:00 - Saturação do oxigênio no sangue

26-11-2023 16:00 - Periférico(a): 100 %.

### **26-11-2023 16:00 - Determinar evolução da ventilação**

*26-11-2023 16:00 - Avaliar evolução da ventilação [De 4 em 4 horas e em SOS]*

26-11-2023 21:45

26-11-2023 21:45 - Frequência respiratória: 27 ciclos/min.

26-11-2023 21:45 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

26-11-2023 21:45 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

26-11-2023 21:45 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].

26-11-2023 21:45 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

26-11-2023 21:45 - Sem adejo nasal.

26-11-2023 21:45 - Saturação do oxigênio no sangue

26-11-2023 21:45 - Central: 98 %.

## **Digestão**

26-11-2023 16:00

26-11-2023 16:00 - Sem refluxo dos alimentos deglutidos.

26-11-2023 16:00 - Sem vômitos.

### **26-11-2023 16:00 - Determinar vômitos**

*26-11-2023 16:00 - Avaliar evolução do vomitar*

26-11-2023 21:45

26-11-2023 21:45 - Sem vômitos.

## **Eliminação intestinal**

26-11-2023 16:00

26-11-2023 16:00 - Ausência de dejeções.

### **26-11-2023 16:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal**

*26-11-2023 16:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [1x turno]*

26-11-2023 21:45

26-11-2023 21:45 - Ausência de dejeções [MANTEVE].

### **Eliminação urinária**

26-11-2023 16:00

26-11-2023 16:00 - Urina em moderada quantidade.

26-11-2023 16:00 - Cor da urina: incolor.

26-11-2023 16:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

26-11-2023 16:00 - Transparência da urina: Límpida.

26-11-2023 16:00 - Frequência da eliminação urinária: normal .

26-11-2023 16:00 - Reconhece a vontade de urinar.

26-11-2023 16:00 - Eliminação urinária involuntária ausente.

### **26-11-2023 16:00 - Determinar evolução da eliminação urinária**

*26-11-2023 16:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [1x turno]*

### **Pele e mucosas**

26-11-2023 16:00

26-11-2023 16:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

### **26-11-2023 16:00 - Ferida traumática**

26-11-2023 21:45 - Localização da ferida traumática

26-11-2023 21:45 - Ouvido Esquerda(o)

26-11-2023 21:45 - Exsudado em pequena quantidade.

26-11-2023 21:45 - Tipo de exsudado da lesão tegumentar: sero hemático.

26-11-2023 21:45 - Consistência do exsudado da lesão tegumentar: viscosa.

26-11-2023 21:45 - Cheiro do exsudado da lesão tegumentar: "sui generis".

26-11-2023 21:45 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: ruborizada.

26-11-2023 21:45 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: aumentada.

26-11-2023 21:45 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: elevada.

26-11-2023 16:00 - Localização da ferida traumática

26-11-2023 16:00 - Ouvido Esquerda(o)

26-11-2023 16:00 - Exsudado em pequena quantidade.

26-11-2023 16:00 - Tipo de exsudado da lesão tegumentar: sero hemático.

26-11-2023 16:00 - Consistência do exsudado da lesão tegumentar: aquoso.

26-11-2023 16:00 - Cheiro do exsudado da lesão tegumentar: "sui generis".

26-11-2023 16:00 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

26-11-2023 16:00 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: aumentada.

26-11-2023 16:00 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: elevada.

### **26-11-2023 16:00 - Determinar evolução da ferida traumática**

*26-11-2023 16:00 - Avaliar evolução da ferida traumática*

26-11-2023 21:45

26-11-2023 21:45 - Alterações da integridade dos tecidos.

### **Emoção**

26-11-2023 16:00

- 26-11-2023 16:00 - Não verbaliza ansiedade.
- 26-11-2023 16:00 - Manifestação de inquietação.
- 26-11-2023 16:00 - Sem manifestação de irritabilidade.
- 26-11-2023 16:00 - Sem manifestação de pânico .

**26-11-2023 16:00 - Ansiedade**

**26-11-2023 16:00 - Determinar evolução da ansiedade**

*26-11-2023 16:00 - Avaliar evolução da ansiedade*

26-11-2023 21:45

- 26-11-2023 21:45 - Não verbaliza ansiedade [MANTEVE].
- 26-11-2023 21:45 - Sem manifestação de inquietação [MELHOROU].
- 26-11-2023 21:45 - Manifestação de irritabilidade [PIOROU].
- 26-11-2023 21:45 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].

**Comportamentos de ligação mãe/pai-filho**

26-11-2023 16:00

26-11-2023 16:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

**26-11-2023 16:00 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho**

*26-11-2023 16:00 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho*

26-11-2023 21:45

26-11-2023 21:45 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador [MANTEVE].

**Desenvolvimento psicomotor**

26-11-2023 16:00

- 26-11-2023 16:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme.
- 26-11-2023 16:00 - Desenvolvimento da função motora fina: sem sinais de alarme.
- 26-11-2023 16:00 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme.
- 26-11-2023 16:00 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme.
- 26-11-2023 16:00 - Desenvolvimento da linguagem: com sinais de alarme.
- 26-11-2023 16:00 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: com sinais de alarme.

**26-11-2023 16:00 - Desenvolvimento infantil**

26-11-2023 16:00 - Linguagem incompreensível ou substituições fonéticas ou gaguez (aos 5 anos), Perturbação do comportamento (aos 5 anos).

**26-11-2023 16:00 - Determinar evolução do desenvolvimento infantil**

*26-11-2023 16:00 - Avaliar evolução do desenvolvimento infantil*

*26-11-2023 16:00 - Avaliar evolução dos sinais de alarme relativos ao desenvolvimento infantil*

**26-11-2023 16:00 - Promover papel parental especial: adesão às estratégias promotoras do desenvolvimento infantil**

- 26-11-2023 16:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- 26-11-2023 21:45 - Conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil: facilitador [MELHOROU].
- 26-11-2023 16:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o

desenvolvimento infantil: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

26-11-2023 21:45 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

26-11-2023 16:00 - Significado atribuído pela mãe/pai ao estado do desenvolvimento infantil: não dificultador.

26-11-2023 21:45 - Significado atribuído pela mãe/pai ao estado do desenvolvimento infantil: não dificultador [MANTEVE].

26-11-2023 16:00 - Significado atribuído pela mãe/pai às atividades promotoras do desenvolvimento infantil: não dificultador.

26-11-2023 21:45 - Significado atribuído pela mãe/pai às atividades promotoras do desenvolvimento infantil: não dificultador [MANTEVE].

**26-11-2023 16:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre desenvolvimento infantil** [RESOLVIDO] 26-11-2023 21:45

*26-11-2023 16:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil [Após informoterapia sobre desenvolvimento infantil] [FIM] 26-11-2023 21:45*

*26-11-2023 16:00 - Ensinar mãe/pai sobre progressão da linguagem no desenvolvimento infantil [Sem horário] [FIM] 26-11-2023 21:45*

*26-11-2023 16:00 - Ensinar mãe/pai sobre progressão psicoafetiva e da socialização [Sem horário] [FIM] 26-11-2023 21:45*

**26-11-2023 16:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil**

*26-11-2023 16:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil [Após informoterapia sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil]*

*26-11-2023 16:00 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil na infância pré-escolar*

*26-11-2023 16:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: adesão às estratégias promotoras do desenvolvimento infantil [Após os indicadores de processo serem facilitadores]*

26-11-2023 21:45

26-11-2023 21:45 - Desenvolvimento da função motora fina: sem sinais de alarme [MANTEVE].

26-11-2023 21:45 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme [MANTEVE].

26-11-2023 21:45 - Desenvolvimento da audição: com sinais de alarme [PIOROU].

26-11-2023 21:45 - Desenvolvimento da linguagem: com sinais de alarme [MANTEVE].

26-11-2023 21:45 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: com sinais de alarme [MANTEVE].

**Desenvolvimento físico**

26-11-2023 16:00

26-11-2023 16:00 - Peso: 19.20 Kg.

26-11-2023 16:00 - Percentil do peso: P(1).

26-11-2023 16:00 - Comprimento/Altura: 109.70 cm.

26-11-2023 16:00 - Percentil do comprimento: P(5).

26-11-2023 16:00 - Índice de massa corporal: 15.95 Kg/m<sup>2</sup>.

26-11-2023 16:00 - Percentil do índice de massa corporal: P(1).

### **26-11-2023 16:00 - Determinar evolução do crescimento**

*26-11-2023 16:00 - Avaliar evolução do crescimento*

#### **Infância pré-escolar**

26-11-2023 16:00

### **26-11-2023 16:00 - Infância pré-escolar**

## **5.7. Especificação das intervenções**

Avaliar evolução do desenvolvimento infantil

- Postura e motricidade global (Fica num pé 8 a 10 segundos com os braços cruzados e salta alternadamente num pé (numa distância de 2 a 3 metros; apresenta coordenação motora com objetos; desce escadas com alternância) (DGS, 2013).
- Visão e motricidade fina (Constrói quatro degraus com 10 cubos após a demonstração; copia o quadrado e o triângulo; conta 5 dedos de uma mão; nomeia 4 ou mais cores e combina até 10 cores; desenha a figura humana; corta com tesoura) (DGS, 2013).
- Audição e linguagem (Sabe o nome completo, a idade, morada e a data de nascimento; vocabulário fluente e articulação correta; usa o tempo futuro; discurso de fácil compreensão (90-100%); reproduz os fonemas "s", "r", "lh", "cr", "dr" e "fr") (DGS, 2013; Antunes, 2022).
- Comportamento e adaptação social (Veste-se sozinho(a); lava as mãos e a cara e limpa-se sozinho(a); escolhe os amigos; compreende as regras do jogo, diferencia o real da fantasia; mostra preocupação e simpatia pelos outros) (DGS, 2013).
- Cognitivo (Concentra-se mais tempo; percebe o que são opostos) (Antunes, 2022).
- Perceção sensorial (Coordena ambos os lados do corpo; apresenta fluidez do movimento; controla a postura; apresenta um timing de resposta adequado; apresenta movimentos compensatórios dos olhos, sendo capaz de focar o alvo) (Serrano, 2023).

Avaliar evolução da visão

- Segue o movimento do dedo com o olhar?

Avaliar evolução da ligação mãe-filho

- Comportamentos de afetividade
- Comportamentos de responsividade

Ensinar mãe/pai sobre progressão psicoafetiva e da socialização

- Compreende as regras do jogo (DGS, 2013).
- Progressiva aquisição de autonomia no autocuidado: veste-se sozinho(a); lava as mãos e a cara e limpa-se sozinho(a) (DGS, 2013).
- Escolhe os amigos (DGS, 2013).

- Diferencia o real da fantasia (Antunes, 2022).
- Mostra preocupação e simpatia pelos outros (Antunes, 2022).

Ensinar mãe/pai sobre progressão da linguagem no desenvolvimento infantil

- Sabe o nome completo, a idade, morada e a data de nascimento (DGS, 2013).
- Vocabulário fluente e articulação correta (DGS, 2013).
- Utiliza o tempo futuro (Antunes, 2022).
- Discurso de fácil compreensão (90-100%) (Antunes, 2022).
- Reproduz os fonemas "s", "r", "lh", "cr", "dr" e "fr" (Antunes, 2022).

Ensinar mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil na infância pré-escolar

- Selecionar os programas televisivos /computador e delimitar o horário e o período de tempo (DGS, 2013).
- Não ridicularizar os presumíveis medos /pesadelos /fobias, ajudando a resolver o sentimento de impotência (DGS, 2013).
- Continuar a proporcionar atividades que permitam à criança desenvolver a área motora (DGS, 2013).
- Ensinar-lhe a recortar e colar triângulos, quadrados e círculos de vários tamanhos e formar figuras (DGS, 2013).
- Pedir para que explique o significado de palavras simples e incentivar para que pergunte aquelas que não conhece (DGS, 2013).
- Continuar a proporcionar à criança responsabilidade, como por exemplo: ajudar em casa, dar recados, participar na confecção das refeições (DGS, 2013).
- Observar o comportamento da criança e analisá-lo com ela para incutir regras, impor limites e ajudar a criança a lidar com os impulsos (roubo, mentira) (DGS, 2013).
- Promover a participação em jogos para a promoção da sua personalidade (saber lidar com a timidez, submissão, vaidade, liderança, etc.) (DGS, 2013).
- Promover a tomada de decisão da criança através da criança de problemas, nomeadamente, dar objetos completos para a realização de uma atividade, como, dar um papel e não dar os lápis para desenhar e pintar.
- Incentivar o contacto com outras crianças fora do ambiente escolar e promover o desenvolvimento sensoriomotor, por exemplo, idas ao parque.

Otimizar cateter venoso periférico

- Realizar um flushing com 2-3ml de NaCl em seringa de 10ml

Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico

- Trocar o penso se não estiver íntegro

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

- Observar características da pele e atentar a sinais de infeção, hematoma, flebite, infiltração e extravasamento.

Avaliar evolução dos sinais de alarme relativos ao desenvolvimento infantil

- Hiperativo, distraído, dificuldade de concentração (DGS, 2013).

- Linguagem incompreensível, substituições fonéticas e gaguez. Não compreende os conceitos “igual” e “diferentes”. Usa a terceira pessoa em vez da primeira pessoa (DGS, 2013; Antunes, 2022).
- Estrabismo ou suspeita de déficit visual (DGS, 2013).
- Perturbação do comportamento (DGS, 2013).
- Não salta (Antunes, 2022).
- Demonstra interação social insuficiente (Antunes, 2022).
- Apresenta hipersensibilidade tátil, visual, gustativa e olfativa e a atividades que impliquem o equilíbrio (Serrano, 2023).
- Apresenta hipossensibilidade tátil, visual, gustativa e olfativa e a atividades que impliquem o equilíbrio (Serrano, 2023).
- Tem dificuldades na discriminação auditiva e visual (Serrano, 2023).
- A criança adota comportamentos excessivos para procurar mais informação propriocetiva (Serrano, 2023).
- Tem dificuldade no controlo da postura, no movimento, coordenação e equilíbrio (Serrano, 2023).

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre gestão do procedimento invasivo

- Procedimento anestésico
- Procedimento cirúrgico
- Circuito

Ensinar mãe/pai sobre circuito

- Serviço de Urgência para preparação para cirurgia urgente, com o acompanhamento da mãe
- Transferência do criança para o bloco operatório com o acompanhamento da mãe
- Bloco operatório para a realização do procedimento invasivo
- Transferência da criança para o serviço de urgência com o acompanhamento da mãe
- Permanência no Serviço de Urgência para vigilância no período pós-operatório imediato

Ensinar mãe/pai sobre procedimento anestésico

- Anestesia geral, para a criança não sentir a realização do procedimento, nem sentir dor

Ensinar mãe/pai sobre procedimento cirúrgico

- Preparação pré-operatória
- Remoção do corpo estranho
- Colocação de um penso compressivo
- Consequências do procedimento na criança
- Cuidados pós-operatórios

Avaliar evolução da audição

- Responde à chamada de ambos os lados
- Teste de Weber com o diapasão

Implementar estratégias facilitadoras da audição

- Dialogar com a criança de frente para ela

- Pronunciar as palavras com movimento labial ligeiramente acentuado
- Utilizar a comunicação não verbal para complementar a comunicação verbal
- Utilizar imagens

Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

- Gerir o ambiente
- Técnica de distração através de vídeos, jogos

Avaliar evolução da adesão ao regime de nada pela boca

- A criança pede comida ou bebida?

## 5.8. Síntese relativa ao caso

Para os aspetos dos processos corporais como, por exemplo, a dor os resultados esperados correspondem à modificação da condição dos mesmos.

Relativamente aos aspetos do processo adaptativo apresentam-se os resultados esperado, organizados por tipo de diagnóstico.

### **Indicadores de resultado**

#### Diagnóstico:

Potencial para melhorar o conhecimento da mãe sobre procedimento invasivo

#### Indicadores de resultado:

- Que a mãe verbalize que a criança realiza a preparação pré operatória no serviço de urgência, será transferida para o bloco operatório para a realização do procedimento e regressa ao serviço de urgência para vigilância no pós-operatório imediato.
- Que a mãe verbalize que o procedimento se trata da remoção de um corpo estranho do ouvido, que poderá causar lesões com consequente perda auditiva.
- Que a mãe verbalize que a criança estará sob anestesia geral durante a realização do procedimento.

#### Diagnóstico:

Potencial para melhorar o conhecimento da mãe sobre desenvolvimento infantil

#### Indicadores de resultado:

- Que a mãe verbalize que nesta faixa etária é esperado que o seu filho desenvolva capacidades e competências de postura e motricidade global devendo ser capaz de saltar, correr, andar, escalar, descer e subir escadas.
- Que a mãe verbalize que nesta faixa etária é esperado que o seu filho desenvolva

capacidades e competências de motricidade fina e visuais, devendo ser capaz de realizar construções com legos e cubos após demonstração, copiar figuras geométricas, contar os 5 dedos da mão; nomear e combinar cores, desenhar a figura humana com todos os elementos corporais, ainda que possa não desenhar o tamanho correto e equilibrado, e cortar com tesoura.

- Que a mãe verbalize que nesta faixa etária é esperado que o seu filho desenvolva capacidades e competências de linguagem e audição, devendo saber o nome completo, a idade, a morada e a data de nascimento, ter um vocabulário fluente e com articulação correta, utilizando o tempo futuro, um discurso de fácil compreensão e reproduzir fonemas "s", "r", "lh", "cr", "dr" e "fr".
- Que a mãe verbalize que nesta faixa etária é esperado que o seu filho desenvolva capacidades e competências cognitivas devendo ser capaz de se concentrar mais tempo e perceber o que são opostos.
- Que a mãe verbalize que nesta faixa etária é esperado que o seu filho desenvolva capacidades e competências comportamentais e de adaptação social, devendo ser capaz de se vestir sozinho(a); lavar as mãos e a cara e limpar-se sozinho(a); escolher os amigos; compreender as regras do jogo, diferenciar o real da fantasia; mostrar preocupação e simpatia pelos outros.
- Que a mãe nesta faixa etária, é esperado que o seu filho desenvolva capacidades e competências perceptivas e sensoriais, devendo ser capaz de coordenar ambos os lados do corpo; apresentar fluidez do movimento; controlar a postura; apresentar um timing de resposta adequado; apresentar movimentos compensatórios dos olhos, focando o alvo

#### Diagnóstico:

Potencial para melhorar o conhecimento da mãe sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil

#### Indicadores de resultado:

- Que a mãe verbalize que coloca em prática as estratégias que lhe foram ensinadas na intervenção ensinar mãe sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil na infância pré-escolar.

Na educação parental sobre estas estratégias reforcei a necessidade da prática mais frequente e incisiva de estratégias centradas no desenvolvimento da linguagem e adaptação social, no sentido de promover a aquisição de competências e capacidades da criança nestas áreas, que a mãe referiu serem as que o seu filho tinha maior dificuldade.

#### **Justificação da tomada de decisão**

A mãe referiu que o seu filho tinha atraso no desenvolvimento, sendo seguido em consulta do desenvolvimento infantil e em terapia ocupacional em contexto de jardim de infância. As dificuldades desta criança referidas pela mãe são nas áreas da socialização e da linguagem,

mais especificamente na linguagem expressiva, mas, segundo a mãe, a criança era capaz de dizer algumas palavras e de comunicar com ela, que entendia a sua linguagem própria. No entanto, ao nosso contacto, a resposta a qualquer tentativa de comunicação era o seu silêncio e afastamento. O mutismo, nesta situação, pode estar relacionado com o estilo de confronto da criança perante este evento crítico, com necessidade de hospitalização, uma vez que a criança não apresentava este comportamento no seu meio social. A criança poderia adotar o estilo de confronto repressivo, o qual a OE atribui o significado de evicção ativa da criança em questionar sobre o que irá acontecer (OE, 2011a).

Era o seu primeiro contacto com a realização de procedimentos invasivos e de uma cirurgia, mas, esta criança apenas demonstrou as suas emoções, através do choro, no momento da punção venosa periférica, ficando posteriormente calma perante todas as restantes intervenções. Tendo esta cirurgia um carácter urgente, pouco é o tempo disponível para adquirir a confiança da criança. No entanto, sendo esta fase desenvolvimental caracterizada por sentimentos de culpa e medo, relacionado com o pensamento de punição sobre as intervenções mais dolorosas e invasivas, esta situação deixou-me preocupada. Desconhecia como a criança estava a vivenciar aquela situação.

Nestes casos, a OE recomenda a explicação honesta, curta e simples do procedimento, de acordo com o desenvolvimento cognitivo da criança, de forma a adquirir a confiança da criança no procedimento e no seu resultado e emana que, a partir dos 4 anos de idade, sempre que possível deve dar-se voz à criança (OE, 2011a).

Portanto, uma vez que esta criança, segundo a mãe, não tinha dificuldades na compreensão da linguagem, apesar do mutismo, explicamos todos os procedimentos da forma mais simples e mais ajustada à sua faixa etária e ao seu desenvolvimento em parceria com a sua mãe.

Como a criança aparentava estar calma e a mãe estava muito preocupada, não foi oportuno avaliar o conhecimento e a capacidade da mãe para gerir a ansiedade do seu filho. Contudo, dado o contexto de urgência e a intervenção cirúrgica serem potenciadores de ansiedade e exacerbação de medos na criança nesta faixa etária, considereei a ansiedade um foco relevante na minha prestação de cuidados a esta criança.

Perante a notícia de potencial incapacidade relacionada à condição clínica da criança que levou a mãe a recorrer ao serviço de urgência, não é oportuno potenciar competências parentais ou realizar intervenções de índole educacional relacionadas com necessidades da criança no período pré-escolar inerentes ao seu desenvolvimento típico, dada a indisponibilidade emocional e psicológica da mãe para aprender. A mãe estava preocupada com a condição clínica do filho.

Durante o período intra-operatório, a mãe regressou ao serviço de urgência e dirigiu-se a mim, a primeira enfermeira com quem contactou, preocupada com o desenvolvimento da criança devido à possibilidade de perda auditiva, dado que constituía um fator dificultador à progressão

do desenvolvimento psicomotor do seu filho, uma vez que o seu filho já apresentava compromisso em algumas dimensões, nomeadamente, linguagem/comunicação e adaptação social. Foi fornecido suporte emocional à mãe e dada a sua disponibilidade para aprender, foi realizada intervenção educacional parental sobre o desenvolvimento infantil e sobre estratégias para a promoção do desenvolvimento infantil.

Portanto, a minha decisão terapêutica teve por base os dados tomados como relevantes para identificar o potencial para melhorar o conhecimento da mãe sobre o desenvolvimento infantil no período pré-escolar. O conhecimento que a mãe detinha, o que a mãe necessitava aprender, o que a mãe queria aprender, a sua disponibilidade para aprender (caraterísticas comportamentais) e a sua motivação para aprender, foram aspetos levados em consideração durante a prestação de cuidados.

Como esta criança já se encontrava a ser seguida em consulta do desenvolvimento infantil não foi encaminhada novamente, no entanto a abordagem clínica foi adequada ao seu desenvolvimento psicomotor.

Uma vez que a criança não apresentava alterações no crescimento, não foi identificado o diagnóstico crescimento, no entanto, dado o risco de alterações neste foco motivado pela hospitalização, foi selecionada a intervenção avaliar a evolução do crescimento.

A decisão de não terem sido selecionados os domínios relativos ao autocuidado, teve por base o facto de apesar da patologia clínica desta criança poder interferir nos seus autocuidados, esta interferência é consequência das alterações no equilíbrio e na visão. Por esta razão, foram selecionados apenas os domínios equilíbrio e visão.

### **Prioridades no planeamento dos cuidados**

No contexto de urgência a intervenção de enfermagem organiza-se por prioridades, que respeitam a ordem da mnemónica **ABCDE**, com o objetivo de tratar de imediato situações que possam levar ao óbito da criança. Nesta situação, era urgente a remoção do corpo estranho do ouvido, pelo que as avaliações e respetivas intervenções devem ser realizadas rapidamente, iniciando pela avaliação da via aérea (**A**). A criança falava com a mãe, pelo que a via aérea estava patente. De seguida, avaliar a ventilação (**B**), parâmetros integrados no domínio **sistema respiratório**. Posteriormente, intervir no **C** - circulação, procedendo à avaliação hemodinâmica da criança, puncionar um acesso venoso periférico do maior calibre possível, para colheita de sangue para análises e administração de medicação intrablocos, avaliar o local da lesão e observar as caraterísticas da pele, tendo em mente a observação da ocorrência de perdas sanguíneas significativas e controlar a dor, ao que correspondem os domínios: **audição, pele e mucosas, atitudes terapêuticas (avaliação pré-operatória relacionada com o procedimento invasivo), sensações somáticas e sondas, drenos e cateteres**. Seguidamente, avaliar a consciência e glicemia capilar (**D**), onde se inserem os

domínios **consciência**. A criança apresenta resposta ocular espontânea, resposta verbal dirigida à mãe orientada, dentro do seu estadio de desenvolvimento, e resposta motora, obedece a comandos, pelo que não tem alterações na consciência. Por fim, expor a criança e avaliar a temperatura **(E)**, inserido no **domínio atitudes terapêuticas, associado ao procedimento invasivo**, o que implica a remoção de todos os adereços, vestir a bata, observar se há alguma alteração importante inserida nos domínios **equilíbrio estático e dinâmico e visão**, confirmar se a criança realizou todos os exames pré-operatórios necessários e voltar a reavaliar tudo desde o A. Após a avaliação integral da criança no sentido de a preparar para o procedimento cirúrgico, a prioridade será gerir a ansiedade integrada no domínio **emoção** e perceber o padrão de eliminação da criança inerente aos domínios eliminação urinária e eliminação intestinal, uma vez que estes domínios podem interferir com o procedimento cirúrgico. Por último, intervir sobre os domínios **comportamentos de ligação mãe/pai-filho e desenvolvimento psicomotor e físico**, no sentido de promover o desenvolvimento infantil, a transição saúde-doença da criança e a transição para a parentalidade especial da mãe. E em simultâneo, se for observada falta de conhecimento ou capacidade relacionados com o papel parental desenvolvimental ou se for necessário substituir a mãe nos seus cuidados à criança, intervir no domínio **infância pré-escolar**.

### **Intervenções de Enfermagem; Contributos específicos face aos objetivos e prioridades**

Segundo a CIPE, a ação avaliar evolução contextualiza-se no verbo “Determinar: Processo contínuo para medir o progresso, ou em que extensão os objetivos estabelecidos foram atingidos” (ICN, 2020, p.16). As intervenções do tipo “avaliar evolução” permitem caracterizar a condição e prescrever as intervenções de forma adequada. Neste caso contribuiu para identificar a evolução da condição clínica da criança, essencialmente, a nível da recuperação após a realização do procedimento cirúrgico, relacionada essencialmente com a acuidade auditiva e todos os processos sensoriomotores implicados no funcionamento do sistema vestibular.

A intervenção do tipo ensinar, segundo a CIPE é “Informar: dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde”, pelo que esta intervenção consiste na prescrição de informação baseada em Informoterapia, que permitirá à mãe progredir para a mestria no que diz respeito ao seu conhecimento sobre o desenvolvimento do seu filho, através da aquisição de conhecimento sobre estratégias promotoras do seu desenvolvimento e da progressão da linguagem e da dimensão psicoafetiva e social (ICN, 2020, p. 50).

A intervenção do tipo executar, segundo a CIPE é definida por uma “Ação: desempenhar uma tarefa técnica” (ICN, 2020, p.60). Esta intervenção consiste na implementação de estratégias e técnicas, que permitem melhorar a condição da criança. Neste caso, a gestão da analgesia que contribui para o controlo da dor.

Neste domínio inserem-se também a intervenção trocar “Executar: substituir uma coisa por outra”, que caso seja necessário realizar a troca do cateter, por não se encontrar funcionando, possibilita a continuação da administração da medicação endovenosa se necessário (ICN, 2020, p. 134).

A intervenção otimizar, “Manter: conseguir o melhor resultado”, possibilita a manutenção da administração terapêutica, caso seja prescrita medicação endovenosa após o procedimento cirúrgico (ICN, 2020, p. 90).

As intervenções referenciar consistem em “Coordenar: encaminhar ou indicar uma pessoa a alguém ou a alguma coisa”. São intervenções que carecem da avaliação e intervenção de outro profissional de saúde para o alcance do objetivo terapêutico, como é o caso do agravamento do compromisso da audição da criança, que requer tratamento e intervenções especializadas e ajustadas a esse déficit por forma a prevenir ou minimizar alterações no desenvolvimento infantil relativamente ao desenvolvimento da criança prévio a este evento crítico (ICN, 2020, p.109).

Este estudo de caso compreendeu aspetos fundamentais para o desenvolvimento das seguintes competências de Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica: "Promove o desenvolvimento e crescimento infantil"; "Implementa e gere (...), um plano de saúde promotor da parentalidade (...)" ; "Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança (...)" ; "Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura" e "Diagnostica precocemente e intervém (...) nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança" (OE, 2018, pp. 19193-19194).

## 6. CASO CLÍNICO 4: RECÉM-NASCIDO EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

O Afonso (nome fictício) nascido por parto eutócico, cefálico com APGAR 9/10/10. É um recém-nascido de termo precoce, adequado para a idade gestacional com um percentil entre 10-90, com peso ao nascimento de 3420 gramas e diagnosticado com pé boto à esquerda. A equipa de neonatologia foi chamada às 5 horas de vida, por gemido e sinais de dificuldade respiratória com 30 minutos de evolução. O recém-nascido ficou internado na Unidade de Cuidados Intensivos, em incubadora, para rastreio séptico, com necessidade de suporte ventilatória com ventilação mecânica não invasiva em modo ventilatória CPAP bifásico e fluidoterapia para aporte hídrico e manutenção dos valores sanguíneos de glicose. A presente conceção de cuidados é realizada em 3 momentos: o 3º dia de vida em contexto de unidade de cuidados intensivos, o 5º dia de vida em contexto de unidade de cuidados intermédios e o 13º dia de vida numa visita domiciliária em contexto de Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD). No 3º dia de vida, com diagnóstico de sépsis neonatal precoce por streptococcus agalactiae. Sob antibioterapia com Ampicilina + Gentamicina. O recém-nascido apresentava-se com bom aspeto geral e melhoria da dificuldade respiratória. Com ventilação mecânica não invasiva por cânula nasal no modo ventilatório não invasivo nCPAP, bem adaptado. Mantém-se em incubadora. Com aporte oral de 15ml de leite artificial por refeição, por sonda orogástrica. Sem a visita dos pais. No 4º dia inicia penicilina por identificação de bactéria sensível à penicilina. No 5º dia, recém-nascido encontra-se em ventilação espontânea, sem dificuldade respiratória. Com bom aspeto geral. A tolerar 20ml de leite artificial. Alimentado por tetina na totalidade com boa tolerância. Transferido para intermédios. Recebeu a visita rápida dos pais. No 13º dia de vida o recém-nascido encontra-se com bom aspeto geral, sem sinais de dificuldade respiratória em ventilação espontânea e ativo, no domicílio acompanhado pela mãe e pela avó.

### 6.1. Enquadramento teórico

#### Patologia

A sépsis neonatal precoce é designada pela Sociedade Portuguesa de Neonatologia, por “infecção bacteriana invasiva com manifestações nas primeiras 72 horas de vida e com exame cultural do sangue e/ou do líquido cefalorraquidiano positivo”, como sendo a mais consensual. Os exames mais utilizados para o diagnóstico de sépsis são a hemocultura e o exame cultural

do líquido cefalorraquidiano (SPN, 2023, p. 1).

O *Estreptococos* do grupo B é o agente infeccioso mais comum nos RNs de termo, sendo responsável por mais de 2/3 dos casos. A sua patogênese relaciona-se com uma transmissão vertical periparto de microrganismos que colonizam o canal de parto. Estas situações clínicas são associadas a uma elevada taxa de morbimortalidade, uma vez que 60% dos RNs necessitam de internamento em unidade de cuidado intensivos, estando associadas a uma mortalidade de 2-3%. Frequentemente, os RNs com sépsis apresentam os seguintes sinais: taquipneia, letargia, recusa alimentar e hiper/hipotermia. Contudo, alguns destes sinais podem estar relacionados com taquipneia transitória do RN. No entanto, RNs com sintomatologia, de sépsis precoce, grave ou moderada, mas persistente e com agravamento, devem iniciar antibioterapia de imediato após colheita de exames culturais (SPN, 2023).

## Contexto

A hospitalização tem impacto tanto no RN quanto na sua mãe.

O ambiente da unidade de neonatologia propicia uma experiência bastante diferente daquela que o RN vivencia no meio intrauterino. Apenas pelo nascimento, o RN já vivencia grandes mudanças biológicas, fisiológicas, metabólicas e sistémicas (Hockenberry & Wilson, 2014). O internamento implica uma sobrecarga sensorial e de fatores stressores (ruído excessivo, luminosidade intensa e brilhante, sensações dolorosas frequentes, separação dos pais e contacto com diferentes pessoas), que dependendo da forma como a informação é recebida e do tipo de resposta individual ao stress condicionam alterações neurodesenvolvimentais (Coughlin, 2020; Graven, 2004).

A avaliação do RN numa unidade de cuidados intensivos passa pela estimativa da idade gestacional através da observação da maturidade neuromuscular com a escala de Ballard, exame físico e peso. A idade gestacional relaciona-se com a maturidade, a capacidade funcional - nível de capacidade dos sistemas orgânicos se adaptarem ao meio extrauterino e o peso está associado à incidência de morbi e mortalidade perinatais (Hockenberry et. al, 2018).

A fragilidade do RN e a presença de equipamentos que suportam a sua vida podem ser stressantes para a mãe, gerando sentimentos de angústia e medo que o seu filho sofra ou morra. Um misto de sentimentos contraditórios (emoção por ter o seu filho nos braços e ao mesmo tempo, tristeza pela situação de doença) e agravados, pela separação de ambos, que o internamento numa unidade de cuidados intensivos ou intermédios neonatais implica (Perlin et. al, 2011). Desta forma, o apoio e acompanhamento da mãe durante a hospitalização do seu filho é fundamental para que as suas necessidades físicas e emocionais sejam satisfeitas, tornando a visita ao seu filho mais prazerosa e a vivência salutar deste processo, sendo potenciadora de maior ligação e mais competências para cuidar e satisfazer as necessidades de

conforto, afeto e segurança do RN, através de uma filosofia de parceria de cuidados (OE, 2009).

### **Cliente: Recém-nascido**

#### Crescimento:

No que respeita ao crescimento, o perímetro cefálico do RN a termo de medir aproximadamente 33-35,5 cm. Por volta do segundo dia o crânio apresenta o tamanho e contorno normais. A circunferência torácica mede entre 30,5 e 33 cm. O perímetro cefálico deve ser 2 a 3 cm maior do que o perímetro torácico. O perímetro cefálico deve ser idêntico à medida da altura sentado ou ao comprimento da sutura coronal às nádegas. O comprimento médio do RN é de 48-53cm. O peso deve ser avaliado logo após o nascimento dado a perda de peso que ocorre nos primeiros dias de vida. Em geral nos primeiros 3 a 4 dias de vida o RN perde cerca de 10% do peso à nascença. Volta a peso do nascimento normalmente entre o 10º e o 14º dia de vida. Em média o peso do RN é entre 2.700-4.000g, mas o peso médio é cerca de 3.400g. A circunferência abdominal deve ser medida acima do umbigo (Hockenberry & Wilson, 2014).

#### Desenvolvimento psicomotor

##### Linguagem/comunicação:

A forma de comunicação do RN é através do choro. A nível da linguagem expressiva é expectável que o RN manifeste vários tipos de choro, por diferentes causas e com diferente intensidade, expresse um ar de conforto, podendo esboçar um sorriso e produzindo diferentes sons em resposta ao prazer e reaja de forma diferente a vozes e estados de humor do cuidador. No âmbito da linguagem recetiva é esperado que o RN distinga a voz e diferentes sons, podendo rodar a cabeça em direção ao som (Antunes, 2022).

Os principais tipos de choro do recém são: choro de fome, irritação, dor e “solicitação de atenção”. Os sons de dor e desconforto são sons sufocados e gritos distinguindo-se a consoante “H”. No entanto, o choro fraco ou gemido pode indicar distúrbio respiratório e as variações no choro inicial podem indicar anormalidades. Ausência de choro, choro fraco ou constante pode indicar alterações neurológicas ou abstinência de drogas (Hockenberry et. al, 2018).

##### Cognição:

Segundo a teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget, a inteligência divide-se por estágios. O RN, tendo idade inferior a 1 mês enquadra-se no 1º substágio do estágio inteligência sensório-motora - período mais primitivo do desenvolvimento cognitivo infantil. As primeiras manifestações de inteligência surgem nas perceções sensoriais e atividades motoras da criança. O 1º subestágio é designado por exercício dos reflexos. Os reflexos são uma herança filogenética, revelam a imaturidade do sistema nervoso, mas estando presentes são sinal

primitivo de atividade psíquica, dado que são responsáveis pela adaptação do RN ao meio (Silva, et al., 2013).

Integração sensorial:

Ao nascimento o sistema nervoso está incompletamente integrado, mas suficientemente desenvolvido para manter a vida extrauterina. As funções neurológicas concretizam-se em reflexos primitivos. A mielinização do sistema nervoso sucede de forma cefalocaudal e proximodistal encontrando relação com a evolução das capacidades motoras finas e grossas. A mielina é importante para a rápida e eficiente transmissão de alguns impulsos nervosos ao longo da via neural. Os sistemas que desenvolvem mielina, de forma mais precoce, são o sensorial, cerebelar e o extrapiramidal, os quais são responsáveis pelos sentidos agudos do paladar, olfato, audição e percepção de dor. Todos os nervos cranianos estão presentes ao nascimento e mielinizados, com exceção dos nervos ótico e olfativo (Serrano, 2022).

Desenvolvimento dos órgãos dos sentidos:

O RN apresenta as suas funções sensoriais surpreendentemente bem desenvolvidas, o que tem uma influência enorme no seu crescimento e desenvolvimento (Cassandra, 2001).

A nível visual os RNs são capazes de focar um objeto brilhante ou em movimento e/ou face humana a aproximadamente 30 cm de distância e na linha média do corpo, distância aproximada da mama da mãe (DGS, 2013). Apenas de forma momentânea, dada a imaturidade e incompleta estrutura do olho. A fóvea central ainda não se diferencia da mácula, os músculos ciliares são imaturos limitando a focalização do objeto e as glândulas lacrimais começam a funcionar após a 2ª-4ª semana de vida. As pupilas reagem à luz e o reflexo corneano está presente sendo ativado pelo toque leve (Hockenberry & Wilson, 2014; SPN, 2018a).

Ao nascimento após a drenagem do líquido amniótico dos ouvidos os RNs apresentam acuidade auditiva semelhante à dos adultos. Reagem com reflexo de sobressalto a sons altos (acima dos 90 decibéis) e súbitos, em reação de alerta. Qualquer reação é válida (DGS, 2013).

Sons de baixa frequência tendencialmente adormecem e acalmam o RN, como, batimento cardíaco ou canção de embalar. Possuem sensibilidade particular à voz humana. Ao 5º dia de vida o RN já diferencia a voz da mãe da de outra pessoa. A anatomia aumentada do ouvido interno e médio em relação ao canal auditivo externo, aproxima a membrana timpânica e o nervo facial da superfície, tornando-os mais vulneráveis à lesão (Hockenberry et. al, 2018).

Em relação ao olfato, os RNs reagem a odores fortes e são capazes de identificar o cheiro do leite materno e distinguir do de outras mães, pelo que rotinas de higienização das mamas pode interferir com o estabelecimento da amamentação precoce. Pensa-se que esta capacidade tem impacto no processo de apego e no sucesso da amamentação. Assim como, são capazes de

distinguir o paladar reproduzindo reflexos gustofaciais diferentes consoante o sabor do alimento. No início da infância as papilas gustativas encontram-se maioritariamente na ponta da língua (Cassandra, 2001).

Desenvolvimento sensorial:

O desenvolvimento sensorial integra o sistema tátil, proprioceptivo e vestibular, os quais podem ser observados ao longo do crescimento e à medida que o RN vai adquirindo aquisição de competências (Oliveira et. al, 2021).

O sistema tátil está presente desde o nascimento, embora o RN seja mais sensível na face, mãos e região plantar dos pés. O toque na região dorsal desencadeia respostas de conforto e calma, enquanto estímulos dolorosos, como punção capilar desencadeia uma resposta de perturbação (Hockenberry & Wilson, 2014). É expectável que, nos primeiros dias após o nascimento, o RN tenha presentes os reflexos ativados pelo estímulo tátil, como o reflexo de preensão palmar e plantar, sucção, pontos cardeais, entre outros. Quanto à consciência do próprio corpo, no âmbito da propriocepção é esperado que o RN junte as mãos ao biberão enquanto é alimentado, por exemplo. O sistema vestibular pode ser avaliado através da resposta comportamental do RN a diferenças de movimento quando é pegado ao colo, é esperado que fique desperto e alerta quando é movido com mais velocidade, o que pode ser avaliado com a presença do reflexo de moro e que se acalma quando embalado (Serrano, 2022).

O desenvolvimento percetivo também pode ser observado pelo comportamento de procura da mama ou do biberão para ver satisfeita a sua necessidade de alimento, uma vez que demonstra que o RN entende que a mama e/ou biberão, o cheiro do leite e o toque na boca se relacionam com a sua alimentação (Serrano, 2022).

Desenvolvimento motor:

A motricidade global promove a autonomia e expressão da vontade e necessidades do RN. O RN passa progressivamente de uma posição fetal para posições de flexão/extensão coordenadas. Após o nascimento a avaliação da função motora é centrada na observação da presença de reflexos, uma vez que apesar de involuntários e causados por estímulos, podem servir três propósitos: sobrevivência, evolução e adaptação, podendo ser primitivos, posturais ou locomotores. Os principais reflexos para avaliação desta dimensão são: reflexo de moro, reflexo tónico assimétrico cervical, reflexo de marcha, reflexo de orientação da boca, reflexo de sucção e reflexo de preensão palmar (Antunes, 2022).

Dimensão socioemocional:

Erikson seguiu os passos de Freud. Para Erikson o ser humano é um ser social, que vive em grupo e sofre a pressão e a influência desse grupo. O foco são as relações sociais. Afirmar que a infância é uma época fulcral para o desenvolvimento psicológico e motor, mas a personalidade construída não é fixa, pode alterar consoante as experiências vividas posteriormente (Erikson, 1976).

O RN encontra-se na fase 1: Confiança Básica vs Desconfiança Básica (Estágio oral freudiano) – Fase da infância a inicial. O RN e lactente volta a sua atenção para a pessoa que lhe provê conforto e responde às suas necessidades, a mãe. Assim, estabelece-se a primeira relação social da criança. Ao separar-se da mãe, sentido a sua falta começa a lidar com a força básica, a esperança. Com o regresso da mãe ele percebe que é possível querer e esperar. Começa a entender que embora possam estar fora do seu campo de visão, as pessoas e os objetos existem. Se a resposta for positiva, a criança adquire confiança básica, se não, surge a desconfiança básica, o mundo não lhe corresponde e é mau e ingrato (Carpigiani, et. al, 2014).

O convívio com alguma frustração é necessário para a manutenção de ordem cósmica, segundo Erikson (Carpigiani, et. al, 2014).

### **Transição para a parentalidade**

A hospitalização constitui um período de crise no exercício parental, pelo que os cuidados em parceria com os pais, sustentados na partilha da responsabilidade no cuidado ao filho e de informação e apoio, transmitem uma sensação de confiança em si enquanto pais, favorecendo a vivência deste evento (De Sousa, 2012). A sensação de continuarem a ser capazes de prestar cuidados ao seu filho, aumenta a confiança no seu papel parental, contribuindo para uma transição para a parentalidade saudável, o que facilita a criação de laços que potenciam a ligação mãe/pai-filho e a ligação filho-mãe/pai. Laços importantes para o ajustamento psicológico e emocional do RN durante o internamento. O incentivo à parentalidade é essencial para a promoção da adaptação à condição tanto para o RN quanto para os seus pais. Portanto, a figura parental deve ser parte integrante da equipa, estando envolvida em todo o processo. (OE, 2015a).

A definição de Parentalidade segundo a CIPE é “Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um RN na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”, o que constituem aspetos que os pais devem integrar para atingirem a mestria (ICN, 2020, p.94; Meleis, 2018).

Neste caso clínico, a parentalidade exige alterações de expectativas e aquisição de novas habilidades, dado que para além de ser o primeiro filho, este RN contraiu uma infeção. Desta

forma, os pais estão a realizar a transição para a parentalidade com base no que enuncia Meleis, uma vez que, este é o primeiro filho e tem uma patologia. Portanto, precisam de incorporar conhecimentos e comportamentos inerentes ao papel parental, no cuidado ao filho, assim como, necessitam de mudar hábitos e rotinas para que se torne possível integrar um RN nas suas vidas (Meleis, 2012).

No sentido de potenciar a adaptação à condição e tornar facilitadora a vivência do exercício parental face a necessidades especiais do filho, assim como, contribuir para o sentimento de satisfação e confiança no cuidado ao primeiro filho promotores de apego e afeto, é essencial que a informação transmitida aos pais não dependa apenas da sua capacidade de leitura e compreensão, mas que abranja também a condição emocional, a disponibilidade para aprender e a capacidade de tomar decisões e assumir a responsabilidade pela saúde do filho, devendo, para tal ser implementada a Informoterapia enquanto estratégia terapêutica.

## 6.2. Clientes

### Cliente

Recém-nascido | Idade: 12 dias | Masculino

### Mãe/Pai

03-01-2024 15:00

03-01-2024 15:00 - Figura parental principal: mãe.

03-01-2024 15:00 - Distância casa/hospital: 68.

03-01-2024 15:00 - Número de outros filhos: 0.

03-01-2024 15:00 - Disponibilidade para tomar conta: Em alguns dias.

## 6.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-01-03 15:00:00	Soro com (Glucose 10% 230ml - glucose 30% 10ml - gluconato de cálcio 10% 10ml - cloreto de potássio 7,45% 5ml) a 10,71ml/h	2024-01-05 20:00:00

<b>Início</b>	<b>Medicação</b>	<b>Fim</b>
2024-01-03 15:00:00	Ampicilina 170mg 8h/8h (1h-9h-17h)	2024-01-05 20:00:00
2024-01-03 15:00:00	Gentamicina 13,7mg 24h/24h (12h)	2024-01-05 20:00:00
2024-01-03 15:00:00	Vitamina D 1x dia (9h)	
2024-01-05 20:00:00	Penicilina g (benzilpenicilina sódica) 171 MUI 24h/24h (11h)	2024-01-13 10:00:00
2024-01-05 20:00:00	Penicilina g (benzilpenicilina potássica) 171 MUI 24h/24h (23h)	2024-01-13 10:00:00

### 6.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

#### Ampicilina

A Ampicilina é um antibiótico beta-lactâmico do grupo das penicilinas resistentes aos ácidos e com um espectro de ação sobreponível ao da benzilpenicilina. É prescrita para o tratamento de infeções bacterianas, graves a moderadamente graves, causadas por micro-organismos Gram-positivo e Gram-negativo suscetíveis à ampicilina: Infeções do trato respiratório superior: otite média aguda, faringite aguda, sinusite aguda bacteriana; Abscesso periodontogénico; Infeções do trato respiratório inferior: exacerbação aguda de bronquite crónica, pneumonia adquirida na comunidade; Infeções do trato urinário: cistite bacteriana aguda, pielonefrite aguda; Gonorreia; Infeções entéricas: salmonelose, shigelose (Infarmed, 2010).

Via: endovenosa conforme prescrição.

Contraindicação: hipersensibilidade à Ampicilina; deve ser tida em conta alergia cruzada aos  $\beta$  lactâmicos como as cefalosporinas e mononucleose infecciosa.

Efeitos indesejáveis: Exantema, problemas gastrointestinais (náuseas e diarreia) e dor no local de administração, colite (Infarmed, 2010).

Precauções: Podem ocorrer sobreinfeções fúngicas (por exemplo candidíase) ou bacterianas (por exemplo, colite pseudomembranosa, na maior parte dos casos causada por *Clostridium difficile*, responsável por quadro clínico de diarreia grave persistente, durante ou após o tratamento com ampicilina); Reações de hipersensibilidade graves (Infarmed, 2010).

#### Gentamicina

A gentamicina é indicada para o tratamento de casos de infeção por bactérias suscetíveis à gentamicina e casos sépticos graves. Tem atividade sobre *Pseudomonas aeruginosa* e *Serratia* (Infarmed, 2021).

Via: endovenosa conforme prescrição.

Contraindicação: Hipersensibilidade à substância ativa, a outros aminoglicosídeos ou a algum excipiente. Miastinis gravis.

Efeitos indesejáveis: nefrotoxicidade e ototoxicidade.

Precauções: Dada a farmacocinética, a nefrotoxicidade, cujos sinais clínicos observáveis são hematúria e oligúria é essencial vigiar a função renal. Sendo que a gentamicina tem propriedades bloqueadoras neuromusculares, deve-se ter especial precaução em crianças com patologia neuromuscular. Com a administração deste fármaco pode ocorrer lesão do nervo vestibulococlear (VIII nervo craniano), afetando o equilíbrio e a audição. Tendo em consideração a ototoxicidade deste fármaco a vigilância da função auditiva e do equilíbrio é primordial. Apesar destes efeitos serem associados maioritariamente a situações de posologia elevada, tratamentos prolongados e insuficiência renal pré-existente, tendo em conta a imaturidade da função renal do RN, estas vigilâncias devem estar presentes nos meus cuidados ao cliente (Novo, 2009).

### **Vitamina D**

A vitamina D “é uma pro-hormona que se transforma na hormona biologicamente activa, 1,25(OH)<sub>2</sub>D, após metabolização nas células renais dos túbulos proximais. Esta actua de forma concertada com a PTH na manutenção do cálcio e do fósforo” (SPN, 2004, p.119). O leite materno ou o leite adaptado são compostos por vitaminas e minerais suficientes para o aporte nutricional adequado do RN, à exceção da vitamina D, pelo que a Sociedade Portuguesa de Neonatologia recomenda a suplementação de vitamina D com 600UI/d (SPN, 2004).

Via: "Per Os" conforme prescrição médica

Efeitos secundários: os efeitos secundários são associados a sobredosagem (irritabilidade, vômitos, alterações da consciência e alterações cardíacas). Desta forma, face ao cliente dos meus cuidados farão parte das minhas intervenções alertar os pais para o risco de sobredosagem, referindo que caso o RN apresente alterações em relação ao comportamento habitual, devem dirigir-se ao serviço de urgência, uma vez que o RN recém-nascido teve alta medicado com vitamina D.

### **Cloreto de Potássio**

O potássio é o catião predominante no interior da célula, responsável pela condução dos impulsos nervosos em tecidos, tais como o coração, cérebro e músculo esquelético, pela manutenção da função renal e pelo equilíbrio ácido-base. Para inumerosos processos metabólicos, são necessárias altas concentrações de potássio (Indice, 2024a).

Via: endovenosa conforme prescrição.

Indicação terapêutica: manutenção dos níveis de água nas proporções corretas e tratamento de

hipocaliemia (Indice, 2024).

Contraindicações: Hipercalemia; Insuficiência renal grave com uremia e oligúria , situações clínicas que induzem ou agravam hipercaliemia, tais como, insuficiência adrenal (doença de Addison), doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e acidose metabólica descompensada, destruições extensivas dos tecidos por queimaduras graves (Indice, 2024a).

Efeitos adversos: Dor, tromboses podem ocorrer nas veias onde o medicamento é administrado se a solução injetada for demasiado concentrada, morte de células e tecidos se o medicamento não for administrado diretamente na veia (Indice, 2024a).

Precauções: situações que possam causar hipercaliemia por acumulação ou reposição concomitante, como é o caso designadamente, da diminuição do débito urinário e da transfusão sanguínea (Indice, 2024a).

### **Gluconato de cálcio**

O cálcio é o mineral mais abundante no organismo.

Via: endovenosa conforme prescrição.

Indicação terapêutica: tratamento da hipocalcemia sintomática em fase aguda (Indice, 2024).

Contraindicações: alergia (hipersensibilidade) à substância ativa, níveis elevados de cálcio no sangue (hipercalcemia); níveis elevados de cálcio na urina (hipercalciúria); intoxicação provocada por medicamentos digitálicos; tratamento com medicamentos digitálicos, exceto se o nível de cálcio sanguíneo for extremamente baixo com sintomas potencialmente fatais, os quais apenas podem ser tratados por uma injeção imediata de cálcio (Indice, 2024b).

Efeitos secundários: baixa frequência cardíaca ou ritmo irregular, hipotensão, colapso vasomotor, vasodilatação, rubor, náuseas ou vômitos, sensação de calor e suores (Indice, 2024b).

Precauções: Doentes com nefrocalcinose, doenças cardíacas, sarcoidose e que estão sob administração de adrenalina, deve ser utilizado com precaução pelo efeito cardíaco. Evitar consumo de elevadas quantidades de vitamina D que causam hipercalcemia (Indice, 2024b).

### **Glucose a 10%**

A glicose é um monossacarídeo e é um dos hidratos de carbono mais importantes na biologia, uma vez que constituem fonte de energia celular e um intermediário metabólico (Indice, 2024c).

Via: endovenosa conforme prescrição.

Indicação terapêutica: aporte calórico glucídico com baixo aporte hídrico, prevenção de

desidratação, rehidratação quando a perda de água é superior à perda de cloreto de sódio e outros elementos reguladores da osmolaridade, na profilaxia e tratamento de cetose na desnutrição, diarreia ou vômitos e como suplementação durante os períodos operatórios (Indice, 2024c).

Contraindicações: Coma hiperosmolar, insuficiência renal grave (com oligúria/anúria), insuficiência cardíaca descompensada, edema geral (incluindo edema cerebral e pulmonar), cirrose ascítica, intolerância à glucose conhecida (tal como situações de stress metabólico), hiperhidratação, na maior parte dos processos neurocirúrgicos, nos casos de hemorragia/hipertensão intracraniana ou intraespinal, nos casos de diabetes mellitus não controlados (diabetes descompensada e diabetes insípida) e insuficiência supra-renal (coma addisoniano) (Indice, 2024c).

Precauções: não deve ser administrado simultaneamente com sangue conservado em ACD, pois pode provocar pseudoaglutinação dos eritrócitos. Deve-se ter especial cuidado nos casos de hemodiluição, septicemia e trauma, uma vez que há intolerância à glucose (Indice, 2024c).

Efeitos secundários: Dor, rubor e edema local; perturbações eletrolíticas: nível reduzido de potássio no sangue (hipocaliemia), nível reduzido de magnésio no sangue (hipomagnesemia), nível reduzido de fosfato no sangue (hipofosfatemia), nível elevado de açúcar no sangue (hiperglicemia); acumulação exagerada de líquidos no seu organismo (hemodiluição e hipervolemia); açúcar na urina (glicosúria); transpiração excessiva; arrepios; febre (reação febril); infecção no local da injeção; trombozes venosas (Indice, 2024c).

Neste caso, o soro composto é administrado como suplemento mineral, de hidratos de carbono e glicose, uma vez que o leite ingerido pelo RN não suprime as suas necessidades nutricionais.

## **Benzilpenicilina**

A benzilpenicilina sódica e a benzilpenicilina potássica são penicilinas naturais, pertencentes ao grupo dos beta-lactâmicos. Estes fármacos são considerados de eleição para o combate a organismos gram-positivos aeróbios sensíveis. Podem também ser utilizadas contra microrganismos bacilos gram positivos aeróbios sensíveis e tem atividade limitada no combate a organismos gram negativos. Aminoglicosídeos podem ser adicionados contra estreptococos do grupo B (Indice, 2024d).

A benzilpenicilina potássica está indicada no tratamento de infeções respiratórias, infeções da pele e tecidos moles, infeções intra-abdominais por clostridium, infeções ósseas, meningites, septicemias, endocardite e pericardite, outras infeções cujos microrganismos são sensíveis à penicilina e complicações secundárias a complicações secundárias à gonorreia e à sífilis (Indice, 2024d).

Via: endovenosa conforme prescrição.

Contraindicação: hipersensibilidade a cefalosporinas e à substância ativa ou a qualquer componente de Penicilina Atral (Índice, 2024d).

Efeitos indesejáveis: Erupções cutâneas, febre e dores articulares, edema, angioedema associado a dificuldade respiratória; inflamação do intestino grosso que provoca diarreia líquida com sangue e muco, dor abdominais e febre, anafilaxia, efeitos neurotóxicos (Índice, 2024d).

Precauções: Para prevenção de alterações no sistema nervoso central a benzilpenicilina deve ser administrada em perfusão (Índice, 2024d).

Desta forma, tendo em conta os efeitos farmacológicos secundários supracitados, face ao cliente dos meus cuidados farão parte das minhas vigilâncias: consciência, sistema respiratório, eliminação intestinal, pele e mucosas, sensações somáticas, eliminação urinária, sistema cardiovascular, termorregulação, volume de líquidos e metabolismo. Apesar de fazer sentido vigiar a audição do RN, no contexto de neonatologia o audiologista é responsável pela avaliação especializada deste domínio, pelo que não foi selecionado na presente conceção de cuidados, ficando expresso no domínio desenvolvimento infantil.

## 6.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

### Atitudes terapêuticas

03-01-2024 15:00

**03-01-2024 15:00 - Ventilação não invasiva** [RESOLVIDO] 05-01-2024 20:00

03-01-2024 15:00 - Pressão expiratória positiva nas vias respiratórias (EPAP): 4 cm H<sub>2</sub>O.

03-01-2024 15:00 - Frequência respiratória: 43 ciclos/min.

03-01-2024 15:00 - Débito de oxigénio: 0.00 L/min.

03-01-2024 15:00 - (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas Nasal) nCPAP

**03-01-2024 15:00 - Assegurar ventilação não invasiva** [FIM] 05-01-2024 20:00

03-01-2024 15:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com a ventilação não invasiva

03-01-2024 15:00 - *Otimizar ventilação não invasiva [De 3 em 3 horas] [FIM]*

05-01-2024 20:00

**03-01-2024 15:00 - Incubadora** [RESOLVIDO] 13-01-2024 10:00

03-01-2024 15:00 - Temperatura

03-01-2024 15:00 - Humidade

**03-01-2024 15:00 - Assegurar funcionamento da incubadora**

03-01-2024 15:00 - *Otimizar incubadora [De 6/6 horas]*

**03-01-2024 15:00 - Prevenir e controlar infeção**

03-01-2024 15:00 - *Trocar incubadora [De 7 em 7 dias]*

**Sondas, Drenos e Cateteres**

03-01-2024 15:00

**03-01-2024 15:00 - Sonda gástrica** [RESOLVIDO] 05-01-2024 20:00

03-01-2024 15:00 - Propósito terapêutico da sonda gástrica: administração de líquidos.

03-01-2024 15:00 - Nível de inserção da sonda gástrica

03-01-2024 15:00 - Cavidade oral: 19.00 cm.

03-01-2024 15:00 - Características do dispositivo: nº6.

**03-01-2024 15:00 - Determinar evolução da administração pela sonda** [FIM]

05-01-2024 20:00

*03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da administração pela sonda gástrica [De 3 em 3 horas] [FIM] 05-01-2024 20:00***03-01-2024 15:00 - Assegurar funcionamento da sonda** [FIM] 05-01-2024 20:00*03-01-2024 15:00 - Otimizar sonda gástrica [De 3 em 3 horas] [FIM] 05-01-2024 20:00***03-01-2024 15:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com a sonda gástrica** [FIM] 05-01-2024 20:00*03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução do nível de inserção da sonda gástrica [De 3 em 3 horas] [FIM] 05-01-2024 20:00***03-01-2024 15:00 - Prevenir complicações relacionadas com sonda gástrica**

[FIM] 05-01-2024 20:00

*03-01-2024 15:00 - Trocar sonda gástrica [A cada 48 horas] [FIM] 05-01-2024 20:00**03-01-2024 15:00 - Executar tratamento ao local de inserção da sonda gástrica [SOS] [FIM] 05-01-2024 20:00***03-01-2024 15:00 - Cateter venoso periférico** [RESOLVIDO] 13-01-2024 10:00

05-01-2024 20:00 - Localização do cateter venoso periférico

05-01-2024 20:00 - Braço Esquerda(o)

05-01-2024 20:00 - Características do dispositivo: 24G.

05-01-2024 20:00 - Ausência de dor.

05-01-2024 20:00 - Ausência de calor.

05-01-2024 20:00 - Ausência de rubor.

05-01-2024 20:00 - Ausência de tumefação.

05-01-2024 20:00 - Ausência de exsudado.

05-01-2024 20:00 - Ausência de infiltração.

03-01-2024 15:00 - Localização do cateter venoso periférico

03-01-2024 15:00 - Braço Esquerda(o)

03-01-2024 15:00 - Características do dispositivo: Calibre 24G.

03-01-2024 15:00 - Ausência de dor.

03-01-2024 15:00 - Ausência de calor.

03-01-2024 15:00 - Ausência de rubor.

03-01-2024 15:00 - Ausência de tumefação.

03-01-2024 15:00 - Ausência de exsudado.

03-01-2024 15:00 - Ausência de infiltração.

**03-01-2024 15:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter** [FIM]

13-01-2024 10:00

*03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [No horário da medicação endovenosa] [FIM] 13-01-2024 10:00*

**03-01-2024 15:00 - Assegurar funcionamento do cateter** [FIM] 13-01-2024 10:00

*03-01-2024 15:00 - Otimizar cateter venoso periférico [Antes da administração da medicação endovenosa] [FIM] 13-01-2024 10:00*

**03-01-2024 15:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico** [FIM] 13-01-2024 10:00

*03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [De 3 em 3 horas] [FIM] 13-01-2024 10:00*

**03-01-2024 15:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico** [FIM] 13-01-2024 10:00

*03-01-2024 15:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [SOS] [FIM] 13-01-2024 10:00*

*03-01-2024 15:00 - Trocar cateter venoso periférico [SOS] [FIM] 13-01-2024 10:00*

#### **6.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.**

##### **Cuidados com o nCPAP**

O CPAP nasal é um tratamento direcionado à reabilitação da função respiratória por via do recrutamento alveolar. Por consequência uma boa oxigenação. A Pressão Positiva no final da Expiração aplicada por Ventilação Não Invasiva programada, impede o colapso dos alvéolos, devendo estar compreendida entre 4-5cmH<sub>2</sub>O, com a possibilidade de adicionar uma Fração de oxigénio inspirado: variável ( $\leq 50\%$ ) (FiO<sub>2</sub>) continua, se necessário para manter a oxigenação adequada dos tecidos (SPP, 2016).

Segundo os consensos de neonatologia, (Nona, et al., 2013), os cuidados de enfermagem ao RN com nCPAP, compreendem os seguintes aspetos:

- Manipulação mínima, mantendo-se o máximo de conforto;
- Minimização do ruído do ventilador, adaptando um silenciador-prolongamento ao tubo do fluxo expiratório, colocando fora da incubadora, tendo atenção para nunca obstruir o circuito expiratório;
- Ajuste adequado do barrete à cabeça do RN e boa adaptação dos prongs;
- Se forem utilizados prongs nasais/máscara nasal, devem ser selecionados os de maior calibre possível, para prevenir a ocorrência de perda de integridade cutânea, devendo ser mudados com frequência para evitar o acúmulo de secreções;
- Ter atenção para os prongs não repuxarem as narinas. Devem ocluir as narinas, mas não as pressionar, ficando em continuidade com elas;
- Manter a região nasal seca;

- Alternar com a máscara no caso de ocorrer maceração das narinas;
- Evitar realizar a aspiração nasal. Em vez disso, colocar uma gota de NaCl em cada narina (caso a gota não passe, pode ser realizado um flush com cerca de 0,3ml de NaCl), e aspirar a orofaringe;
- Manter o humidificador a 39º;
- Mudar os tubos de 5 em 5 dias;
- Colocar a Sonda Gástrica na orofaringe para não obstruir a passagem do ar;
- Estimular a sucção com chupeta para evitar perdas de ar pela boca.

Conforme referido no consenso clínico (SPP, 2016) as complicações decorrentes do nCPAP são:

- “Pneumotórax (como evitar: não utilizar pressões > 9cm H2O);
- Redução do débito cardíaco, por diminuição do retorno venoso, que causa a diminuição do volume de enchimento do ventrículo direito e alteração da distensibilidade do ventrículo esquerdo;
- Distensão gástrica (como evitar: colocar a sonda em escape 1h pós-alimentação; aspiração a cada 3-4horas);
- Irritação nasal, com lesão do septo ou da pele (como evitar: a nível da interface substituir progs por máscara; proteger a pele e os orifícios nasais)”.

### **Cuidados com a sonda gástrica:**

A introdução de uma sonda gástrica não deixa de ser um procedimento invasivo, não estando isenta de riscos para os RNs.

A sonda gástrica pode ser pouco introduzida ficando na região esofágica, o que concorre para um risco de aspiração aumentado ou pode ficar demasiado introduzida com posicionamento pós-pilórico, o que impede a ação enzimática realizada no estômago, uma vez que o leite passa diretamente para o duodeno (Souza, Araújo, & Barreto, 2022).

Para prevenir o incorreto posicionamento da sonda, foi realizado um cálculo da medida da sonda consoante o peso:  $3x$  (peso em Kg) + 12 para sondas orogástricas e  $3x$  (peso em Kg) + 13 para sondas nasogástricas, com um sucesso de 84% dos casos estudados. Também se comprovou que a medição da sonda como ponto de início de medição a comissura labial ou asa do nariz, resulta numa melhoria significativa das taxas de sucesso do posicionamento da sonda gástrica, através da estratégia de medição da sonda NEMU (nariz-orelha-metade da distância entre xifoide e umbigo) para a sonda nasogástrica ou a estratégia de medição da sonda MEMU (boca-orelha-metade da distância entre xifoide e umbigo) para inserção de sonda orogástrica (Freeman, Saxton, & Holberton, 2012).

Dada a facilidade de deslocação da sonda, Clifford, Heimall, Brittingham, & Davis, (2015), consideram a necessidade da confirmação da localização da sonda antes de cada utilização.

Para testar a colocação da sonda, existem vários métodos: Rx, auscultação epigástrica, aspiração

do conteúdo gástrico e avaliação da acidez do conteúdo. O Rx é o método mais eficaz, mas não é o melhor para o RN, dado as suas radiações. A auscultação da região epigástrica tem baixa confiabilidade e está desaconselhada, uma vez que os sons audíveis podem ser confundidos com outros ruídos, nomeadamente, da ventilação. A aspiração com saída de conteúdo gástrico é sensível, mas pouco específico, uma vez que as secreções gástricas e broncopulmonares podem ter características similares. Já a verificação do pH do conteúdo aspirado é o método mais fiável, económico e com menor risco para o RN, pelo que é recomendado pelos especialistas como a 1ª escolha, sendo o mais seguro. Valores de  $\text{pH} \leq 5,5$  indica que o posicionamento está correto e valores de  $\text{pH} > 5$  indicam um incorreto posicionamento, exigindo uma confirmação radiológica (Dias, et al., 2019).

Segundo (Borrell & Silva, 2000), este procedimento tem as seguintes implicações no RN:

- Hiperemia e escoriações na região supralabial pela fixação na pele friável, compressão gengival pela sua permanência no mesmo local;
- Distensão abdominal pelo acúmulo de gás;
- Dificuldade de sucção pela estimulação com alimentação oral por biberão ou amamentação concomitante;
- Perfuração gástrica iatrogénica;
- Infeções da via aérea superior por constituir um procedimento invasivo.
- Várias tentativas de remoção da sonda orogástrica podem estar associadas a movimentos descoordenados resultantes da sua imaturidade neurológica ou ao desconforto que pode causar.

Portanto, a introdução de uma sonda gástrica implica a adequada fixação através da seleção de um adesivo que permita fixar bem a sonda, causando o mínimo de lesão cutânea quando é necessário proceder à troca ou quando é exteriorizada; a marcação do nível da sua fixação para identificar mobilizações acidentais da mesma. Para prevenção de lesões cutâneas a Sociedade Portuguesa de Neonatologia recomenda a colocação de protetores como lâmina de poliuretano transparente ou apósitos hidrocolóides sob os locais de fixação da sonda orogástrica (SPN, 2004).

O tipo de sonda indicada em recém-nascido é a orogástrica, uma vez que a nasogástrica reduz cerca de 30 a 50% da luz do ducto nasal, contribuindo para o aumento do esforço respiratório (Lopez, 2007).

Devido à imaturidade da pele do RN a otimização da sonda e o tratamento ao local de inserção da sonda orogástrica, consistem na observação da presença de hiperemia na região supralabial ou ocorrência de lesões pela compressão da sonda na cavidade oral e região gengival (Hockenberry & Wilson, 2014).

Esta deve ser trocada a cada 24 a 48 horas para prevenção de infeções (Mendonça, De

Menezes, Rolim e Lima, 2010).

### **Cuidados com o cateter venoso periférico**

O cateter venoso periférico é um procedimento de enfermagem que se caracteriza pela introdução de um dispositivo cortante, cateter venoso periférico, numa veia periférica, que permite um acesso à rede vascular. É indicado para terapias de curta duração, para infusões de medicamentos, nutrição parenteral, colheitas sanguíneas e reposição de hemoderivados (OE, 2017a).

Os cuidados de enfermagem englobam a introdução, manutenção e remoção. Na introdução do cateter a experiência na punção venosa e o conhecimento do profissional sobre o sistema tegumentar, a espessura da pele de cada local de punção e do sistema vascular do RN é fundamental para que a punção seja bem-sucedida à primeira tentativa e para que o cateter se mantenha funcionando durante mais tempo. Desta forma, pode diminuir-se o impacto dos procedimentos dolorosos e minimizar a ansiedade e o medo causados pela hospitalização (Dantas, et al., 2021).

Uma das formas mais eficazes para a prevenção da dor associada à inserção do cateter nos RNs, é a administração de sacarose 2 minutos antes da realização do procedimento (Hockenberry & Wilson, 2014).

No que concerne à manutenção do cateter, a ANVS (2022), recomenda:

- A utilização de seringas de 10 ml para o flushing, com o intuito de gerar baixa pressão no lúmen;
- Que, em caso de sentir resistência na administração, não se force o flushing com seringas que causem elevada pressão no lúmen. Verificar sempre se estão clamps fechados ou linhas dobradas;
- A utilização de técnica de pressão positiva para a minimização do retorno de sangue para o cateter;
- Que o profissional respeite a sequência: flushing, fechar o clamp e desconectar a seringa para que o refluxo de sangue seja minimizado;
- A não utilização de água estéril para testar a permeabilidade.
- Quanto à remoção do cateter venoso periférico, a avaliação diária da necessidade de manter o cateter venoso periférico;
- A troca do cateter em caso de suspeita de contaminação, complicações ou mau funcionamento.
- Em pediatria a remoção do cateter é apenas indicada quando se indicações clínicas.

As complicações relacionadas com o cateter venoso periférico podem ter manifestações locais ou sistêmicas e definem-se como eventos adversos. As complicações minor incluem obstrução do cateter, remoções acidentais, fobia a agulhas e dor. Por sua vez, as complicações major, são hematomas, flebites, infiltrações e extravasamentos, os que se constituem as mais frequentes

(Danski, Johann, Vayego, de Oliveira, & Lind, 2016).

A flebite é uma inflamação da veia onde está inserido o cateter venoso e pode ser classificada como, mecânica, química, infecciosas e tromboflebite. A mecânica é provocada, por exemplo, pela incorreta fixação do cateter. A química é causada pela reação aos fármacos ou ao próprio dispositivo. A infecciosa é caracterizada pelo surgimento de inflamação ou irritação da veia provocada por microrganismos. E a tromboflebite é a presença de um trombo que provoca a inflamação da veia (Gorski, et al., 2021).

A infiltração é definida como a administração de fluidos parentéricos no espaço extravascular, causando, sinais inflamatórios locais (dor, rubor, calor, edema, endurecimento), falta de retorno venosos, descoloração da pele e redução da mobilidade do membro, podendo em situações mais graves causar necrose dos tecidos (Jie, et al., 2021).

O extravasamento ocorre quando o fármaco administrado é altamente agressivo, danificando a parede da veia, o que conduz à sua rotura e ao extravasamento da medicação para o espaço extravascular, podendo causar edema, flictenas ou necrose nos tecidos circundantes (Gorski, et al., 2021).

A infecção é das complicações menos incidentes e pode relacionar-se tanto com a microflora cutânea, a incorreta desinfecção do local de punção, a incorreta utilização da técnica de higienização das mãos do profissional, a técnica para inserção do cateter, a contaminação durante a sua inserção e o tipo de material utilizado (OE, 2017a).

Portanto, a prevenção da ocorrência destas complicações passa pela realização de uma correta fixação do cateter, implementação das técnicas de higienização das mãos e desinfecção do local de inserção do cateter protocoladas, seleção do cateter mais adequado para a finalidade terapêutica, implementação dos conhecimentos sobre os sistemas tegumentar e vascular do RN, assim como, das competências técnicas de inserção de cateter venoso periférico adquiridas na prática, e pela explicação aos pais que a manutenção do cateter é extremamente importante, para não ter que passar por uma nova punção, não utilizar soluções de grandes volumes, como frascos ou bolsas de soro. Também se deve realizar a desinfecção da superfície dos conectores antes do flushing e lock do cateter.

### **Cuidados com a Incubadora**

A utilização de incubadoras de parede dupla com alta humidificação (acima de 80%) contribuem para a redução de 2/3 das perdas insensíveis transepidermicas, contribuindo para a manutenção da temperatura corporal do RN. Para além disso, as incubadoras que propiciam elevada humidificação possibilitam a redução do aporte hídrico o que é favorável em situações em que os RNs sejam detetores de uma patologia respiratória, uma vez que a oferta de líquidos deve ser diminuída nestas situações (Ministério da Saúde, 2014).

Os cuidados a ter correspondem à gestão da temperatura e humidade da incubadora, por forma a diminuir as perdas insensíveis e manter a temperatura corporal, importante para a promoção de conforto e para o aumento da sobrevivência dos RN recém-nascidos (Ministério da Saúde, 2014).

A Sociedade Portuguesa de Neonatologia recomenda que o transporte do RN em meio intra e inter-hospitalar seja executado em incubadora de transporte (SPN, 2004).

A troca de incubadoras deve ser realizada sempre entre RNs e a cada 5 a 7 dias, sempre que a condição clínica permita, para limpeza e desinfeção, com vista à prevenção e controlo de infeção. A limpeza das incubadoras deve ser realizada com água e sabão e pode ser aplicada solução de quaternário de amônia. Apesar de esta prática não estar validada é aplicada (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2006).

## 6.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
03-01-2024 15:00	Consciência	
03-01-2024 15:00	Reflexo de sucção	
03-01-2024 15:00	Sistema respiratório	
03-01-2024 15:00	Sistema cardiovascular	
03-01-2024 15:00	Eliminação intestinal	
03-01-2024 15:00	Eliminação urinária	
03-01-2024 15:00	Pele e mucosas	
03-01-2024 15:00	Termorregulação	
03-01-2024 15:00	Volume de líquidos	
03-01-2024 15:00	Sono	
03-01-2024 15:00	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
03-01-2024 15:00	Comportamentos para amamentar	
03-01-2024 15:00	Comportamentos de ligação filho-mãe/pai	
03-01-2024 15:00	Desenvolvimento psicomotor	
03-01-2024 15:00	Desenvolvimento físico	
03-01-2024 15:00	Recém-nascido	
03-01-2024 15:00	Atitudes terapêuticas	
03-01-2024 15:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
03-01-2024 15:00	Sensações somáticas	
03-01-2024 15:00	Digestão	

### 6.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Em contexto infeccioso com foco respiratório o RN pode apresentar alterações da consciência e da função cardiorrespiratória, pode ter dor e subida térmica em resposta imunológica no combate ao microrganismo causador da infeção, assim como num estado mais avançado de comprometimento multiorgânico existem repercussões no volume de líquidos corporais com alterações no balanço hídrico, pelo que seleccionei os domínios: **consciência, sensações somáticas, sistema respiratório e cardiovascular, termorregulação e volume de líquidos**, na minha conceção de cuidados, no sentido de negar a hipótese diagnóstica de um comprometimento em algum destes domínios.

A infeção pode ter ainda como consequência um impacto negativo a nível neurológico, o que pode comprometer os reflexos do RN. Em adição, a separação da mãe, pode comprometer o desenvolvimento do reflexo de sucção, dado o pouco tempo de contacto com a mãe, diminuta oportunidade de treino na mama e maior quantidade de mamadas por biberão, principalmente na UCIN pelo cansaço causado pela exigência respiratória da coordenação sucção-deglutição e pela presença de sonda orogástrica. A separação da mãe pode também ter impacto nos comportamentos que a mãe adota para amamentar, pela diminuta capacidade de treino na UCIN dada a condição clínica do RN. Desta forma identifiquei os domínios **reflexo de sucção e comportamentos para amamentar**, com o intuito de negar a hipótese diagnóstica de um comprometimento.

A **eliminação intestinal e urinária e a pele e as mucosas**, são informativas da resposta do RN recém-nascido à farmacologia instituída e da sua condição clínica. Em adição a antibioterapia aumenta o risco da ocorrência de eritemas de fralda. Para além disso, ao nascimento podem ser detetadas malformações por alterações da funcionalidade dos órgãos que representam. Alterações nas características da urina e nas fezes podem ser indicativas de alguma alteração sistémica, nomeadamente num contexto infeccioso, digestiva ou anatomofisiológica como a obstrução das vias urinárias (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2004b) (Hockenberry & Wilson, 2014). Por estes motivos, seleccionei estes domínios na minha conceção, para negar a hipótese diagnóstica do seu comprometimento.

O sono é uma necessidade básica fundamental. Os RNs necessitam de dormir entre 16 a 18 horas. A UCIN e a UCEN, são locais nos quais os RNs têm instrumentos médicos invasivos e não invasivos para monitorização, são alvo de procedimentos (invasivos e não invasivos) de diagnóstico, terapêutica e cuidados de conforto e satisfação das necessidades básicas e avaliação, frequentemente dolorosos e onde existe muito movimento, o que contribui para a perturbação do sono e desconforto/dor nos RNs. Desta forma, identifiquei os domínios: **sensações somáticas e sono** para promover o conforto e tratamento da dor do cliente do presente caso clínico.

O estabelecimento da ligação entre os pais e o RN contribui para a diminuição do impacto negativo deste evento crítico, que implicou o internamento do RN constituindo um fator

facilitador para a transição saúde-doença do cliente, pelo que selecionei os domínios: **comportamentos de ligação mãe/pai-filho e comportamentos de ligação filho-mãe/pai.**

Sendo que esta condição e o contexto de internamento podem afetar o desenvolvimento deste RN é fundamental a realização da sua avaliação, para a identificação precoce de alterações que motivem a intervenção atempada e ajustada, pelo que considerei pertinente a identificação dos domínios **desenvolvimento físico e psicomotor.**

Identifiquei o domínio **recém-nascido**, uma vez que corresponde à faixa etária do cliente do presente caso clínico o qual tem necessidades típicas da sua fase de desenvolvimento humano integradas neste domínio (Monroe, 2014). Para além disso, respeitante à parentalidade especial e ao exercício parental, os pais desta criança, necessitam de adquirir conhecimento e capacidade para responderem adequadamente às necessidades evidenciadas pelo seu filho.

O RN apresenta uma imaturidade gastrointestinal inerente ao seu desenvolvimento típico que contribui para a ocorrência de episódios de regurgitação. Assim, decidi selecionar o domínio **digestão**, pensando em intervir para incrementar o conforto, atuando com vista a minimizar a ocorrência de regurgitação, diminuir o risco de aspiração de leite para as vias aéreas e negar a hipótese diagnóstica de um comprometimento neste processo corporal.

## 6.6. Conceção de Cuidados

### Consciência

03-01-2024 15:00

03-01-2024 15:00 - Consciente.

#### **03-01-2024 15:00 - Determinar sinais de alteração da consciência**

*03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência*

05-01-2024 20:00

05-01-2024 20:00 - Consciente.

13-01-2024 10:00

13-01-2024 10:00 - Consciente.

### Sensações somáticas

03-01-2024 15:00

03-01-2024 15:00 - Sem manifestação de dor.

#### **03-01-2024 15:00 - Determinar sinais de dor**

*03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução de sinais de dor*

05-01-2024 20:00

05-01-2024 20:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

13-01-2024 10:00

13-01-2024 10:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

### **Reflexo de sucção**

03-01-2024 15:00

03-01-2024 15:00 - Com acanolamento da língua.

03-01-2024 15:00 - Sem peristaltismo da língua.

03-01-2024 15:00 - Com força de sucção.

**03-01-2024 15:00 - Reflexo de sucção comprometido** [RESOLVIDO] 05-01-2024 20:00

**03-01-2024 15:00 - Determinar evolução do reflexo de sucção** [FIM] 05-01-2024 20:00

*03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução do reflexo de sucção [Sem horário] [FIM]*

05-01-2024 20:00

**03-01-2024 15:00 - Promover reflexo de sucção** [FIM] 05-01-2024 20:00

*03-01-2024 15:00 - Estimular o reflexo de sucção [De 3 em 3 horas e em SOS]*

[FIM] 05-01-2024 20:00

05-01-2024 20:00

05-01-2024 20:00 - Com acanolamento da língua [MANTEVE].

05-01-2024 20:00 - Com peristaltismo da língua [MELHOROU].

05-01-2024 20:00 - Com força de sucção [MANTEVE].

### **Sistema respiratório**

03-01-2024 15:00

03-01-2024 15:00 - Frequência respiratória: 43 ciclos/min.

03-01-2024 15:00 - Ritmo respiratório regular.

03-01-2024 15:00 - Movimento respiratório simétrico.

03-01-2024 15:00 - Profundidade da ventilação: inspirações superficiais.

03-01-2024 15:00 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação.

03-01-2024 15:00 - Sem adejo nasal.

03-01-2024 15:00 - Saturação do oxigênio no sangue

03-01-2024 15:00 - Periférico(a): 97 %.

03-01-2024 15:00 - Coloração da mucosa: rosada.

03-01-2024 15:00 - Sons respiratórios: normais.

03-01-2024 15:00 - Secreções em pequena quantidade.

03-01-2024 15:00 - Secreções fluídas.

03-01-2024 15:00 - Secreções esbranquiçadas.

**03-01-2024 15:00 - Ventilação comprometida** [RESOLVIDO] 05-01-2024 20:00

**03-01-2024 15:00 - Determinar evolução da ventilação**

*03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da ventilação*

**03-01-2024 15:00 - Melhorar ventilação** [FIM] 05-01-2024 20:00

*03-01-2024 15:00 - Posicionar para otimizar a ventilação [De 6 em 6 horas] [FIM]*

05-01-2024 20:00

*03-01-2024 15:00 - Iniciar oxigenoterapia [SOS] [FIM]* 05-01-2024 20:00

05-01-2024 20:00

05-01-2024 20:00 - Ritmo respiratório irregular [PIOROU].

05-01-2024 20:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

05-01-2024 20:00 - Profundidade da ventilação: inspirações profundas [PIOROU].

05-01-2024 20:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MELHOROU].

05-01-2024 20:00 - Sem adejo nasal.

05-01-2024 20:00 - Saturação do oxigénio no sangue

05-01-2024 20:00 - Periférico(a): 97 %.

13-01-2024 10:00

13-01-2024 10:00 - Ritmo respiratório irregular [PIOROU].

13-01-2024 10:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

13-01-2024 10:00 - Profundidade da ventilação: inspirações profundas [PIOROU].

13-01-2024 10:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MELHOROU].

13-01-2024 10:00 - Sem adejo nasal.

### **Sistema cardiovascular**

03-01-2024 15:00

03-01-2024 15:00 - Localização do Pulso

03-01-2024 15:00 - Perna Esquerda(o)

03-01-2024 15:00 - Frequência do pulso: 143 pulsações por minuto.

03-01-2024 15:00 - Pulso de grande amplitude (magnus) e irregular.

03-01-2024 15:00 - Pulso rítmico.

03-01-2024 15:00 - Pulso simétrico.

03-01-2024 15:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

03-01-2024 15:00 - Membro inferior Esquerda(o)

03-01-2024 15:00 - Pressão sanguínea sistólica: 62 mmHg.

03-01-2024 15:00 - Pressão sanguínea diastólica: 41 mmHg.

03-01-2024 15:00 - Temperatura das extremidades

03-01-2024 15:00 - Membro inferior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal.

03-01-2024 15:00 - Coloração das extremidades

03-01-2024 15:00 - Membro inferior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades.

03-01-2024 15:00 - Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.

### **03-01-2024 15:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco**

*03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia*

**03-01-2024 15:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea [FIM] 05-01-2024 20:00**

*03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [3 x dia] [FIM] 05-01-2024 20:00*

**03-01-2024 15:00 - Determinar evolução da perfusão dos tecidos periféricos [FIM]**

05-01-2024 20:00

*03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos [Sem horário] [FIM] 05-01-2024 20:00*

05-01-2024 20:00

05-01-2024 20:00 - Localização do Pulso

05-01-2024 20:00 - Pé Direita(o)

05-01-2024 20:00 - Frequência do pulso: 128 pulsações por minuto.

05-01-2024 20:00 - Pulso de grande amplitude (magnus) e regular.

05-01-2024 20:00 - Pulso rítmico.

05-01-2024 20:00 - Pulso simétrico.

05-01-2024 20:00 - Temperatura das extremidades

05-01-2024 20:00 - Membro inferior Direita(o): Temperatura das extremidades normal.

05-01-2024 20:00 - Coloração das extremidades

05-01-2024 20:00 - Membro inferior Direita(o): Coloração normal das extremidades.

13-01-2024 10:00

13-01-2024 10:00 - Temperatura das extremidades

13-01-2024 10:00 - Membro inferior: Temperatura das extremidades normal.

13-01-2024 10:00 - Coloração das extremidades

13-01-2024 10:00 - Membro inferior: Coloração normal das extremidades.

### **Digestão**

03-01-2024 15:00

03-01-2024 15:00 - Com refluxo dos alimentos deglutidos.

**03-01-2024 15:00 - Regurgitação** [RESOLVIDO] 05-01-2024 20:00

**03-01-2024 15:00 - Determinar evolução da regurgitação** [FIM] 05-01-2024 20:00

*03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da regurgitação [SOS] [FIM] 05-01-2024 20:00*

**03-01-2024 15:00 - Prevenir aspiração** [FIM] 05-01-2024 20:00

*03-01-2024 15:00 - Posicionar para prevenir a aspiração [De 3 em 3 horas] [FIM]*

05-01-2024 20:00

05-01-2024 20:00

05-01-2024 20:00 - Sem refluxo dos alimentos deglutidos [MELHOROU].

### **Eliminação intestinal**

03-01-2024 15:00

03-01-2024 15:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

03-01-2024 15:00 - Fezes: em pequena quantidade.

03-01-2024 15:00 - Consistência das fezes: Fezes líquidas.

03-01-2024 15:00 - Coloração das fezes: esverdeada.

**03-01-2024 15:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal**

*03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal*

13-01-2024 10:00

13-01-2024 10:00 - Número de defecações por dia: 1.

13-01-2024 10:00 - Número de defecações por semana: 7.

### **Eliminação urinária**

03-01-2024 15:00

03-01-2024 15:00 - Urina em moderada quantidade.

03-01-2024 15:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

03-01-2024 15:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

03-01-2024 15:00 - Transparência da urina: Límpida.

03-01-2024 15:00 - Frequência da eliminação urinária: normal .

**03-01-2024 15:00 - Determinar evolução da eliminação urinária**

*03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária*

05-01-2024 20:00

05-01-2024 20:00 - Urina em moderada quantidade.

05-01-2024 20:00 - Cor da urina: incolor.

05-01-2024 20:00 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].

05-01-2024 20:00 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

05-01-2024 20:00 - Frequência da eliminação urinária: normal [MANTEVE].

### **Pele e mucosas**

03-01-2024 15:00

03-01-2024 15:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

#### **03-01-2024 15:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos**

*03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos*

05-01-2024 20:00

05-01-2024 20:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

13-01-2024 10:00

13-01-2024 10:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

### **Termorregulação**

03-01-2024 15:00

03-01-2024 15:00 - Temperatura corporal periférica

03-01-2024 15:00 - Região axilar: 37.10 °C.

#### **03-01-2024 15:00 - Determinar evolução da temperatura corporal**

*03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal*

05-01-2024 20:00

05-01-2024 20:00 - Temperatura corporal periférica

05-01-2024 20:00 - Região axilar: 36.90 °C.

13-01-2024 10:00

13-01-2024 10:00 - Temperatura corporal periférica

13-01-2024 10:00 - Região axilar: 36.60 °C.

### **Volume de líquidos**

03-01-2024 15:00

03-01-2024 15:00 - Sinal de Godet

03-01-2024 15:00 - Membro inferior Esquerda(o): Sinal de Godet negativo.

03-01-2024 15:00 - Turgor da pele normal.

03-01-2024 15:00 - Pele hidratada.

03-01-2024 15:00 - Fontanelas normais.

03-01-2024 15:00 - Ausência de olhos encovados.

03-01-2024 15:00 - Quantidade de urina: 18 ml.

#### **03-01-2024 15:00 - Determinar evolução de sinais de desidratação [FIM]**

05-01-2024 20:00

*03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução de sinais de desidratação [Sem horário] [FIM]*

05-01-2024 20:00

*03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução de líquidos eliminados [De 3 em 3 horas] [FIM]*

05-01-2024 20:00

*03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução de entrada de líquidos [De 1 em 1 hora] [FIM]*

05-01-2024 20:00

*03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução do balanço hídrico [De 6 em 6 horas] [FIM]*

05-01-2024 20:00

#### **03-01-2024 15:00 - Determinar evolução de sinais de edema [FIM] 05-01-2024 20:00**

03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução de sinais de edema [Sem horário] [FIM]

05-01-2024 20:00

### **Sono**

03-01-2024 15:00

03-01-2024 15:00 - Dormiu por períodos longos.

03-01-2024 15:00 - Sono reparador.

03-01-2024 15:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 8 Hora.

03-01-2024 15:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 10 Hora.

#### **03-01-2024 15:00 - Determinar evolução do sono**

03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução do sono

05-01-2024 20:00

05-01-2024 20:00 - Dormiu por períodos longos.

05-01-2024 20:00 - Sono reparador [MANTEVE].

05-01-2024 20:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 8 Hora.

05-01-2024 20:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 9 Hora.

13-01-2024 10:00

13-01-2024 10:00 - Sono reparador [MANTEVE].

13-01-2024 10:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 10 Hora.

13-01-2024 10:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 6 Hora.

### **Comportamentos de ligação mãe/pai-filho**

05-01-2024 20:00

05-01-2024 20:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: aceitação materna, com potencial para melhorar a expressão afetiva.

05-01-2024 20:00 - Comportamentos de ligação pai-filho: aceitação paterna, com potencial para melhorar a expressão afetiva.

#### **05-01-2024 20:00 - Ligação mãe/pai-filho**

##### **05-01-2024 20:00 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho**

05-01-2024 20:00 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho

05-01-2024 20:00 - Avaliar evolução da ligação pai-filho [FIM] 13-01-2024 10:00

##### **05-01-2024 20:00 - Promover ligação mãe/pai-filho [FIM] 13-01-2024 10:00**

05-01-2024 20:00 - Executar técnica de pele com pele [FIM] 13-01-2024 10:00

05-01-2024 20:00 - Incentivar a amamentação [De 3 em 3 horas ou de 4 em 4 horas] [FIM] 13-01-2024 10:00

##### **05-01-2024 20:00 - Promover adesão da mãe/pai a estratégias promotoras de ligação mãe/pai-filho**

05-01-2024 20:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da ligação mãe/pai-filho: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-01-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da ligação mãe/pai-filho: facilitador [MELHOROU].

05-01-2024 20:00 - Conscientização da mãe/pai sobre a relação entre a técnica de mãe-canguru e a ligação mãe/pai-filho: facilitadora.

05-01-2024 20:00 - Conscientização da mãe/pai sobre a relação entre a participação nos cuidados e a ligação mãe/pai-filho: facilitadora.

**05-01-2024 20:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho** [RESOLVIDO] 13-01-2024 10:00

05-01-2024 20:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre promoção da ligação mãe/pai-filho [FIM] 13-01-2024 10:00

05-01-2024 20:00 - Ensinar mãe/pai sobre ligação mãe/pai-filho [FIM]

13-01-2024 10:00

05-01-2024 20:00 - Ensinar mãe/pai sobre técnica de pele com pele [FIM]

13-01-2024 10:00

05-01-2024 20:00 - Ensinar mãe/pai sobre desenvolvimento infantil [FIM]

13-01-2024 10:00

05-01-2024 20:00 - Ensinar mãe/pai sobre temperamento [FIM] 13-01-2024 10:00

05-01-2024 20:00 - Avaliar evolução da adesão da mãe/pai a estratégias promotoras de ligação mãe/pai-filho

13-01-2024 10:00

13-01-2024 10:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador [MELHOROU].

**Comportamentos para amamentar**

13-01-2024 10:00

13-01-2024 10:00 - Oferece a mama quando reconhece sinais de fome.

13-01-2024 10:00 - Adota posição confortável para facilitar o mamar.

13-01-2024 10:00 - Termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade.

13-01-2024 10:00 - Utiliza estratégias para estimular o mamar.

13-01-2024 10:00 - Com manifestações de pega adequada.

**13-01-2024 10:00 - Amamentação**

**13-01-2024 10:00 - Determinar evolução da amamentação**

13-01-2024 10:00 - Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar

**13-01-2024 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: gestão da amamentação**

13-01-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre amamentação

13-01-2024 10:00 - facilitador.

13-01-2024 10:00 - Capacidade da mãe para amamentar

13-01-2024 10:00 - facilitadora.

13-01-2024 10:00 - Autoeficácia da mãe para amamentar

13-01-2024 10:00 - facilitadora.

13-01-2024 10:00 - Consciencialização da mãe/pai sobre a relação entre o número de mamadas e a produção de leite: facilitadora.

13-01-2024 10:00 - Significado atribuído pela mãe/pai à amamentação: não dificultador.

13-01-2024 10:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: gestão da amamentação

13-01-2024 11:00 - A mãe/pai adota comportamentos de gestão da amamentação.

**Comportamentos de ligação filho-mãe/pai**

03-01-2024 15:00

**03-01-2024 15:00 - Determinar evolução da vinculação**

*03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da vinculação*

05-01-2024 20:00

05-01-2024 20:00 - Comportamentos de vinculação: procura atrair a presença do adulto com choro, sorriso, balbuciar, olhar ou agitando os braços; comportamentos direcionados a qualquer pessoa, porque não consegue distinguir adultos.

13-01-2024 10:00

13-01-2024 10:00 - Comportamentos de vinculação: procura atrair a presença do adulto com choro, sorriso, balbuciar, olhar ou agitando os braços; comportamentos direcionados a qualquer pessoa, porque não consegue distinguir adultos [MANTEVE].

**Desenvolvimento psicomotor**

03-01-2024 15:00

03-01-2024 15:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme.

03-01-2024 15:00 - Desenvolvimento da função motora fina: sem sinais de alarme.

03-01-2024 15:00 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme.

03-01-2024 15:00 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme.

03-01-2024 15:00 - Desenvolvimento da linguagem: sem sinais de alarme.

03-01-2024 15:00 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: sem sinais de alarme.

**03-01-2024 15:00 - Desenvolvimento infantil** [RESOLVIDO] 05-01-2024 20:00

**03-01-2024 15:00 - Determinar evolução do desenvolvimento infantil**

*03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução do desenvolvimento infantil*

**03-01-2024 15:00 - Promover desenvolvimento infantil** [FIM] 13-01-2024 11:00

*03-01-2024 15:00 - Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil* [FIM] 13-01-2024 11:00

05-01-2024 20:00

05-01-2024 20:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme [MANTEVE].

05-01-2024 20:00 - Desenvolvimento da função motora fina: sem sinais de alarme [MANTEVE].

05-01-2024 20:00 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme [MANTEVE].

05-01-2024 20:00 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme [MANTEVE].

05-01-2024 20:00 - Desenvolvimento da linguagem: sem sinais de alarme [MANTEVE].

05-01-2024 20:00 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: sem sinais de alarme [MANTEVE].

13-01-2024 10:00

13-01-2024 10:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme [MANTEVE].

13-01-2024 10:00 - Desenvolvimento da função motora fina: sem sinais de alarme [MANTEVE].

13-01-2024 10:00 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme [MANTEVE].

13-01-2024 10:00 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme [MANTEVE].

13-01-2024 10:00 - Desenvolvimento da linguagem: sem sinais de alarme [MANTEVE].

13-01-2024 10:00 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: sem sinais de alarme [MANTEVE].

13-01-2024 11:00

**13-01-2024 11:00 - Desenvolvimento infantil**

**03-01-2024 15:00 - Determinar evolução do desenvolvimento infantil**

*03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução do desenvolvimento infantil*

**03-01-2024 15:00 - Promover desenvolvimento infantil [FIM] 13-01-2024 11:00**

*03-01-2024 15:00 - Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil [FIM] 13-01-2024 11:00*

**Desenvolvimento físico**

03-01-2024 15:00

03-01-2024 15:00 - Peso: 3.46 Kg.

03-01-2024 15:00 - Percentil do peso: P(50).

03-01-2024 15:00 - Comprimento/Altura: 46.00 cm.

03-01-2024 15:00 - Percentil do comprimento: P(1).

03-01-2024 15:00 - Perímetro cefálico: 33.00 cm.

03-01-2024 15:00 - Percentil do perímetro cefálico: P(5).

03-01-2024 15:00 - Índice de massa corporal: 16.35 Kg/m<sup>2</sup>.

03-01-2024 15:00 - Percentil do índice de massa corporal: P(97).

03-01-2024 15:00 - Encerramento da fontanela

03-01-2024 15:00 - Posição posterior: sem compromisso.

05-01-2024 20:00

05-01-2024 20:00 - Peso: 3.20 Kg.

05-01-2024 20:00 - Percentil do peso: P(25).

**05-01-2024 20:00 - Determinar evolução do crescimento**

*05-01-2024 20:00 - Avaliar evolução do crescimento*

13-01-2024 10:00

13-01-2024 10:00 - Peso: 3.54 Kg.

**Recém-nascido**

05-01-2024 20:00

13-01-2024 10:00

**13-01-2024 10:00 - Recém-nascido**

*05-01-2024 20:00 - Dar banho [Consoante planeado com os pais e/ou 1x dia] [FIM]*

13-01-2024 10:00

*05-01-2024 20:00 - Vestir/despir [Após o banho e em SOS] [FIM] 13-01-2024 10:00*

*05-01-2024 20:00 - Trocar fralda [3 em 3 horas] [FIM] 13-01-2024 10:00*

*05-01-2024 20:00 - Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil [FIM] 13-01-2024 10:00*

*05-01-2024 20:00 - Alimentar através de biberão [3 em 3 horas] [FIM] 13-01-2024 10:00*

*05-01-2024 20:00 - Implementar medidas de segurança [FIM] 13-01-2024 10:00*

*05-01-2024 20:00 - Implementar estratégias de promoção do sono [FIM] 13-01-2024 10:00*

*05-01-2024 20:00 - Executar cuidados de higiene oral [1x dia] [FIM] 13-01-2024 10:00*

05-01-2024 20:00 - *Tratar do coto do cordão umbilical [Durante o banho] [FIM]*

13-01-2024 10:00

**13-01-2024 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: higiene e conforto**

13-01-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre higiene do recém-nascido: facilitador.

13-01-2024 10:00 - Significado atribuído pela mãe/pai ao dar banho: não dificultador.

13-01-2024 10:00 - Significado atribuído pela mãe/pai ao tratamento do coto umbilical: não dificultador.

*13-01-2024 10:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: higiene e conforto*

13-01-2024 11:00 - Boa condição de higiene e asseio da criança.

13-01-2024 11:00 - Vestuário da criança adequado face às condições ambientais e antropométrica.

**13-01-2024 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: sono/repouso**

13-01-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre sono do recém-nascido: facilitador.

*13-01-2024 10:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: sono/repouso*

13-01-2024 11:00 - Boa condição da qualidade e duração do sono da criança.

**13-01-2024 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: segurança**

13-01-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-01-2024 11:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança do recém-nascido: facilitador [MELHOROU].

13-01-2024 10:00 - Capacidade da mãe/pai para transportar o recém-nascido em segurança: facilitadora.

**13-01-2024 10:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido [RESOLVIDO]** 13-01-2024 11:00

*13-01-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança do recém-nascido [FIM]* 13-01-2024 11:00

*13-01-2024 10:00 - Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: transporte [FIM]* 13-01-2024 11:00

*13-01-2024 10:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: segurança*

13-01-2024 11:00 - A mãe/pai adota parcialmente comportamentos promotores da segurança da criança de acordo com a recomendação.

**13-01-2024 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde**

13-01-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido: facilitador.

13-01-2024 10:00 - Significado atribuído pela mãe/pai à vacinação: não dificultador.

13-01-2024 10:00 - *Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde*

13-01-2024 11:00 - A mãe/pai adota comportamentos de vigilância e promoção da saúde da criança de acordo com a recomendação.

**13-01-2024 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: lidar com o choro**

13-01-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre choro do recém-nascido: facilitador.

13-01-2024 10:00 - Capacidade da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido: facilitadora.

13-01-2024 10:00 - Autoeficácia da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido: facilitadora.

13-01-2024 10:00 - *Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: lidar com o choro*

13-01-2024 11:00 - A mãe/pai adota comportamentos para lidar com o choro de acordo com a recomendação.

**13-01-2024 10:00 - Promover papel parental desenvolvimental: desenvolvimento infantil**

13-01-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil durante o período de recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

13-01-2024 11:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil durante o período de recém-nascido: facilitador [MELHOROU].

13-01-2024 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

13-01-2024 11:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido: facilitador [MELHOROU].

**13-01-2024 10:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre desenvolvimento infantil durante o período de recém-nascido**

[RESOLVIDO] 13-01-2024 11:00

13-01-2024 10:00 - *Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil no período de recém-nascido [FIM]* 13-01-2024 11:00

13-01-2024 10:00 - *Ensinar mãe/pai sobre desenvolvimento infantil no período de recém-nascido [FIM]* 13-01-2024 11:00

**13-01-2024 10:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido** [RESOLVIDO] 13-01-2024 11:00

13-01-2024 10:00 - *Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido [FIM]* 13-01-2024 11:00

13-01-2024 10:00 - *Ensinar mãe/pai sobre estratégias para promover o*

## **6.7. Especificação das intervenções**

Avaliar evolução do desenvolvimento infantil

- Observação geral com enfoque em assimetrias ou malformações que comprometam o desenvolvimento psicomotor
- A nível sensoriomotor e cognitivo: o recém-nascido têm os reflexos presentes? (reflexo corneano, reflexo pupilar, reflexo olho de boneca, reflexo de espirro, reflexo glabellar, reflexo de sucção, reflexo de vômito, reflexo de busca, reflexo de extrusão, reflexo de bocejo, reflexo de tosse, reflexo de preensão, reflexo de babinski, reflexo do clônus de tornozelo, reflexo de moro, reflexo do susto, reflexo de Perez, reflexo do tônus do pescoço, reflexo de Galant, reflexo de marcha, reflexo de reptação e reflexo tónico assimétrico cervical)
- No âmbito da linguagem: o recém-nascido manifesta vários tipos de choro para expressar uma necessidade?
- Em relação à integração sensorial: o recém-nascido leva ambas as mãos ao biberão? (demonstra noção corporal, proprioceção); o recém-nascido acalma com ao ser embalado e irrita-se ao ser pegado com maior velocidade? (resposta vestibular); o recém-nascido fecha a mão ao estímulo tátil? (resposta tátil)
- Desenvolvimento dos órgãos sensoriais: o recém-nascido reconhece a voz da mãe? (audição); o recém-nascido tem o reflexo de busca quando sente o cheiro do leite? (olfato); o recém-nascido concentra-se na mama da mãe quando tem fome ou observa um objeto a 20cm de distância? (visual)

Estimular o reflexo de sucção

- Estimulação da sucção não nutritiva com dedo enluvado

Posicionar para otimizar a ventilação

- Alternar posicionamentos com ligeira elevação da cabeceira da incubadora/berço

Avaliar evolução de sinais de desidratação

- Tensão das fontanelas (fontanelas deprimidas?)
- Turgor da pele (prega cutânea presente?)
- Olhos encovados?
- Diminuição do débito urinário?

Posicionar para prevenir a aspiração

- Posicionar na vertical ou com a cabeceira ligeiramente elevada
- Posicionar em canguru ou no colo dos pais

Executar tratamento ao local de inserção da sonda gástrica

- Mudar adesivo de fixação, sempre que não estiver íntegro

Otimizar cateter venoso periférico

- Realizar flush com 1 a 2 ml de NaCl numa seringa de 10ml

Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico

- Trocar penso do cateter se húmido ou repassado

Avaliar evolução do nível de inserção da sonda gástrica

- Observar o nível da sonda na comissura labial previamente a cada administração de leite

Otimizar ventilação não invasiva

- Adaptar bem a máscara nasal
- Adaptar bem o gorro e as aletas

Avaliar evolução do balanço hídrico

- Cálculo do balanço hídrico: Subtrair à quantidade de líquido que entrou no organismo, a quantidade de líquidos eliminada, durante o turno.

Otimizar incubadora

- Gerir temperatura e humidade da incubadora mediante temperatura corporal do recém-nascido
- Cobrir a incubadora para minimizar a intensidade da luminosidade

Trocar incubadora

- Desinfetar todos os cabos
- Fazer o ninho na incubadora "nova"
- Colocar o recém-nascido na nova incubadora

Avaliar evolução da ligação mãe-filho

- A mãe apresenta comportamentos de responsividade?
- A mãe apresenta comportamentos de afetividade?

Executar técnica de pele com pele

- Colocar recém-nascido despido no peito ou abdómen da mãe em contacto com a sua pele

Ensinar mãe/pai sobre técnica de pele com pele

- Importância para o desenvolvimento imunitário e psicomotor e para o estabelecimento de uma ligação segura entre os pais e o filho
- Posicionamento correto para a realização da técnica

Ensinar mãe/pai sobre ligação mãe/pai-filho

- Importância das reações sensoriais do recém-nascido para a interação: contacto visual, voz, cheiro, toque e biorritmicidade
- Seis estadios de consciência do recém-nascido
- Quando o recém-nascido está recetivo à estimulação
- Importância do apego na relação entre mãe/pai/filho
- Estratégias para comunicar com o recém-nascido (música, fala, toque, estratégias de relaxamento)

Implementar estratégias de promoção do sono

- Técnica de sucção não nutritiva
- Técnicas de relaxamento (musicoterapia, embalar)
- Reduzir o ruído e a luminosidade da unidade principalmente no período noturno
- Técnica de swapping para aumentar a sensação de contenção, semelhante ao útero
- Realizar um ninho dentro da incubadora
- Controle da dor e a temperatura corporal

Tratar do coto do cordão umbilical

- Higienizar o coto umbilical com água e sabão durante o banho ou desinfetar com soro fisiológico

Avaliar evolução da ligação pai-filho

- O pai apresenta comportamentos de responsividade?
- O pai apresenta comportamentos de afetividade?

Ensinar mãe/pai sobre desenvolvimento infantil

- Importância de responder adequadamente às necessidades do recém-nascido
- Benefícios psicoemocionais e sociais do apego para o recém-nascido (auto-regulação, resiliência, lidar com a frustração, segurança nos relacionamentos)

Ensinar mãe/pai sobre temperamento

- Tipos de temperamento (colérico, melancólico, fleumático e sanguíneo)
- Estratégias para lidar com o temperamento do recém-nascido

Ensinar mãe/pai sobre medidas de segurança: transporte

- Colocação adequada dos cintos de segurança em qualquer situação
- Pousar o ovo em local firme (no chão)
- Fixar corretamente o ovo no carro

Ensinar mãe/pai sobre desenvolvimento infantil no período de recém-nascido

- Interação com a mãe e com os outros
- Reconhecimento de sons diferentes e comportamento de acordo com a intensidade do som
- Capacidade visual a 20-30 cm de distância
- Força para tentar elevar a cabeça

Ensinar mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido

- Rodar o posicionamento do filho no berço para promover a rotação da cabeça para os dois lados
- Conversar com o filho, tanto de um lado como do outro para promover a audição bilateral
- Reproduzir músicas
- Responder às necessidades do filho de forma adequada permitindo alguns períodos de choro para ensinar a lidar com a frustração
- Promover o conforto e o sentimento de segurança conhecendo os padrões do filho,

respeitando rotinas

- Prevenir situações de stress extremo que causem respostas de choro intenso e irritado
- Posicionar o filho de barriga para baixo para promover o aumento de força cervical, sempre sob supervisão

## 6.8. Síntese relativa ao caso

Para os aspetos dos processos corporais como, por exemplo o sistema respiratório, os resultados esperados correspondem à modificação da condição dos mesmos.

Relativamente aos aspetos do processo adaptativo apresentam-se os resultados esperados, organizados por tipo de diagnóstico.

### Indicadores de resultado

#### Diagnóstico:

Potencial para melhorar o conhecimento da mãe/pai sobre promoção da ligação mãe/pai-filho

#### Indicadores de resultado:

- Que a mãe verbalize os benefícios do apego para o desenvolvimento socioemocional e psicológico do seu filho;
- Que a mãe verbalize que a amamentação, a técnica pele com pele e da aquisição de conhecimento sobre o temperamento do seu filho são estratégias que promovem a ligação com o seu filho;
- Que a mãe verbalize que o estabelecimento da ligação com o filho promove a segurança e o conforto do seu filho, contribuindo para a vinculação.

#### Diagnóstico:

Potencial para melhorar o conhecimento da mãe/pai sobre medidas de segurança

#### Indicadores de resultado:

- Que a mãe verbalize que a correta colocação dos cintos de segurança deve ser realizada sempre, sem exceção;
- Que a mãe verbalize que pouso do ovo em locais firmes e seguros;
- Que a mãe verbalize a correta colocação e fixação do ovo no carro.

#### Diagnóstico:

Potencial para melhorar o conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil no período de RN

Indicadores de resultado:

- Que a mãe verbalize que o seu filho interage com ele e com os outros;
- Que a mãe verbalize que o seu filho reconhece a sua voz e que adota comportamentos diferentes perante sons diferentes e consoante a sua intensidade
- Que a mãe verbalize que o seu filho vê objetos a cerca de 20-30 cm de distância;
- Que a mãe verbalize que o seu filho abre os braços e movimenta quando tem a sensação de queda;
- Que a mãe verbalize que o seu filho tenta segurar a cabeça quando está de barriga para baixo.

Diagnóstico:

Potencial para melhorar o conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de RN

Indicadores de resultado:

- Que a mãe verbalize que roda o berço para o seu filho rodar a cabeça para ambos os lados de forma simétrica;
- Que a mãe verbalize que conversa com o seu filho de vários ângulos para promover a audição e a linguagem;
- Que a mãe verbalize que reproduz músicas;
- Que a mãe verbalize que responde às necessidades do filho permitindo alguns períodos de choro para o ensinar a lidar com a frustração;
- Que a mãe verbalize que respeita as rotinas do filho, conhecendo os seu hábitos, para promover a sensação de segurança e conforto;
- Que a mãe verbalize que previne situações de stress que originam choro intenso e irritado;
- Que a mãe verbalize que posiciona o filho de barriga para baixo sob a sua supervisão par promover o aumento da força na região cervical.

### **Justificação da tomada de decisão**

Durante a avaliação física do RN, foi identificada a presença de pé boto. Qualquer assimetria no movimento motor pode refletir alterações ao nível neurodesenvolvimental, pelo que o RN tem um fator de risco para o desenvolvimento da marcha. Contudo, nesta situação clínica, tendo em conta que a avaliação do desenvolvimento psicomotor se encontra dentro do que é expectável dada a faixa etária do cliente, não identifiquei o diagnóstico de desenvolvimento infantil.

Esta situação tinha indicação para correção com tala gessada, que foi colocada numa consulta externa posterior à sua alta. Por esta razão, o peso do RN aumentou consideravelmente, quando avaliado no domicílio, o que não correspondia ao peso que o RN efetivamente aumentou desde a alta. Contudo, mantinha um bom estado geral e aparentava estar saciado sob amamentação

exclusiva em livre demanda.

Apenas foi possível realizar avaliação dos comportamentos para amamentar e do papel parental desenvolvimental relacionado com a fase do desenvolvimento humano RN, assim como, de executar intervenções educacionais sobre o desenvolvimento infantil, estratégias para promover o desenvolvimento infantil e segurança, aquando da visita domiciliária, dado o curto período de permanência dos pais junto da criança durante o internamento.

Por esta razão, surgiu o diagnóstico de enfermagem comportamentos de ligação mãe/pai-filho. No dia 3 os pais não compareceram no serviço e no dia 5 apenas foi possível realizar intervenção educacional sobre comportamentos de ligação mãe/pai-filho. Durante a visita domiciliária identifiquei que esta ligação foi estabelecida entre a mãe e o RN, constituindo um fator facilitador para o processo de transição para a parentalidade.

A implementação de uma filosofia de parceria de cuidados, atendendo ao perfil das necessidades do RN antes, durante e após o internamento, à disponibilidade e vontade dos pais para participarem nos cuidados ao seu filho e à duração do internamento, numa ótica de promover a transição para a parentalidade, facilitou a preparação para a alta. Esta parceria objetiva também a prevenção de complicações após a alta e a promoção de comportamentos de ligação e afetivos adequados e seguros.

Este contacto foi fundamental para avaliar se a mãe atingiu a mestria relativamente à transição para a parentalidade, uma vez que os indicadores de processo relacionados com o exercício do papel parental desenvolvimental relativamente à higiene e conforto, sono/repouso, vigilância e promoção da saúde e lidar com o choro, assim como os comportamentos interativos para amamentar e de ligação mãe-filho, estavam facilitadores, dado que todas as intervenções educacionais respetivas tinham sido realizadas ao longo do internamento. Para além disso, a mãe mostrou-se disponível para aprender e motivada a melhorar as suas práticas.

Uma vez que o RN apresentava uma boa evolução ponderal e estava a ingerir leite materno exclusivo, priorizei a avaliação dos outros aspetos relativos ao exercício do papel parental desenvolvimental e não avalei o conhecimento da mãe sobre o crescimento e a ingestão nutricional.

No início deste contacto a mãe transportou o RN recém-nascido no ovo sem o cinto de segurança apertado ao entrar em casa, referindo "É só até ali". O caminho implicava a descida de escadas com alguns degraus em piso molhado. Esta situação tornou o momento oportuno para a realização de uma intervenção educacional sobre segurança no transporte do RN.

Portanto, a minha decisão terapêutica teve por base os dados tomados como relevantes para identificar o potencial para melhorar o conhecimento da mãe sobre medidas de segurança, desenvolvimento infantil e estratégias para promover o desenvolvimento infantil. O

conhecimento que a mãe detinha, o que a mãe necessitava aprender, o que a mãe queria aprender, a sua disponibilidade para aprender (caraterísticas comportamentais) e a sua motivação para aprender, foram aspetos que levei em consideração durante a minha atuação.

Na prestação de cuidados a este RN foi uma filosofia de parceria de cuidados, na qual, sempre que possível, os pais foram incentivados a participar nos cuidados ao seu filho. A implementação da parceria de cuidados teve o perfil de necessidades da criança, a condição da criança antes, durante e após o internamento, a vontade e disponibilidade dos pais para participarem nos cuidados e a duração do internamento.

### **Prioridades no planeamento dos cuidados**

No contexto de neonatologia a intervenção de enfermagem organiza-se por prioridades, que respeitam a ordem da mnemónica ABCDE, com o objetivo de tratar de imediato situações que possam colocar em risco a vida do RN. Portanto a prestação de cuidados a este RN inicia pela avaliação da via aérea (A). Se o RN chora a via aérea encontra-se patente. Nesta situação, o B – Ventilação está comprometida. A manutenção da ventilação deve ser a prioridade principal no cuidado a este RN. Os parâmetros para avaliação da ventilação estão integrados no **domínio sistema respiratório e atitudes terapêuticas**. Posteriormente, intervir no C – circulação, procedendo à avaliação e vigilância hemodinâmica da criança, testar funcionalidade do cateter para administração de medicação, vigiar os efeitos farmacológicos secundários, observar as caraterísticas da pele e mucosas e sinais de choque séptico, ao que correspondem os domínios: **pele e mucosas, sistema cardiovascular, eliminação urinária, eliminação intestinal, volume de líquidos, sensações somáticas e cateteres**. Seguidamente, avaliar a consciência (D), onde se insere o domínio **consciência**. Este RN apresenta abertura ocular espontânea, chora e apresenta-se ativo, respondendo a estímulos, pelo que está consciente. A letra E diz respeito ao controlo da temperatura corporal, que corresponde ao domínio **termorregulação**. Estando asseguradas as condições anteriores, seguem-se os domínios essenciais para o desenvolvimento e satisfação das necessidades desenvolvimentais, de conforto, segurança e afeto do RN: **digestão, sono, recém-nascido, desenvolvimento psicomotor, desenvolvimento físico, reflexo de sucção, comportamentos de ligação filho-mãe/pai e comportamentos de ligação mãe/pai-filho**. Por último, a prioridade recai sobre a intervenção nos domínios que contribuem para a promoção da transição para a parentalidade: **recém-nascido e comportamentos para amamentar**.

No domicílio a intervenção é direcionada a avaliação do desenvolvimento infantil, crescimento e à promoção do papel parental desenvolvimental. Desta forma, a prioridade relaciona-se com a intervenção educacional na área da prevenção da doença e promoção da saúde, onde se inserem os domínios: **desenvolvimento infantil e físico, recém-nascido e comportamentos para amamentar**.

## **Intervenções de Enfermagem; Contributos específicos face aos objetivos e prioridades**

Segundo a CIPE, a ação avaliar concetualiza-se no verbo “Determinar: Processo contínuo para medir o progresso, ou em que extensão os objetivos estabelecidos foram atingidos” (ICN, 2020, p.16). As intervenções do tipo “avaliar evolução” permitem caracterizar a condição e prescrever as intervenções de forma adequada. Neste caso, contribuiu para identificar a evolução da condição clínica do RN, essencialmente, a nível da melhoria do processo ventilatório.

A intervenção do tipo ensinar, segundo a CIPE é “Informar: dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde”, pelo que esta intervenção consiste na prescrição de informação baseada em Informoterapia, que permitirá à mãe progredir para a mestria no que diz respeito ao seu conhecimento sobre o a promoção da ligação mãe/pai-filho, sobre segurança e sobre o desenvolvimento infantil, através da aquisição de conhecimento sobre estratégias promotoras de segurança, do estabelecimento de uma relação de afeto e do desenvolvimento imunitário, socioemocional, sensoriomotor e da linguagem (ICN, 2020, p.50).

A intervenção do tipo executar, segundo a CIPE é definida por uma “Ação: desempenhar uma tarefa técnica” (ICN, 2020, p.60). Esta intervenção consiste na implementação de estratégias e técnicas, que permitem melhorar a condição do RN e promover o seu desenvolvimento. Neste caso, o posicionar contribuiu para a melhoria da ventilação, e a realização da técnica do contacto pele com pele e o planeamento da participação dos pais nos cuidados ao seu filho contribui para a criação de uma ligação segura entre os pais e o filho e promove a transição para a parentalidade. Estas intervenções permitem ainda a realização de intervenções que visam a substituição do papel parental nos cuidados ao RN's, quando os pais não estão presentes.

Neste domínio insere-se também a intervenção trocar “Executar: substituir uma coisa por outra”, que caso seja necessário realizar a troca do cateter, por não se encontrar funcionante, possibilita a continuação da administração da medicação endovenosa se necessário. Por outro lado, a troca de incubadora contribui para a prevenção e o controlo da infeção (ICN, 2020, p.134).

A intervenção otimizar “Manter: conseguir o melhor resultado”, possibilita a manutenção da administração terapêutica, caso seja prescrita medicação endovenosa após o procedimento cirúrgico (ICN, 2020, p.90).

As intervenções referenciar consistem em “Coordenar: encaminhar ou indicar uma pessoa a alguém ou a alguma coisa”. São intervenções que carecem da avaliação e intervenção de outro profissional de saúde para o alcance do objetivo terapêutico (ICN, 2020, p.109).

Este estudo de caso compreendeu aspetos fundamentais para o desenvolvimento das seguintes competências de Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica: "Promove o

desenvolvimento e crescimento infantil"; "Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade (...); "Promove a vinculação de forma sistemática (...)" "Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança (...); "Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura" e "Diagnostica precocemente e intervém (...) nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança" (OE, 2018, pp. 19193-19194).

## 7. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo está organizado de acordo com as Competências Comuns que o enfermeiro deve desenvolver para se tornar especialista, e de acordo com as Competências Específicas de EESIP. Assim, tive como guia orientador, o Regulamento n.º 422/2018 publicado em Diário República, 2.ª série n.º 133 de 12 de julho de 2018 e o Regulamento n.º 140/2019 publicado em Diário República, 2.ª série n.º 26 de 06 de fevereiro de 2019.

Sobre o desenvolvimento das referidas competências apresento algumas das mais relevantes experiências e a análise crítico-reflexiva suportada no Referencial Teórico.

Incorporo, também, neste capítulo o obtido relativamente ao projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, centrado na avaliação do desenvolvimento infantil.

### **COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

- Responsabilidade profissional, ética e legal: “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (OE, 2019, p. 4746).

Cada ação do enfermeiro é uma reunião de todos os seus valores, princípios e crenças pessoais com os valores princípios, normas deontológicas e bioética profissional. O conflito entre estes conceitos despoleta um dilema ético, sobre o qual o enfermeiro realiza a sua tomada de decisão. Estes dilemas são tão maiores quanto maiores forem os fatores internos do profissional, o estado emocional e psicológico, as experiências, a filosofia de vida, os conhecimentos e os sentimentos despertados pela situação clínica que o marcou, os quais condicionam o seu pensamento crítico no quotidiano.

Perante um dilema ético, a tomada de decisão não é certa ou errada e os valores e princípios que são considerados no imediato, nem sempre são os que têm maior "peso" quando há tempo para a reflexão e análise crítica e fundamentada. Enfermagem nunca irá ser uma ciência objetiva e a sua subjetividade desgasta o emocional, cansa o psicológico e vai sobrecarregando o físico. Quando o cliente dos cuidados é um RN, criança ou adolescente, a tomada de decisão exige muito mais do profissional e a complexidade dos dilemas aumenta. Quanto mais urgente for a situação clínica mais penosa é a tomada de decisão, sendo que o tempo é escasso para a análise e reflexão. Portanto, a reflexão e análise posteriores sobre todas as decisões tomadas durante a prática, fundamentadas nos princípios, valores e normas deontológicas, são

prementes para que se tome uma decisão consciente, lúcida e racional.

A decisão de reanimar ou não reanimar é um dilema ético frequente nos cuidados de enfermagem em pediatria e apesar de ser uma decisão médica, pode colocar o enfermeiro diante do dilema de decidir entre cumprir o seu dever e cumprir a prescrição ou o dever de salvaguardar o que entende ser o melhor interesse da pessoa. Num RN a decisão de não reanimar deve ser ainda mais cautelosa. O RN tem uma plasticidade cerebral e neural que impossibilita uma projeção do seu estado clínico no futuro (Hockenberry et al., 2018).

No estágio em contexto de neonatologia, durante a passagem de turno foi transmitida a informação de um RN prematuro diagnosticado com Epidermólise Bolhosa (EB) que entrou em paragem cardiorrespiratória. A EB é uma doença de caráter crónico que se caracteriza pelo surgimento de vesículas de líquido proteico que tornam a superfície cutânea suscetível à infeção devido à perda da sua integridade, causando sofrimento e dor. A reanimação durou duas horas e o RN sobreviveu. Desconhece-se as repercussões que a hipoxia cerebral causou.

A condição familiar deste RN era precária, uma vez que os pais tinham chegado a Portugal há poucos meses, para onde emigraram para fugir da guerra. O pai referia “não ter coragem para visitar o filho, porque não conseguia vê-lo daquela forma” e a mãe visitava o RN num curto período de tempo e não era diariamente. Embora os pais expressassem querer ficar com o filho, não se envolviam nos cuidados. Recusavam apoio psicológico, porque tinham uns amigos psicólogos no país de onde eram naturais que lhes ofereciam o suporte necessário. Sem retaguarda familiar, este RN não teria ninguém para cuidar dele caso os pais não estivessem aptos para o fazer.

A deliberação deste caso teve por base os princípios que protegem os direitos humanos, os valores humanos e os deveres legais do enfermeiro.

À luz dos direitos humanos firmo a minha fundamentação na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) e na Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) e à luz da ética e deontologia profissional a minha argumentação fundamenta-se no Código Deontológico (CD) de enfermagem.

No domínio específico da Bioética, a DUBDH reconhece a relação entre a ética e os direitos humanos, incorporando princípios norteadores do respeito pela dignidade, pelos direitos humanos e pelas liberdades fundamentais (UNESCO, 2006).

A DUDH, toma por consideração os factos que relevam a importância da defesa social dos direitos humanos igualitários, reconhecendo a dignidade e o valor da pessoa humana, reconhecendo o contributo dos direitos humanos para a liberdade, justiça e paz no mundo, pela promoção da criação de relações amistosas, diminuição de atos barbáries, tirania e opressão, libertando os seres humanos de terror e miséria (UNICEF, 1948).

Posto isto, realizo a análise dos deveres do enfermeiro diante deste caso clínico com base no CD de enfermagem. De acordo com o respetivo enquadramento legal, o CD de enfermagem, enuncia os princípios e interpreta as normas de comportamento, contribuindo para a orientação da conduta profissional de enfermagem, assente nos direitos e deveres dos profissionais, com alicerce nos princípios éticos e de autorregulação da profissão de enfermagem, definindo os seus limites de atuação (OE, 2015b).

O respeito pela vida, pela dignidade humana e pelos direitos humanos constituem deveres dos enfermeiros no seu exercício, conforme disposto na alínea a), do artigo 97.º do Estatuto do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) “Exercer a profissão com os adequados conhecimentos (...), com respeito pela vida, pela dignidade humana” e na alínea a) do artigo 103.º do CD no que se refere aos direitos à vida e à qualidade de vida, no respeito do direito da pessoa à vida, o enfermeiro deve “atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, pelo que protege e defende a vida humana em todas as circunstâncias” (OE, 2015c, p. 78; OE, 2015b, p. 6). Na reflexão sobre este caso, este princípio é ainda enaltecido no artigo 3.º da DUBDH - dignidade humana e direitos humanos, que defende o respeito pela dignidade humana, pelos direitos humanos e pelas liberdades fundamentais, tal como no artigo 1º da DUDH, que explana “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos” e no artigo 3º da DUDH, que expõe “todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal” (UNESCO, 2006, p. 1; UNICEF, 1948).

Estas normas suportam a decisão de reanimar, uma vez que, embora o RN fosse portador de uma doença crónica que poderia ter implicações na sua qualidade de vida e bem-estar, tendo em conta a afeição potencial a nível do autocuidado, autoconceito e autoimagem, assim como, a necessidade de frequentes idas ao hospital e elevado risco de infeção, estes são aspetos comportamentais e relativos à evolução da doença que ninguém consegue prever e que não cabe aos profissionais ponderar sobre eles, pelo que predomina o respeito pela vida humana. Contudo, reflito se duas horas de reanimação não pode ser considerado um ato de obstinação terapêutica, reportando para o incumprimento do dever do enfermeiro, referente ao artigo 103.º “dos direitos à vida e à qualidade de vida”, enunciado na alínea d) do CD “recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante”? (OE, 2015b, p. 6).

Em relação à obstinação terapêutica o artigo 4.º da lei nº 31/2018, de 18 de julho, coloca em evidência que “as pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida têm direito (...) a não ser alvo de distanásia, através da obstinação terapêutica e diagnóstica, designadamente, pela aplicação de medidas que prolonguem ou agravem de modo desproporcionado o seu sofrimento” (Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa, 2023).

Distanásia consiste no atraso da morte ao máximo, através da utilização de meios e realização de procedimentos ao alcance, mesmo que não haja esperança na cura, causando sofrimento adicional à pessoa, que não conseguirá prevenir o inevitável, a morte, apenas a pode atrasar.

Pode também referir-se ao prolongar a vida de forma artificial, sem perspectiva de melhoria da condição clínica ou cura. É o prolongar da agonia e a morte com sofrimento físico ou psicológico (Cano et al., 2020).

A prática de distanásia, de forma descontrolada e desproporcionada é o compromisso de um valor ético e jurídico intáctil, a dignidade da pessoa humana. Impedir que a morte ocorra pode ser uma afronta dos direitos fundamentais subjacentes à dignidade humana, onde se insere o direito à vida. Sendo que a morte é parte indissociável da vida, não se pode consentir com uma vida sem dignidade e tão pouco com uma morte sem dignidade (Paula & Junior, 2019). Durante o estágio na neonatologia, também pude observar que esta conduta ética foi seguida, no caso clínico de um RN com alterações orgânicas múltiplas, ao qual foram prestados cuidados com respeito pelo exposto nas alíneas b) e c) artigo 108º do CD, do respeito pela pessoa em situação de fim de vida, “respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas (...) pela família (...)” e “respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte” (OE, 2015b, p. 9).

Numa breve análise dos princípios fundamentais da bioética, pondero:

O princípio da autonomia fornece ao cliente o poder de tomada de decisão relativa ao seu tratamento, atendendo à sua capacidade de autolegislação, consciente, livre e envolvida. Este princípio é transcendido quando o cliente dos cuidados é um RN, pela sua incapacidade de tomar decisões, o que implica que estas decisões sejam tomadas pelos pais ou pelo enfermeiro, considerando o que, na sua consciência, entende ser o melhor interesse para o RN, dado que segundo o artigo 8.º da DUBDH, “os indivíduos e grupos particularmente vulneráveis devem ser protegidos, e deve ser respeitada a integridade pessoal dos indivíduos em causa” (UNESCO, 2006, p. 8). No seu exercício profissional, a alínea a) do artigo 104.º do CD prescreve que no direito ao cuidado, o enfermeiro assume o dever de “corresponsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento” (OE, 2015b, p. 7). Embora na alínea a) do artigo 110.º - relativo à humanização dos cuidados, o enfermeiro deve “dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única inserida numa família”, numa situação de emergência a família ou não está presente ou, na maioria das vezes, não tem capacidade emocional para tomar uma posição imediata, pelo que terá que ser a equipa a fazê-lo (OE, 2015b, p. 9).

O princípio da beneficência ancora no reconhecer o valor do outro, procurando agir em prol da maximização do bem, diminuindo o mal. Em enfermagem, este alicerçar-se na procura de evidências sobre medidas e terapêuticas que fundamentem o julgamento clínico onde predominem os bens clínicos sobre os danos. Esta ideologia é reforçada no artigo 4.º da DUBDH, em relação aos efeitos benéficos e efeitos nocivos, sendo que zela pela maximização dos efeitos benéficos diretos ou indiretos para os doentes em relação aos efeitos que afetam os indivíduos, na prática clínica (UNESCO, 2006, p. 1). Neste caso, desconhece-se os danos que a reanimação prolongada poderá causar, no entanto, a vida é considerada um bem superior (Sociedade

Brasileira de Enfermeiros Pediatras, 2021).

O princípio da não maleficência, é indissociável do princípio da beneficência, sendo caracterizado pela premissa de não causar dano, o que fundamenta a não execução de um procedimento como tratamento, por ser causador de dano e sofrimento. Este princípio pode favorecer a decisão de não reanimar, se esta for considerada uma prática danosa e que não ofereça benefícios à pessoa (Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras, 2021).

O princípio da justiça, encontra relação com as alíneas a) e b) do artigo 2.º da DUDH, uma vez que esta defende que os direitos não são distintivos de “raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra, de origem nacional ou social, de fortuna de nascimento ou de qualquer outra situação” e que “não será feita nenhuma distinção fundada no estatuto político, jurídico ou internacional do país ou do território da naturalidade da pessoa, seja esse país ou território independente, sob tutela, autónomo ou sujeito a alguma limitação de soberania” (UNICEF, 1948). Este princípio aplica-se neste caso, sendo que os pais deste RN eram emigrantes.

Na excelência do exercício, conforme o que é descrito no artigo 109.º no CD, o enfermeiro tem o dever de: a) “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude”; b) “procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa”; e c) “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (OE, 2015b, p. 9). Nesta situação, o enfermeiro deve ter bem presente o conceito de Decisão de Não Reanimar (DNR). A DNR concetualiza-se numa orientação escrita, no processo, para a não realização de manobras de reanimação, que no caso de paragem cardiorrespiratória, em clientes com doença aguda ou crónica grave exige avaliação, ponderação e discussão por toda a equipa e família (enfermeiro-médico-pais), sobre a inutilidade das manobras, com a devida responsabilização ética e profissional. Esta decisão é considerada principalmente quando a ressuscitação não apresenta benefícios para a criança (SPP, 2005).

Em suma, à questão de reanimar ou não reanimar, a resposta deve ser consensual da equipa. Nesta situação a decisão da equipa no imediato foi a de reanimar, e tendo em conta que não ocorreu uma reunião onde a decisão pudesse ser tomada de forma refletida e fundamentada, a minha decisão seria congruente com o meu dever de cumprir a prescrição médica. Segundo o parecer n.º 91/2009, o “papel do enfermeiro na tomada de decisão de não reanimar em unidade de cuidados intensivos neonatais”, não deve ser tomada em exclusivo e, unicamente, pelo enfermeiro, o que eu corroboro, tendo em conta todas as implicações legais que acomete esta decisão, consciente que todas as ações praticadas e decisões tomadas são da minha inteira responsabilidade enquanto enfermeira.

Este dilema ético serve como uma representação do pensamento crítico baseado nos princípios, valores e ética deontológica, que contribuiu para o desenvolvimento da unidade de competência

“Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas” (OE, 2019).

A tomada de decisão é uma constante em enfermagem e exige pensamento sobre cada ação, por mais simples que possa parecer. O planejamento consoante a prioridade dos cuidados, mostrou ser essencial para potencializar a recepção da informação transmitida durante a realização de intervenções educacionais, prevenir e minimizar a ocorrência de eventos que piorassem a vivência da hospitalização e comprometessem a evolução clínica da criança, como por exemplo, a execução da aspiração de secreções antes da alimentação ou, pelo menos, três horas após, caso a criança não apresente dispneia evidente, pela probabilidade de vomitar e a administração de aerossóis após a aspiração de secreções para potencializar o efeito farmacológico.

O acompanhamento de tutores, que eram peritos, responsáveis por supervisionar os cuidados e liderar a equipa (enfermeiros e assistentes operacionais) e consultores quando os cuidados requeriam um nível de competência especializada, assim como, eram profissionais que refletiam sobre as decisões tomadas e suscitavam essa reflexão em equipa, permitiu a realização de uma autorreflexão sobre as minhas práticas e a aquisição de conhecimentos acerca da liderança nos processos de tomada de decisão em saúde infantil e pediátrica. Este processo possibilitou o desenvolvimento da unidade de competência: “lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade” (OE, 2019).

A respeito da liderança, pude constatar que a comunicação assertiva e efetiva, aliada ao conhecimento de cada elemento da equipa, é impactante para a resolução de conflitos, para a organização do trabalho, para a gestão do tempo, para a criação de um ambiente de trabalho produtivo e saudável e para o incentivo da equipa a alcançar objetivos e metas comuns, contribuindo para a excelência e incremento da qualidade da prestação de cuidados.

A avaliação do processo e dos resultados da tomada de decisão, que advêm da elaboração dos estudos de caso, da presente análise reflexiva e da discussão e reflexão com as tutoras sobre os cuidados prestados a todas as crianças e seus pais/acompanhantes durante os ensinamentos clínicos, contribuiu para o desenvolvimento da unidade de competência: “avalia o processo e os resultados da tomada de decisão” (OE, 2019).

- Responsabilidade profissional, ética e legal: “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (OE, 2019, p. 4746).

A prevenção da doença é uma diretiva dos cuidados de saúde, que apesar de difícil mensuração é essencial para a qualidade de vida e bem-estar dos clientes. Refletindo acerca dos cuidados prestados no contexto de SE, instiga como preocupação, a impossibilidade de os cuidados

alcançarem todos de igual forma. Uma das razões analisadas, foi a estrutura organizacional. A grande área abrangida pela UCC onde realizei o meu estágio e a distância existente entre a sede da UCC e os agrupamentos de escolas dificultador do acesso.

Tendo em conta o que foi observado durante o estágio nos dois módulos, foi manifesta a dificuldade da enfermeira em prestar os cuidados a todos de igual forma, optando por realizar as intervenções educacionais nos anos escolares de transição (5.º e 9.º anos) para abranger o máximo de alunos possível. Pela mesma razão, decidiu realizar apenas uma intervenção educacional a cada turma, de modo a abordar a maioria dos temas de saúde.

A prevenção da doença impele à mudança de comportamento, que, por sua vez, requer a criação de uma relação de confiança entre o profissional e o cliente. Uma intervenção anual por turma, não permite a criação dessa relação, nem a avaliação da evolução do conhecimento adquirido.

Sem a possibilidade de reintervir se necessário, os conhecimentos podem não ter sido adquiridos e essas mudanças podem não ocorrer, não só pelo compromisso do conhecimento, mas também pelo compromisso de outras propriedades envolvidas em qualquer processo transacional, como a consciencialização, o envolvimento e o tempo das crianças para realizarem a transição. Esta situação, impede o acompanhamento do processo transacional e conseqüentemente, restringe o sucesso da intervenção. A impossibilidade de considerar os padrões e as condições da transição (pessoais, da comunidade e sociedade), pelo diminuto contacto existente com os clientes, limita a ação de enfermagem. Desta forma, a capacitação dos estudantes relativamente à sua saúde é ineficaz e a aquisição de mestria relativamente aos vários aspetos relativos à sua saúde pode não ser alcançada pelos clientes. Derivam grandes implicações éticas e deontológicas, relativo ao artigo 101.º do CD "do dever para com a comunidade" e bioéticas, no que diz respeito ao princípio da justiça, uma vez que, desta forma, não se garante a equidade e a qualidade da prestação de cuidados de saúde à comunidade (OE, 2015b, p. 5).

O respeito pelo direito à privacidade e confidencialidade da informação clínica e a garantia do dever de sigilo profissional, foi notório em todos os locais de estágio. A informação sobre a situação clínica encontrava-se na posse única e exclusiva dos profissionais que necessitavam dela para prestar os cuidados, não existindo informação afixada junto dos clientes ou em local acessível aos mesmos e a passagem de turno era realizada na ausência dos pais, na sala de enfermagem, numa sala fechada ou num espaço com distância e num tom de voz baixo para que a informação não seja audível.

Embora a infraestrutura do serviço de urgência não fosse propícia, a privacidade foi ainda respeitada com a utilização de cortinas para a realização de procedimentos invasivos e cuidados de higiene.

No serviço de neonatologia, apesar da infraestrutura não ser propícia à garantia da privacidade, os enfermeiros zelavam pela privacidade dos RN e acompanhantes. Os pais apenas podiam entrar na unidade de cuidados intensivos na presença de uma luz verde, o que apesar da não utilização de divisórias, permitia a garantia da privacidade aquando da execução de procedimentos invasivos. Neste serviço, os pais também eram incentivados a permanecer sentados e prestar atenção apenas ao seu filho. Crianças com condições clínicas visivelmente chocantes, sempre que possível, os enfermeiros respeitavam a integridade da criança e família, mobilizando-as para espaços mais resguardados ou utilizavam biombos para garantirem a sua privacidade.

A segurança dos cuidados encontrava-se incorporada na cultura dos serviços, pela uniformização das práticas com recurso a protocolos, pela verificação diária do carro de emergência e da sala de emergência/incubadora de transporte em todos os contextos hospitalares; a colocação de pulseiras antirroubo nos RNs e crianças hospitalizados na unidade de cuidados intermédios de neonatologia e no internamento.

A nível da segurança na preparação e administração de fármacos, observei que a preparação de toda a medicação era realizada por duas enfermeiras no contexto de cuidados intensivos neonatais, com o auxílio de um manual sobre reconstituição e diluição de medicação, a qual, com base no artigo de Correia & Martins (2022) sobre a segurança na preparação de medicação, é uma prática segura na medida em que diminuía o risco e o erro na preparação da medicação, assim como, reduzia o desperdício. Contudo, não observei esta prática nos outros serviços, onde realizei os estágios. No entanto, considero que a sua implementação traria inúmeras vantagens no que diz respeito à segurança dos cuidados.

Em todos os estágios pude ter contacto com várias situações clínicas que colocaram à prova a minha ética e deontologia profissional, e o respeito pelos direitos humanos na prática. Tive oportunidade de prestar cuidados a RNs e crianças filhos de duas mães, crianças de outra nacionalidade, pais com opções alimentares vegetarianas, pais com filosofias defensoras do ambiente, estudantes de diversas nacionalidades e decorrente destas experiências adquirir competências e capacidades para prestar cuidados mais qualificados, respeitando os Direitos Humanos, as crenças, filosofias e opções de vida. As situações que fogem à cultura e “normalização” da sociedade, constituem desafios éticos, pessoais e deontológicos na prestação de cuidados. Estas situações implicaram a adaptação da organização, a negociação dos cuidados e a capacidade de me distanciar das minhas próprias convicções para respeitar o outro.

As situações que colidiram com as minhas ideologias, crenças, princípios e valores, e que muitas vezes podiam ser transponíveis para a minha vida pessoal, exigiram a realização de um trabalho interior que contribuísse para o distanciamento emocional e, em simultâneo, permitisse a prestação de cuidados humanizados para que fosse possível manter a qualidade da prestação

de cuidados. Estas situações foram e continuam a ser um estímulo para empoderar o meu pensamento e melhorar a minha inteligência emocional, por forma a garantir o respeito pelos direitos humanos nas minhas práticas, o que nem sempre é conseguido na sua plenitude. Contudo, zelo para que os princípios, valores e deontologia prevaleçam na minha tomada de decisão na prestação de cuidados à criança.

- Melhoria contínua da qualidade: “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (OE, 2019, p. 4747).

A governação clínica de saúde é um conceito que traduz o processo caracterizado pela melhoria contínua da qualidade dos serviços e pela garantia de elevados padrões de saúde, através da formação de um ambiente fomentador da excelência dos cuidados clínicos, sobre os quais a organização prestadora de cuidados é responsável (Oliveira, Cararotto, & Silveira, 2020).

Da observação clínica durante os estágios e da minha prática profissional, depreendi que a qualidade dos cuidados depende grandemente do exercício da profissão de enfermagem. A nível hospitalar, os enfermeiros são os profissionais de saúde que passam todo o seu horário de trabalho a cuidar diretamente das pessoas. A implementação de qualquer prescrição ou decisão médica é dependente da prática de enfermagem. Logo, a qualidade dos cuidados passa maioritariamente pela qualidade das práticas de enfermagem.

Partindo desta análise, a estratégia de governação de saúde das instituições hospitalares deve focar-se na melhoria da qualidade dos cuidados prestados essencialmente pela equipa de enfermagem. O modelo estratégico mais utilizado a nível europeu é o modelo de excelência da *European Foundation for Quality Management* (EFQM), que constitui um referencial na estruturação, avaliação e melhoria da qualidade organizacional. Este modelo defende os seguintes princípios fundamentais da excelência, segundo a EFQM (2024):

- Orientação para os resultados: equilíbrio e satisfação dos grupos de relevo para a instituição.
- Orientação para o cliente: posição final do cliente face à qualidade do serviço.
- Liderança e coerência dos objetivos: adoção de um comportamento refletor da clareza dos objetivos e a promoção de um ambiente de união por parte dos líderes.
- Gestão de processos e atividades: a gestão das atividades interrelacionadas realizada de forma sistematizada, e decisões e melhorias implementadas de acordo com todos os grupos de interesse aumenta a eficácia da atuação organizacional.
- Desenvolvimento e envolvimento dos colaboradores: o cultivo de uma cultura assente em valores, confiança e responsabilização incrementa o potencial dos processos organizacionais.
- Aprendizagem, inovação e melhoria contínua: a gestão e a partilha do conhecimento

numa cultura geral de aprendizagem, inovação e melhoria contínua, contribui para o aumento do rendimento das organizações.

- Desenvolvimento de parcerias: o estabelecimento de parcerias, baseadas em confiança, partilha de conhecimentos e integração favorece a efetividade organizacional.
- Responsabilidade social: seguir valores éticos, superar expectativas e normas sociais, constitui, a longo prazo, o melhor método para servir os interesses organizacionais.

Na área de enfermagem, todas as organizações têm um longo caminho a percorrer no sentido da excelência. Os profissionais não se sentem satisfeitos por falta de confiança na cultura organizacional, uma vez que não vêm reconhecido o seu valor e desempenho profissional, independentemente do trabalho que desenvolvam, o que resulta num ambiente de estagnação profissional. Contudo, pude observar alguns enfermeiros especialistas, motivados a evoluir pelos seus objetivos pessoais e profissionais e pela paixão pela profissão, o que de certo contribuía para a melhoria da qualidade dos cuidados. A discrepância na tomada de decisão dentro da mesma equipa e os diferentes níveis de conhecimento e experiência manifestos, na minha perspetiva, pode, por um lado, ser benéfico se houver uma partilha de conhecimento e uma cultura de evolução em equipa. Por outro lado, pode ser dificultador da implementação de novas técnicas e práticas, caso o profissional não seja ou não esteja consciencializado da sua importância.

Durante os estágios pude assistir a uma formação sobre a técnica *Introduction and Identify, Situation, Background, Assessment and Actions e Recommendations and Readback (ISBAR)* executada no contexto de urgência e outra sobre terapia de pressão negativa realizada no contexto de UCC, as quais prestaram um contributo fundamental para a continuidade de cuidados segura e objetiva e para a melhoria da qualidade e segurança das práticas no tratamento de feridas, o que incentivou a uma cultura de aprendizagem, inovação e melhoria. Esta partilha de conhecimentos conduz a ganhos significativos para a instituição, que embora não mensuráveis, devem ser incentivados e reconhecidos pela gestão. ISBAR é a mnemónica - *Introduction and identify, Situation, Background, Assessment and actions e Recommendations and Readback*, que objetiva a memorização da informação mais importante a ser transmitida à equipa e entre equipas (DGS, 2017). Contudo, a formação sobre a técnica ISBAR teve pouca adesão, o que pode revelar falta de sensibilização dos profissionais para este aspeto.

Com vista à implementação dos princípios supracitados, no papel de especialista, no meu entender, poderiam fazer parte das atividades instituídas para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, o incremento da capacidade de pensamento crítico dos profissionais de saúde, através da realização de reuniões multiprofissionais para a discussão conjunta de questões pertinentes sobre as práticas, o esclarecimento de dúvidas e a uniformização destas; melhorar a acessibilidade à evidência mais recente; a realização de formação teórica e prática e o treino em equipa de práticas e procedimentos, inseridos no horário de trabalho, uma vez que melhor qualidade repercute-se em maior produtividade, eficácia e excelência.

- Melhoria contínua da qualidade: “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (OE, 2019, p. 4747).

O conceito de qualidade é vasto em definições e entendimento. Contudo, no campo da saúde a qualidade dos cuidados pode ser definida como o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados para os indivíduos e comunidades e são consistentes com o conhecimento atual dos profissionais (WHO, 2018a).

A nível organizacional, a palavra qualidade ganhou grande importância na área da gestão institucional nas últimas décadas. A sua definição difere consoante o autor que a utiliza, no entanto, é inegável a sua importância para o desenvolvimento da instituição.

No campo da gestão da qualidade apresentam-se destacados dois autores, Juran e Deming, considerados os “Gurus da Qualidade”.

Para Juran (1998), qualidade está orientada, por um lado, para o rendimento, direcionando-se para a satisfação dos clientes através de um produto que corresponda às suas necessidades e por outro lado, para uma prática livre de deficiências, ou seja, ausência de erros que requeiram repetição do procedimento ou resultem em reclamações. Joseph Juran na sua filosofia defende a Trilogia da Qualidade, cujos três eixos que ajuíza como imprescindíveis para a gestão da qualidade organizacional são o planeamento, o controlo e a melhoria da qualidade.

O planeamento da qualidade consiste no estabelecimento de objetivos de qualidade, na identificação das necessidades dos clientes, no desenvolvimento de processos e produtos, que visem a máxima satisfação dos clientes e na transferência dos planos para as forças operacionais. A execução não pode estar separada do planeamento e o controlo da qualidade é o processo de acompanhamento e verificação da mesma. A melhoria da qualidade, refere-se ao processo que visa a maximização da qualidade dos processos e produtos, implicando o estabelecimento da infraestrutura, a identificação dos projetos de melhoria, a criação das equipas de projeto e a dotação das equipas de recursos, formação e motivação para: diagnosticar as causas, estimular as soluções e estabelecer controlos para manter os ganhos (Juran, 1998). Este ciclo de planeamento-controlo-melhoria contribui, significativamente, para a melhoria dos processos organizacionais.

Enquanto especialista, compete ao enfermeiro diagnosticar os problemas, pensar nas soluções e planear a melhor forma de atuação para a sua resolução, o que se materializa na execução de programas de melhoria continua que se concretizam com a elaboração de projetos. Para tal, o Conselho de Enfermagem Regional (CER) desenvolveu um guia para a organização de projetos de melhoria contínua da qualidade baseado no ciclo de Deming (*Plan; Do; Check; Act/Adjust*). Este guia integra as etapas que melhor respondem às necessidades dos projetos de enfermagem, designadamente, “identificar e descrever o problema; perceber o problema e dimensioná-lo; formular objetivos iniciais; perceber as causas; planear e executar as

tarefas/atividades; verificar os resultados; propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa; reconhecer e partilhar o sucesso” (CER, 2013, p. 2).

No decorrer dos estágios, pude observar várias destas etapas no cumprimento das normas e protocolos institucionais e participar na aplicação de diferentes projetos tanto a nível da comunidade, como a nível hospitalar, que permitiram o desenvolvimento da competência supracitado no subtítulo.

No contexto de UCC participei na implementação do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), ao realizar consultas de saúde infantil, uma das quais está retratada no estudo de caso da UCC. A nível da SE, participei no projeto de necessidades de saúde especiais.

Em contexto de SE, após a identificação de uma criança com necessidade de saúde especial, através da devida referenciação pelos docentes ou profissionais de saúde, era realizada uma anamnese/apreciação inicial, com a recolha dos dados e das especificidades da situação clínica das crianças e das necessidades de capacitação evidenciadas pelos profissionais da escola e em simultâneo era preenchido o Plano de Saúde Individual para cada cliente identificado, sendo posteriormente agendadas sessões de formação para a capacitação de todos os docentes e não docentes que contactavam direta e diariamente com a criança. Durante o estágio neste contexto, as crianças que foram referenciadas, apresentavam o diagnóstico médico de alergias alimentares graves.

No contexto hospitalar, para além dos projetos integrados nos programas nacionais prioritários do Sistema Nacional de Saúde (SNS), nomeadamente, o Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos, no âmbito do qual observei a existência de pósteres afixados sobre a correta higienização das mãos; a presença de solução antisséptica de base alcoólica em todas as unidades, enfermarias e áreas de prestação de cuidados; torneiras com dispensador de água por sensor; e participei, ainda, no projeto da Unidade Móvel de Apoio Domiciliário.

Este projeto consiste na deslocação do enfermeiro até ao domicílio do cliente, que visa a prevenção de situações de maus-tratos e negligência, a redução do tempo de internamento, dos custos com o internamento e da taxa de reinternamentos. Os pais ficaram extremamente satisfeitos com a visita domiciliária, referindo sentirem-se mais seguros no cuidado ao filho. Sendo uma situação oportuna para intervir, dada a disponibilidade que os pais apresentam para escutar, pelo ambiente tranquilo e confortável da sua casa, pela estabilidade clínica do filho e pelo seu estado emocional mais equilibrado, a informação é mais facilmente recebida e consolidada.

As intervenções realizadas neste campo revelaram contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos clientes, o reforço das competências parentais, a diminuição da ansiedade parental, a otimização dos apoios na comunidade e a minimização do risco de acidentes pela identificação

atempada de aspetos e de comportamentos parentais que, potencialmente, contribuiriam para a ocorrência de acidentes.

Desta forma, considero que a intervenção domiciliária após a hospitalização é essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados, sendo que permite a realização de intervenções mais direcionadas às reais necessidades dos clientes no seu contexto domiciliar, familiar e social e a promoção de segurança e prevenção de acidentes, através da consolidação da informação transmitida e da adaptação da mesma aos recursos e ambiente onde os clientes se inserem.

- Melhoria contínua da qualidade: “Garante um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019, p. 4747).

O conceito de ambiente terapêutico surgiu com a concetualização da expressão comunidade terapêutica por Maxwell Jones em 1953, a qual consiste na participação de todos os membros da comunidade em todo o processo terapêutico (Fees, 2023). Na sua essência, ambiente terapêutico significa um ambiente favorável à saúde dos indivíduos onde todos os aspetos relacionados integram o processo terapêutico, a equipa prestadora de cuidados, os meios e os recursos disponíveis, os suportes sociais e da comunidade onde se insere o indivíduo (família e políticas sociais) e o próprio. Este conceito subordina-se à prestação de cuidados com base no modelo biopsicossocial, que reconhece a pessoa na sua integralidade, atendendo a todos os aspetos que a influenciam. Este modelo contribui para a humanização dos cuidados (Almeida, Caldeira, & Gomes, 2022).

Em enfermagem, a respeito do ambiente a OE refere que “o ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde” (OE, 2001, p. 9). No cuidado à pessoa, todo o ambiente que a rodeia deve ser ponderado para que o objetivo terapêutico delineado por todos os elementos envolvidos seja conseguido com sucesso e satisfação.

Nesta ótica, a garantia de um ambiente terapêutico engloba o conceito da pessoa acerca da sua saúde e implica a junção de todos os elementos em prol da maximização da saúde para o alcance dos resultados esperados. Tive oportunidade de o experienciar através da observação da estrutura institucional, dos recursos materiais existentes e da participação em intervenções que davam primazia ao conforto da criança e tinham em consideração as suas componentes: biológica, psicológica e socioambiental. Em relação às áreas estruturais, relevo a existência de salas de atividades e jogos potenciadoras de conforto e o bem-estar para a criança durante a hospitalização e facilitadoras da vivência deste evento crítico. Quanto às intervenções, a implementação de parcerias de cuidados com os pais, a negociação dos objetivos terapêuticos com as próprias crianças, o incentivo à autogestão do regime terapêutico em crianças com

doenças crónicas e/ou o incentivo à gestão terapêutica pelos seus pais e a articulação com equipas de outras áreas, nomeadamente, a assistente social, as professoras/educadoras, os pais, as nutricionistas, os terapeutas da fala, os fisioterapeutas, os voluntários e os doutores palhaços, foram ações deveras importantes para a criação de um ambiente terapêutico favorável. Embora essas equipas, dado o excesso de trabalho, não se apresentassem disponíveis sempre que necessário.

Um ambiente seguro consolida-se numa cultura de segurança, onde todos os profissionais aceitem a segurança de si próprios e o dos outros, que incentive a resolução de questões de segurança, promovendo a comunicação de incidentes livre de culpabilização, que incentive a aprendizagem institucional com a ocorrência de eventos adversos. Esta visão serve para que os profissionais em conjunto com a organização possam criar estratégias para minimizar a ocorrência do erro, através do fornecimento de recursos apropriados para a manutenção eficaz da segurança e da implementação de medidas de prevenção e controlo da infeção, que protejam tanto os profissionais quanto as crianças (DGS, 2011).

Em relação à promoção de segurança no ambiente onde a criança se insere, pude participar em sessões de educação para a comunidade escolar. Estas sessões, incorporadas no projeto das necessidades de saúde especiais, consistiram na intervenção educacional dos docentes e não docentes sobre a gestão farmacológica e prevenção da ocorrência de reações alérgicas graves em estudantes, da escola onde exerciam funções, com esse diagnóstico médico e que tinham sido referenciados para SE. Estas intervenções promoveram a maximização da segurança destas crianças no meio escolar, uma vez que todo o ambiente com o qual estas crianças contactavam diariamente, foi preparado com a implementação de medidas para a evicção do contacto com o(s) alérgenos e com a elaboração de um plano de atuação da escola em caso de ocorrência de um choque anafilático, após o ensino dos profissionais sobre a alergia e sobre as medidas referentes ao primeiro passo do tratamento da alergia, a evicção do alérgeno, e a capacitação dos mesmos para a atuação através da execução da prática simulada da administração da caneta de adrenalina EpiPen.

No âmbito da prevenção e controlo da infeção, fui impelida à adoção das medidas de prevenção e controlo da infeção, e integrei as boas práticas nesse sentido, que incorporavam higienização das mãos, precauções com cortoperfurantes, descontaminação do ambiente do doente, utilização de equipamentos de proteção individual na cateterização vesical, manipulação de cateteres centrais, manipulação de alimentação parentérica e perfusões em cateteres centrais, onde prevalecia a técnica asséptica, na realização de procedimentos com risco de contacto com fluidos corporais e, ainda, no contacto com crianças em isolamento. Todavia, pude observar que a cateterização venosa periférica continua a ser dos procedimentos onde essa prevenção pode ser posta em causa pela utilização de técnica *non-touch* em substituída das luvas.

Em todos os serviços hospitalares, sempre que existia o conhecimento da entrada de uma

criança no serviço, em conjunto com as tutoras, preparei a unidade com todo o material necessário e verifiquei e assegurei a existência de stock de fármacos. No contexto de internamento, tive especial atenção à organização do material e medicação e no contexto de neonatologia, à prevenção do risco, garantindo o funcionamento de todos os aparelhos e monitores, certificando-me que todas as unidades estavam completas, assegurando a existência de stock, tanto de material quanto de medicação, suficiente para suprir todas as tomas e necessidades de cuidados dos RNs, precavendo a ocorrência de erro, o que contribuiu para o desenvolvimento das minhas competências no que diz respeito à gestão de risco ao nível de unidades funcionais.

Não tive oportunidade de utilizar o sistema de registo de incidentes em todos os serviços, uma vez que não houve necessidade, mas todos eles continham uma plataforma de registo de incidentes. Refletindo sobre esta questão com as equipas, apesar da crescente sensibilização dos enfermeiros para o registo de incidentes, o desconhecimento e a não observação da resolução ou das medidas instituídas para prevenção dos incidentes constituíam fatores dificultadores à implementação destas práticas de segurança.

Todas estas experiências contribuíram para o desenvolvimento das minhas competências na garantia de um ambiente promotor da segurança dos cuidados prestados e favorável à saúde dos clientes.

- Gestão dos cuidados: “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (OE, 2019, p. 4748).

Segundo o REPE, “cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais” (OE, 2015c, p. 99). Estes cuidados têm como fundamento a interação entre enfermeiro e a criança/pais, caracterizando-se pelo estabelecimento de uma relação de ajuda, alicerçando-se numa metodologia que segue a seguinte estrutura: identificação do problema; recolha e apreciação de dados; formulação do diagnóstico; elaboração e realização de plano de intervenção; correta execução dos cuidados, avaliação dos cuidados e reformulação das intervenções. A execução dos cuidados está subordinada ao grau de dependência da criança, podendo compreender a sua substituição, assistência e/ou orientação e supervisão nos cuidados prestados. Também faz parte da execução o encaminhamento para outro profissional ou instituição perante a necessidade de cuidados mais diferenciados (OE, 2015c).

O desenvolvimento desta competência, cruzou com a elaboração dos estudos de caso, apresentados neste documento, que refletiram a estruturação do pensamento clínico assim como o processo de tomada de decisão na prestação de cuidados às crianças em todos os estágios efetivados.

Contudo, enalteço o caso clínico de um RN diagnosticado com Epidermólise Bolhosa, a qual explano a sua análise, no âmbito da competência: responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados, integrada no regulamento das competências do EESIP, que pelo seu carácter raro e infrequência no serviço onde realizei o estágio, exigiu uma articulação com várias equipas e a elaboração de vários planos de intervenção. A equipa recorreu à evidência, à colaboração da especialidade de dermatologia e à equipa de neonatologia de outra instituição, mais habilitada nestas situações, para melhorar a sua tomada de decisão e incrementar a qualidade dos cuidados prestados.

- Gestão dos cuidados: "Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados" (OE, 2019, p. 4748).

Cuidados de saúde de qualidade têm várias definições. A WHO (2018b) delimita o seu propósito com a exposição de três conceitos que devem caracterizar a os cuidados de saúde em todo o mundo para que possam ser considerados de qualidade.

- Cuidados eficazes - cuidados ajustados às necessidades de saúde da população, com base na evidência para o alcance dos melhores resultados de saúde;
- Cuidados seguros, utilização dos meios mais seguros para prestar os cuidados e redução dos danos evitáveis;
- Cuidados centrados na pessoa, cuidados que respondam às necessidades, preferências, valores e crenças dos clientes.

A observação do tipo de liderança e gestão adotadas pelas minhas tutoras, quando assumiam o papel de responsáveis de turno contribuiu para o desenvolvimento desta competência, na medida em que, as tomadas de decisão, visavam a qualidade dos cuidados. A distribuição das crianças pelos enfermeiros requeria liderança, onde se enaltecia a importância do conhecimento das características pessoais e competências profissionais de cada elemento da equipa, assim como das necessidades de cuidados de cada criança, para que a divisão fosse equitativa, permitindo que cada profissional tivesse uma sobrecarga de trabalho semelhante de acordo com o seu nível de desenvolvimento profissional. No serviço de urgência a inconsistência do fluxo de crianças, obrigava algumas vezes à realocação dos recursos humanos, para a manutenção da qualidade dos cuidados prestados.

- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais: "Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade" (OE, 2019, p. 4749).

A Enfermagem mudou a minha vida por completo. O contacto com situações de elevado

impacto emocional, gera uma predisposição interna para a reflexão num constante processo de autoconhecimento. O pensamento encontra-se com a emoção, o que é observado começa a construir significado e encoraja o questionamento. Surgem então questões sobre o meu ser e sobre o outro, sobre a vida e sobre o mundo. Quem sou eu, enquanto enfermeira? Qual é o meu propósito?

A minha perspetiva sobre o mundo mudou, o meu olhar sobre o ser humano é diferente. O ser humano compõe uma unidade da vida que possui razão, é um ser racional, que tem capacidade de pensar, de tomar as suas próprias decisões. Esta capacidade suporta-se nas suas vivências, nos seus conhecimentos e na sua ideologia e perspetiva da vida. Quando um ser humano com outra experiência de vida, outro conhecimento e outra visão da saúde, toma a decisão de realizar um procedimento, que geralmente, influencia a vida do outro e inclusive entra na sua intimidade, gera uma reação no outro.

E esta interação está dependente de vários fatores, das condições internas às pessoas tanto clientes quanto profissionais, experiências anteriores, conhecimentos, sentimentos envolvidos, perspetiva em relação à saúde, à doença e à morte ou às condições do próprio contacto, do tipo de comunicação utilizada tanto verbal quanto não verbal, se a transmissão da mensagem foi ou não efetiva, o tempo da interação e a predisposição de ambos para o contacto.

Lidar com pessoas é efetivamente um desafio diário. Quando a pessoa se depara com uma condição de doença, sobretudo de um filho, esse desafio é maior, por todas as implicações psicológicas e socioemocionais do processo patológico. Cada ser tem a sua forma de se expressar, de reagir e de interagir com o outro. E o respeito nem sempre mútuo, principalmente perante reações de raiva, é bastante difícil de gerir. Conflitos surgem se a comunicação não for assertiva e eficaz nestas situações, nomeadamente, quando o conhecimento da pessoa em saúde é diminuto, devido à incompreensão da tomada de decisão clínica da equipa prestadora de cuidados associada a todas as emoções que estão a ser vivenciadas pelo processo saúde-doença e pela hospitalização. Estes conflitos também podem surgir se a instituição ou o sistema não derem resposta às exigências e/ou necessidades das pessoas alvo dos cuidados, sendo que o profissional com quem os clientes têm o primeiro contacto é o enfermeiro.

Para além da interação com o outro, enfermagem implica lidar com questões existenciais, incitando à reflexão acerca da vida, da morte, da saúde e da doença. Qual o significado da vida? O que acontece depois da morte? Como se lida com um processo de doença? Todas estas questões fazem-me repensar sobre os meus problemas e alteram significativamente a sua intensidade. O que pensava ser um problema de grande significado anteriormente, não o é mais em comparação com o que tenho vivenciado.

Embora, para a manutenção da saúde mental seja essencial adquirir estratégias para alcançar um afastamento emocional saudável sem implicações na qualidade e humanização dos cuidados, uma vez que, há situações que marcam a minha vida e mudam a minha forma de

pensar e estar perante esta, principalmente quando colidem com situações pessoais idênticas. Não deixo de ser pessoa e como tal, tenho as minhas crises, problemas existenciais, medos e dificuldades que colocam à prova diariamente a minha capacidade de entender e avaliar os meus próprios sentimentos para poder agir com mais sabedoria e maturidade.

A gestão de todas as situações que implicam o outro, obrigam à realização de uma autogestão emocional, de maturação pessoal e de realização de um processo de autorreflexão e autoanálise que permita manter a humanização dos cuidados, num ambiente muitas vezes hostil, originado por sentimentos de ansiedade, angústia e tristeza e por condições organizacionais como o excesso de trabalho e desvalorização profissional. À medida que contacto com o outro, vou me conhecendo cada vez mais. E mantenho-me num processo contantes de autoconhecimento. Para que este processo seja saudável é inegável a necessidade de encontrar harmonia interior, com a interação do corpo, dos sentimentos, da mente e do espírito, de forma completa e equilibrada.

Mantive a minha identidade, mas enfermagem acabou por ocupar o seu espaço. Eu era a Diana e agora sou a Diana e sou enfermeira.

Durante este percurso desenvolvi o meu pensamento crítico e de fundamentação/argumentação, fundamentais para desenvolver a minha capacidade de tomada de decisão, a qual sofrerá uma evolução progressiva à medida que a experiência e o conhecimento se vão unindo e incrementando através do exercício profissional na área pediátrica.

A assertividade ou a comunicação assertiva é um poderoso instrumento que emprega a capacidade de expressão de pensamentos, ideias e sentimentos de forma clara, objetiva e autêntica, facilitando a receção e compreensão da mensagem através da diminuição do ruído e da garantia de uma comunicação eficaz. O princípio fundamental da assertividade assenta numa atitude de consideração e respeito mútuo, que implica a capacidade de escuta e aceitação relativa ao que o outro expressa, sem reprimir as suas próprias opiniões e sentimentos (Martins, 2017).

De todas as competências a desenvolver esta é a que constitui o maior desafio e que tem sido alvo de maior investimento pessoal. Numa tentativa constante de não falhar ou errar, vejo-me muitas vezes num registo comunicacional de passividade perante os outros. Nem sempre sou capaz de expressar o que vejo, penso, sinto, quero ou pretendo, com o receio de não adotar uma comunicação que me permita fazê-lo sem faltar aos meus princípios e valores, como a verdade, a justiça, o respeito, a honestidade e a segurança, pelo que necessito de continuar a aprofundar esta competência para ser cada vez mais assertiva na minha interação com os outros.

- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais: "Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica" (OE, 2019, p. 4749).

O desenvolvimento desta competência derivou de dois aspetos, a pesquisa científica individual no âmbito do projeto avaliação do desenvolvimento infantil e a prática em contexto de estágio. O contacto com colegas com outras formações (académicas e não académicas), nomeadamente, em psicologia e em desenvolvimento infantil, assim como, a pesquisa aprofundada sobre a avaliação do desenvolvimento infantil, permitiu perceber que o conhecimento se complementa e que a aprendizagem dos conteúdos de outras áreas que implicam o bem-estar, a promoção de qualidade de vida e de desenvolvimento, contribuem para me tornar uma profissional mais completa, competente e capaz de desenvolver novas técnicas e práticas que melhorem a qualidade dos meus cuidados.

A implementação do projeto proporcionou a realização de uma pesquisa mais aprofundada sobre os fundamentos do desenvolvimento infantil. Da análise desse estudo foi perceptível que dois dos fundamentos do desenvolvimento infantil são pouco considerados na avaliação do desenvolvimento infantil pelos enfermeiros e são eles, a cognição e a integração sensorial.

A integração sensorial é um processo inato do sistema nervoso central, responsável pela organização da informação recebida pelos órgãos dos sentidos, de forma a dar uma resposta adaptativa ao ambiente com a produção de um comportamento. Este conceito foi desenvolvido pela terapeuta ocupacional, psicóloga educacional e neurocientista, Dra. Jean Ayres com a criação da Teoria da Integração Sensorial (Oliveira et al., 2021).

Por exemplo, na UCIN são tomadas medidas neuroprotetoras, que assentam na redução dos estímulos ruidosos, dolorosos e luminosos, para a minimização das alterações neurodesenvolvimentais dos RN. Contudo, estas medidas são aplicadas a todos os RN de igual forma, sem uma avaliação prévia que permita identificar o nível de dificuldade no processamento sensorial de cada RN. Para tal releva a importância da utilização de um instrumento que oriente a avaliação da integração sensorial para que o enfermeiro consiga tomar uma decisão mais suportada, intervindo no respeito pela individualidade do cliente, tendo em conta a sua capacidade de organizar os estímulos sensoriais mediante as suas respostas comportamentais, planeando a sua ação mediante as respostas comportamentais do cliente.

Porém, as repercussões das alterações da integração sensorial são muitas vezes identificadas apenas quando as crianças entram na escola, pelas dificuldades que apresentam. Esta conceção adveio da apreciação das reuniões com os professores no âmbito do Projeto de Educação para a Saúde. As professoras referiram que cada vez mais as crianças apresentam dificuldades de atenção e concentração, não sendo capazes de focar numa tarefa, procuram frequentemente por mais estímulos, apresentam problemas de coordenação motora e equilíbrio, atraso na linguagem e ausência de resposta a estímulos menos intensos. Embora tenham inteligência, não

são capazes de ter um nível de desempenho conforme o seu potencial cognitivo.

Desta forma, é indispensável identificar as alterações da integração sensorial atempadamente para que a intervenção neste campo seja mais eficaz, sendo que o período etário de maior plasticidade neural decorre até aos dois anos de idade. Portanto, após a pesquisa de instrumentos que poderiam orientar esta avaliação de enfermagem em concomitância com o conhecimento e experiência do profissional, saliento a escala *General Movement Assessment* (GMA) para prematuros e as três escalas "Perfil Sensorial 2" (*Sensory Profile 2* validado em português) para crianças desde o nascimento até aos 14 anos (Alves, 2022; Gomes, 2021; Saruga, 2022; Sucupira, 2022). Embora sejam aplicadas noutra área de saúde, estas escalas, seriam uma mais-valia para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem para a promoção do desenvolvimento infantil saudável na medida em que especificam os dados que caracterizam a condição do desenvolvimento sensorial.

## **COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

- Assiste a criança com a família na maximização da sua saúde: "Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem" (OE, 2018, p. 19193).

Todos os estudos de caso realizados em estágio retratam a implementação de parceria de cuidados com os pais promotora da parentalidade. A participação nos cuidados aos RNs, crianças e adolescentes em todos os locais de estágio, possibilitou-me analisar o impacto da parceria de cuidados e os aspetos que devem ser considerados para que esta alcance o seu objetivo.

A parceria de cuidados efetiva implica ponderar sobre vários aspetos:

1. A condição das necessidades da criança prévias à hospitalização e analisar a evolução do estado clínico da criança durante o internamento para prever as necessidades de cuidados que no regresso a casa, numa ótica de direcionar a capacitação dos pais para a prestação de cuidados ao filho que dê resposta a todas essas necessidades;
2. O tempo expectável de duração do internamento, para que o planeamento dos cuidados seja bem conseguido, objetivando a resposta adequada e atempada a todas as necessidades sociais, de recursos e de desenvolvimento de competências parentais para que nada impeça a continuação da prestação de cuidados seguros à criança no domicílio;
3. O nível de vontade dos pais para participarem nos cuidados, sendo que o envolvimento é um dos fatores facilitadores à adaptação à parentalidade.

A definição da intencionalidade da parceria de cuidados implica a estruturação e negociação dos cuidados com os pais, onde se apresenta clara a sua participação no cuidado ao filho, através da sua integração na equipa, fazendo parte das tomadas de decisão, discutidas e acordadas entre todos, o que promove a responsabilização enquanto pais e, por conseguinte, incentiva a adaptação à parentalidade.

Pude observar esta prática essencialmente em situações de hospitalização prolongada. No contexto de internamento, já fazia parte da cultura instituída, que os pais ou os cuidadores informais de instituições de acolhimento que permaneciam a acompanhar as crianças, realizassem todos os cuidados correspondentes ao exercício do papel parental. As crianças a quem prestei cuidados, ainda que algumas tivessem o diagnóstico de doença crónica (insuficiência renal, epilepsia, paralisia cerebral), tiveram alta com perfil de necessidades semelhante ao da entrada no internamento, o que não exigiu a capacitação dos pais para a prestação de cuidados especiais, uma vez que já detinham as capacidades e competências necessárias. Porém, foi notável a necessidade de conhecimentos e capacidades para a prevenção da doença e promoção da saúde correspondentes ao exercício da parentalidade desenvolvimental, nomeadamente, sobre a permeabilidade da via aérea a promoção do sono, a identificação de alterações e a implementação de estratégias para a promoção do desenvolvimento infantil, e medidas de segurança e ingestão nutricional. Assim como, em situações de crianças com doença crónica a necessidade de descanso dos pais, uma vez que a parceria pode também ter a intenção de reduzir a sobrecarga parental.

No contexto da UCIN, sempre que possível os pais foram incentivados à execução da técnica do contacto pele com pele e a alimentar o seu filho por seringa em gavagem, por biberão ou a amamentar, o que potenciou comportamentos de ligação pais-filhos e promoveu a vinculação. No método de kanguru, uma mãe referiu “fico viciada no cheirinho dele, por mim ficava sempre com ele colado a mim”. Quando não foi possível a realização desta prática devido à instabilidade do RN, foi notória a separação emocional que originou. Já na UCEN, sempre que os pais estavam presentes assumiram a sua responsabilidade enquanto pais e executaram todo o cuidado ao filho referente ao exercício do papel parental. Foi evidente o medo que os pais revelaram quando se tratava de RNs prematuros ou quando era o primeiro filho, o que me permitiu perceber o impacto da ação dos enfermeiros na capacitação dos pais e na interação potenciadora do desenvolvimento de autoeficácia e autoconfiança destes, no exercício do seu papel.

A parceria de cuidados revelou ser fundamental para a promoção do desenvolvimento socioemocional da criança e para o ajustamento psicossocial dos pais durante a hospitalização.

Quando uma criança é referenciada para a SE por uma Necessidade de Saúde Especial (NSE) é realizada uma consulta na sua escola, na presença da enfermeira responsável pela SE, do Professor(a)/Educador(a) titular e do Encarregado de Educação, para a execução de um PSI.

Este plano é arquivado no processo do aluno e cada responsável assina e fica com uma cópia. A partir deste plano, a enfermeira de SE agenda com a professora e, se possível, com os pais, uma data para a intervenção no contexto, no sentido de o tornar inclusivo e adaptável à condição de saúde da criança.

Durante o estágio, em contexto de SE, presenciei a realização de duas reuniões para a elaboração de um PSI. Na primeira reunião, o cliente foi uma criança de seis anos com alergias alimentares a frutos de casca rija, marisco/peixe, ovo, leite e derivados. Nesta reunião, o pai de mostrou-se muito ansioso ao deixar o filho na escola, dizendo repetidamente: “mas não vai acontecer nada”, sempre que o assunto da administração da medicação era abordado. De facto, tendo conhecimento e consciência da gravidade da situação é natural que a preocupação deste pai fosse maior. Acresce que esta criança tinha historial de três choques anafiláticos, em que um deles ocorreu em casa de um amigo que já tinha conhecimento da alergia da criança e mesmo assim adicionou um tempero ao jantar que continha vestígios de frutos de casca rija. Esta família vivenciou um conjunto de eventos críticos e tinha um conjunto de condições pessoais que se constituíram fatores dificultadores no processo adaptativo que requereram o estabelecimento de uma relação de confiança entre os pais, os docentes e não docentes e a enfermeira de SE, o que implica um contacto mais próximo com os clientes.

A diretora mostrou-se, também, preocupada, uma vez que, a maioria dos docentes e não docentes não estavam preparados para atuar em caso de anafilaxia, referindo que necessitavam com urgência da intervenção da enfermeira de SE, pelo que, foi realizada uma intervenção educacional dirigida a toda a comunidade escolar (docentes, assistentes operacionais, cozinheira).

Por um lado, a falta de conhecimento e de consciencialização da gravidade da evolução da situação patológica da criança caso ocorra a ingestão do alérgeno ou de um alimento com os seus vestígios, mostrou ser inibidor da resposta à ocorrência de um choque anafilático. Por outro lado, verifiquei a ansiedade sentida pelos docentes e não docentes relacionadas com o medo de errar e o sentimento de incapacidade, sendo que não são pessoas ligadas à área da saúde. Constatei como facilitador dessa resposta, o envolvimento e a disponibilidade dos docentes e não docentes para aprender. Neste caso, a gestão emocional de todos os intervenientes, foi fundamental, acautelando o equilíbrio entre o transmitir a informação de maior relevo para uma atuação atempada e não alarmar e criar demasiada ansiedade que pudesse resultar na inibição da resposta por parte dos docentes e não docentes, ou seja, permitir que se sentissem confortáveis a assumir o papel de cuidadores para, assim, progredirem para a mestria no processo para a transição situacional (Meleis, 2012).

Na segunda reunião, o cliente, foi uma criança de três 3 anos com alergias alimentares a frutos secos e de casca rija, onde foi evidente a ansiedade demonstrada pelos pais em deixarem a sua filha na escola, tendo consciência que se trata de um ambiente com mais crianças no qual a

supervisão é distribuída por todas, espaço onde a qualquer momento a filha pode estar exposta a um agente alergénio que pode desencadear um choque anafilático. A educadora, tendo consciência da urgência da formação, ajustou-se rapidamente e de imediato se mostrou disponível para marcar as sessões de formação com os docentes e não docentes.

A intervenção da enfermeira de SE passa por formar e educar para a saúde os docentes e não docentes a administrar medicação e a reorganizar o contexto, no sentido de promover a inclusão da criança na escola, com a máxima segurança, contribuindo para a minimização do risco de ocorrência de um evento que possa pôr em causa a vida dessa criança.

Numa ótica de promoção da parentalidade, foi enaltecida a responsabilidade no exercício do papel parental relativamente ao cumprimento de todas as condições acordadas entre os docentes e a enfermeira de SE na prevenção de situações de risco, nomeadamente, a reposição da caneta de adrenalina sempre que houvesse necessidade de a utilizar e a entrega de uma segunda caneta e da medicação habitual, em dias de saída do estabelecimento de ensino, para uma visita de estudo ou um lanche no parque.

Apesar das faixas etárias destas crianças, o conhecimento preventivo, que incluía não aceitarem comida de nenhum amigo, questionarem se os alimentos que os adultos oferecem contém algum vestígio dos alimentos que não podem consumir, higienizarem as mãos e não darem beijos, estavam presentes desde que sofreram o primeiro choque anafilático e foi realizado o diagnóstico, o que ressalva o papel ativo que a criança tem na sua saúde.

- Assiste a criança com a família na maximização da sua saúde: "Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança" (OE, 2018, p. 19193).

A análise mais fiável das situações de doença e de risco mais comuns em idade pediátrica assenta na observação dos casos clínicos mais frequentes no serviço que constitui a entrada hospitalar, o serviço de urgência, pelo que analiso os casos que observei neste contexto.

Neste campo de ação, pude observar que as patologias mais comuns, foram as infeções respiratórias, dada a fase sazonal, com maior incidência nos RNs, lactentes e no período de toddler e as patologias gastrointestinais com maior incidência desde a faixa etária do lactente até à idade escolar.

Como cuidados prioritários, no cuidado à criança com infeção respiratória importa a garantia de uma ventilação adequada, a prevenção da hipoxia a gestão da oxigenoterapia, a gestão e o controlo da dor e da hipertermia e se a criança apresentar recusa alimentar, a prevenção da hipoglicemia e no cuidado à criança com patologia gastrointestinal importa o tratamento ou a prevenção da desidratação. Contudo, durante a prestação de cuidados a estas crianças foi

evidente a importância da inclusão dos pais, através da explicação de todos os procedimentos realizados de forma clara e com empatia, para que as intervenções tivessem maior eficácia, uma vez que, na maioria das vezes, ao estarem mais consciencializados da importância daqueles cuidados, os pais colaboravam e tranquilizavam os filhos, tornando o ambiente mais calmo e favorável.

Durante o estágio pude analisar que, a partir da faixa etária de toddler até à idade escolar, as situações clínicas mais frequentes, sem um fator patológico associado, foram traumatismos e acidentes.

Após o primeiro ano de vida com o início da marcha a criança perde o equilíbrio e frequentemente cai, o que pode resultar em fraturas dos ossos dado o caráter frágil da ossificação ainda incompleta e a ocorrência de traumatismos cranianos. Na triagem pude observar muitos destes casos.

Ao colocar-se de pé a criança começa a conseguir aceder a locais mais elevados, a tocar todo o ambiente que a envolve e a pegar em todos os materiais chamativos e que lhe estão acessíveis, o que potencia a ocorrência de lesões não intencionais, como queimaduras e lesões cortantes. Nesta situação, prestei cuidados a uma criança com queimaduras de grau II nas mãos e antebraços por ter manuseado comida aquecida do microondas e a uma criança submetida a uma cirurgia para remoção de um pilha do ouvido, sobre a qual realizei o meu estudo de caso.

Na idade escolar a brincadeira na escola com os colegas ou a realização de jogos e atividades que impliquem saltar ou o contacto corpo com corpo, como a ginástica e o futebol, podem resultar em quedas ou agressões não intencionais com a ocorrência de fraturas ou traumatismos cranianos. A incidência destes acidentes foi evidente durante a observação clínica na triagem.

Na idade escolar mais avançada, que considero ser a pré-adolescência, e na adolescência, os conflitos, a crise de identidade, a transição desenvolvimental vivenciada de forma patológica e a crescente incidência de patologia mental na adolescência propiciam a ocorrência de agressões e de tentativas de suicídio e, ainda, a possibilidade de aquisição de carta de mota aos 16 anos aumenta a probabilidade de ocorrerem acidentes (Organização Pan-Americana da Saúde, 2024). Nesta faixa etária participei nos cuidados a um adolescente com tentativa de suicídio, por ingestão medicamentosa, que voltou à urgência após internamento na unidade de cuidados intensivos, situação que em discussão com a tutora me apercebi que é cada vez mais comum. Também participei no cuidado a uma adolescente com fraturas múltiplas, incluindo fratura da bacia por acidente de mota.

Os dados referentes à maior taxa de mortalidade infantil analisados pela Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI), suportam estas observações, demonstrando que as maiores causas de morte em Portugal entre o ano de 2016 e 2020, entre os 5 e os 19 anos

foram os traumatismos e as lesões não intencionais (acidentes), em paralelo com os tumores. Os acidentes constituíram em média 12,3% da totalidade das mortes até aos 19 anos, enquanto as causas de morte externas, que incluem suicídios, homicídios, agressões, lesões autoinfligidas e outras lesões de intenção desconhecida, corresponderam a 68,8%. Embora a taxa de mortalidade total tenha vindo a diminuir desde os anos 90, continua a ser significativa, sendo a primeira causa os acidentes rodoviários, a segunda o afogamento e a terceira asfixia, sufocação e estrangulamento (APSI, 2022).

O facto de que muitos destes acidentes são evitáveis e preveníveis, realça o importante papel do enfermeiro nas intervenções direcionadas à prevenção de acidentes. Contudo, a crescente taxa de ideação e tentativa de suicídio e da adoção de comportamentos autolesivos que se observam em idade pediátrica é preocupante, uma vez que constitui uma causa de morte ou incapacidade por uma saúde mental flagelada, espelhando o estado da saúde mental da comunidade pediátrica na atualidade. Estes comportamentos têm sido estudados e revelam que, na sua maioria, é um ato racional, ponderado e planeado com intenção de suicídio (Lascas, 2021). Portanto, não deve ser associada a uma ação impensada do processo de adolescência, mas deve ser olhada e encarada como uma crise crescente da saúde mental em Portugal. Neste sentido, é emergente um investimento de recursos e meios para intervir com urgência na prevenção da doença e a promoção da saúde mental.

Durante todos os estágios não tive contacto com situações de negligência e maus-tratos das crianças. Porém, foram recorrentes situações em que as crianças se opõem aos pais e, inclusive, os agrediram sem que houvesse uma posterior correção do comportamento, o que fomenta a adoção crescente de comportamentos agressivos, aceites pela sociedade.

Destarte, pode analisar-se dois extremos, a agressão do outro e a autolesão, dois comportamentos opostos que refletem o compromisso do processo de adaptação à parentalidade e do desenvolvimento socioemocional e psicológico da criança.

Para o desenvolvimento desta competência de EESIP realizei, ainda, as seguintes atividades, integradas no projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, para alcançar o objetivo: diagnosticar precocemente alterações no desenvolvimento infantil que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem:

- Estudo das alterações mais frequentes do desenvolvimento infantil (Anexo I);
- Estudo da identificação de situações de risco para a criança/jovem (como por exemplo, maus-tratos, negligência e comportamentos de risco) decorrentes de alterações do desenvolvimento infantil;
- Estudo dos critérios de encaminhamento das crianças/jovens com alterações do desenvolvimento infantil que necessitam de cuidados de outros profissionais;
- Discussão com os orientadores pedagógicos pelo menos duas conceções de cuidados de

- enfermagem, tomando como foco o desenvolvimento infantil com alterações;
- Reflexão junto dos tutores sobre o processo de diagnóstico focalizado para o desenvolvimento infantil;
  - Comparência em formações relacionadas com o tema;
  - Desenvolvimento de um algoritmo de decisão diagnóstica do desenvolvimento infantil até aos 5 anos de idade (Anexo II);
  - Desenvolvimento de um algoritmo de decisão relativo à intervenção “avaliar a evolução do desenvolvimento infantil” até aos 5 anos (Anexo II).
- 
- Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade: "Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados" (OE, 2018, p. 19193).

Durante os ensinamentos clínicos não tive oportunidade de aplicar os meus conhecimentos em suporte avançado de vida pediátrico, uma vez que não ocorreu nenhuma situação de reanimação cardiopulmonar na minha presença. Embora tenha tido conhecimento da realização de uma reanimação cardiopulmonar a um RN, durante o meu período de estágio na UCIN.

Contudo, neste mesmo contexto prestei cuidados a um RN cuja decisão da equipa foi a de salvaguardar a sua dignidade e diminuir o seu sofrimento, visto que tinha graves alterações cardíacas, não detetadas nos exames pré-natais que não eram compatíveis com a vida. A notícia foi comunicada aos pais segundo o modelo de comunicação de más notícias SPIKE - “setting” (preparar a entrevista); “perception” (avaliar a perceção da pessoa sobre a doença); “invitation” (convidar para o diálogo); “knowledge” (transmitir o conhecimento); “emotions” (permitir a expressão de emoções) e “strategy” (estabelecer estratégias e sumário de informações), onde foi privilegiada a escuta ativa e passiva, e a empatia no reconhecimento das emoções dos pais naquele momento (Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 2023; Batalha, 2021).

A morte de um RN é sempre um momento intenso, pesado e de profunda tristeza, principalmente pela conceção social desse momento como sendo contranatura, no entanto, esta situação foi ainda mais penosa para os pais, uma vez que anteriormente tudo indicava que o seu filho era saudável. Foi um choque emocional.

Foram então prestados cuidados paliativos até à morte do RN, na presença dos pais, onde prevaleceu a execução de intervenções focadas na minimização do seu sofrimento. O padre realizou o suporte espiritual, uma vez que os pais eram católicos. Após a morte o corpo foi cuidado e os desejos dos pais foram respeitados.

Esta situação clínica permitiu a aquisição de conhecimento e o desenvolvimento de capacidades para a dignificação da criança no momento da sua morte e a gestão emocional do processo de

luto vivido pelos pais.

- Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade: "Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas" (OE, 2018, p. 19193).

A dor é complexa, dado o seu carácter subjetivo, multidimensional, individual e dinâmico. Por um lado, pode constituir um sinal indicativo de compromisso orgânico patológico, por outro lado pode ser um sintoma relacionado com um acontecimento que provocou dano físico, emocional ou psicológico. Portanto, pode ser tanto a causa como a consequência, um sinal ou um sintoma. A importância da dor na avaliação da pessoa foi enaltecida pela DGS, quando lançou a circular normativa nº09/DGCG, de 14 de junho de 2003, que considerou a dor como o 5º sinal vital (DGS, 2003).

Se a dor for persistente pode originar alterações fisiológicas e patológicas, que perpetuam o processo doloroso. Nesta situação, é designada por dor crónica, passando a ser em si própria a doença, como foi reconhecida pela declaração da *European Federation of LASP Chapters* em 2001. No período neonatal, vivências precoces e repetidas de dor, podem exercer uma influência sobre as experiências dolorosas subsequentes, tendo repercussões na sensibilidade da crianças à dor e na forma como este lida com situações de stress (OE, 2008).

O controlo e a gestão adequados da dor devem ser, por isso, uma prioridade na prestação de cuidados de enfermagem. Para tal, a colheita de informações sobre a história da dor da criança é essencial para uma correta avaliação e consequente controlo da dor, considerando as suas características, os fatores que a aliviam e agravam, os fármacos utilizados e seus efeitos, as formas que a criança utiliza para expressar a dor, assim como, as suas experiências anteriores, estratégias que pratica para enfrentar o sofrimento, os comportamentos que adota face a problemas de saúde e o seu ambiente familiar. Também importa considerar outros fatores, como os efeitos da dor nas atividades de vida diária da criança e o seu impacto económico e psicossocioemocional (OE, 2013).

Para a avaliação da dor na criança a DGS (2010) recomenda a utilização das seguintes escalas:

- Nos RNs: Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né (EDIN), Neonatal Infant Pain Scale (NIPS), Premature Infant Pain Profile (PIPP) e Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale (N-PASS).
- Em crianças com menos de quatro anos incapazes de verbalizar a dor: Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC).
- Entre os quatro e os seis anos: Faces Pains cale - Revised (FPS-R), Escala de faces de Wong-Baker.
- A partir dos 6 anos: Escala Visual Analógica (EVA), Escala Numérica (EN), Faces Pains cale

- Revised (FPS-R) e Escala de faces de Wong-Baker.
- Em crianças com multideficiências: Face, Legs, Activity, Cry, Consolability-Revised (FLACC-R).

E considera ser norma de boa prática: “acreditar sempre na dor que a criança refere sentir”, sendo primordial para a correta caracterização da mesma conceder à criança o tempo que necessita para se expressar, utilizando como referência o comportamento habitual e recorrer sempre à mesma escala para a avaliação deste sinal vital (DGS, 2010b, p. 1).

Da análise das experiências de estágio, reconheço a avaliação concreta da dor da criança é difícil, principalmente em crianças sem capacidade para expressar se tem dor e mencionar qual a sua intensidade, mesmo com recurso às escalas supracitadas. Todavia, nestas situações, a DGS recomenda a priorização do tratamento de dor intensa em prejuízo da sua avaliação (OE, 2013).

Foi notável a utilização de analgesia em combinação e associada a técnicas não farmacológicas de alívio da dor, como técnica de distração com vídeo ou música ou o relaxamento local com compressa aquecida, para o controlo da dor decorrente de situações patológicas agudas, prolongadas ou crónicas. No entanto, a dor associada a procedimentos invasivos que precisavam ser executados no imediato, como, por exemplo, a punção venosa, nem sempre foram alvos de correta gestão, nomeadamente em contexto de urgência.

Das técnicas não farmacológicas utilizadas para a gestão da dor na realização de procedimentos invasivos a administração de sacarose ou Aero-OM® dois minutos antes da realização do procedimento invasivo foi a que melhor controlou a dor nos RNs e lactentes e a técnica de distração foi a que surtiu maior efeito em crianças no período de toddler, que ainda não tinham perceção do que ia acontecer nem capacidade de entender se fosse explicado.

A aplicação de analgesia tópica com EMLA, antes de punções foi a técnica mais utilizada no contexto de internamento, com bons resultados pelo efeito analgésico conjugado com a sensação de segurança e controlo que a criança sentia, principalmente em idade escolar e adolescência.

A hospitalização, por si só, gera elevados níveis de ansiedade e stress nas crianças, por ser um contexto diferente, desconhecido e onde se realizam procedimentos dolorosos por pessoas estranhas. Quando associado à dor de elevada intensidade relacionada com algumas situações clínicas o sofrimento da criança aumenta, o que se repercute negativamente no seu conforto e bem-estar. A prestação de cuidados a uma criança com drepanocitose em contexto de internamento retratou esta situação, uma vez que a agudização desta patologia provoca crises de dor intensa de difícil controlo. Neste caso sempre que a dor aumentava de intensidade causava períodos de elevado desconforto e sofrimento na criança. Para a gestão da dor foram utilizados fármacos opióides fortes como a morfina que, nesta situação clínica causou a

dependência física da criança, uma vez que referia sentir-se bem apenas quando esta era administrada, o que dificultou e retardou a suspensão do fármaco. A aposta em técnicas não farmacológicas, como a técnica de distração e relaxamento, em associação permitiram o desmame deste fármaco, o que evidenciou que a associação de várias técnicas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor potenciam o efeito desejado de alívio da dor e minimizarão do conforto.

- Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade: "Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados" (OE, 2018, p. 19193).

Pelo seu caráter raro e complexo, coloco em evidência a reflexão e a análise realizada sobre o caso de um RN prematuro diagnosticado com EB. Como já foi referido neste relatório a EB é uma doença de etiologia genética ou adquirida, que se caracteriza pela formação de vesículas no tecido cutâneo, que agravam com a fricção da pele. Esta patologia resulta de mutações genéticas, que causam a modificação dos componentes estruturais dos queratinócitos, provocando alterações das proteínas responsáveis pela junção derme epidérmica, formando as vesículas ou de uma condição autoimune. Mediante o tipo de herança genética, disposição anatómica das lesões e morbidez associada à patologia, esta pode ser denominada de epidermólise bolhosa simples, juncional, distrófica ou síndrome de Kindler (Sousa, et al., 2015). As vesículas agravam com a fricção da pele com superfícies de contacto, como, mão, lençol, roupa, entre outras.

Segundo, Prazeres & Leal (2017), esta condição divide-se em quatro tipos:

- Epidermólise bolhosa simples - separação das camadas a nível de vesículas intraepidérmicas, basais ou supra basais, por alterações nas citoqueratinas 5 e 14, estando acometidos os genes KRT5 e KRT14. Subtipos: Koebner, Weber-Cockaine e Dowling Meara.
- Epidermólise bolhosa juncional - separação do tecido na junção dermoepidérmica, na lâmina lúcida, na região central da zona de membrana basal, por alterações na lâmina 5, estando acometidos os genes LAMA3, LAMB3, LAMC2; por alterações na integrina, estando acometidos os genes ITGA6 e ITGB4 e por alterações no colagénio XVII transmembranoso, acometendo o gene COL17A1. Subtipos: Herlitz, não Herlitz e atrófico generalizado.
- Epidermólise bolhosa distrófica - separação dos tecidos abaixo da lâmina densa, decorrente da mutação do gene COL7A1, que codifica o colagénio VII.
- Síndrome de Kindler - tipo misto, com vários tipos de clivagem, variando entre simples, juncional e distrófica.

Alguns tipos de EB manifestam-se com o surgimento de vesículas no palato, língua, assoalho oral, lábios, displasias dentárias e microstomias. Há maior propensão para surgirem cáries dentárias, lesões dos tecidos periodontais e abscessos. O osso alveolar é retraído e o palato e o

assoalho são contínuos com o vestíbulo oral (\*). Neste caso clínico o RN apresentou estas lesões na orofaringe (Oselame & Pacheco, 2015).

As comorbidades associadas a esta patologia são: prurido, potencialmente decorrente da inflamação constante da pele, do sobreaquecimento resultante dos pensos, dos estímulos locais e opióides sistêmicos; compromisso nutricional, com uma condição multifatorial essencialmente pela reduzida absorção por alterações da mucosa intestinal e o aumento das necessidades nutricionais causado pelas lesões, reepitelização acelerada, inflamações e infecções; anemia como resultado das perdas sanguíneas pelas lesões; a dor de intensidade proporcional à gravidade da patologia, a qual se associa à pressão exercida nas bolhas quando em repouso e pode ser exacerbada na realização de tratamentos e de procedimentos que implicam a mobilização do RN (Couto, et al., 2015). São ainda complicações desta doença, condições musculoesqueléticas, devido à diminuída capacidade de movimentação dos dedos pela presença de vesículas interdigitais e a elevada ocorrência de infecções por ausência de integridade do tecido cutâneo (Sousa, et al., 2015).

Perante este caso, grandes foram os desafios nos cuidados ao RN, o que exigiu a realização de pesquisa de evidência para o suporte à prática e a articulação entre a equipa multidisciplinar, profissionais da especialidade de dermatologia e a equipa de enfermagem de neonatologia de outro hospital nacional, com mais experiência na prestação de cuidados a RNs com patologias dermatológicas, para a implementação de intervenções mais adequadas às necessidades deste cliente.

A imaturidade cutânea do RN pré-termo confere-lhe uma suscetibilidade acrescida a lesões cutâneas. Essa suscetibilidade é incrementada na presença de uma condição dérmica, como é o caso da EB. Dada a situação clínica de grande suscetibilidade cutânea e as complicações associadas, esta constituiu uma situação clínica de elevada complexidade (Hockenberry et al., 2018).

As extensas lesões da pele e mucosas impediam a colocação de cateteres, assim como a correta fixação de todos os dispositivos médicos, o que era imprescindível para a realização do tratamento do RN, da administração de antibioterapia, terapêutica analgésica, soroterapia de reposição eletrolítica e outra que fosse necessária, considerando a reduzida capacidade de absorção da mucosa gastrointestinal e a possível ocorrência de anemia. Portanto houve a necessidade de ida ao bloco operatório por duas vezes para a colocação de cateteres centrais pela sua exteriorização dada a fixação ineficaz. Para tal, o RN foi submetido a anestesia com a consequente entubação endotraqueal, que se manteve por um período de tempo alargado, porque ficava demasiado bem-adaptado à ventilação mecânica não invasiva (dias). Pela sua prematuridade este RN tinha também um risco aumentado de displasia broncopulmonar (SPN, 2018b).

Embora esteja indicada a utilização do mínimo de dispositivos invasivos para minimizar a fricção

da pele, face ao nascimento prematuro foi necessário a colocação de uma sonda gástrica para assegurar o aporte nutricional e calórico, fundamental para a promoção da cicatrização das lesões, para o crescimento e desenvolvimento infantil, e para a prevenção de estados anêmicos (Couto, et al., 2015).

Tendo em conta todos os fatores que acometiam este RN, os cuidados de enfermagem privilegiaram a vigilância dos seguintes domínios, com base no E4nursing seguindo a mnemónica ABCDE, dado o risco iminente de vida: sistema respiratório, sistema cardiovascular, consciência, termorregulação, sensações somáticas, pele e mucosas, volume de líquidos, eliminação intestinal e urinária, digestão e RN. Após a garantia da via aérea, da ventilação, da estabilidade hemodinâmica e da manutenção do estado de consciência e da termorregulação o foco direcionava-se ao controlo da dor.

Para além da dor, do desconforto e do stress vivenciado por um RN prematuro provocado pelo internamento numa unidade de cuidados intensivos devido à quantidade de estímulos intensos e dolorosos existentes, esta situação clínica, em particular, causou um grande sofrimento ao RN e uma enorme angústia no enfermeiro que cuidava dele, uma vez que a sua condição cutânea não permitia utilizar qualquer técnica de alívio da dor ou de promoção do conforto que implicasse movimentar o corpo ou tocar a pele, como dar colo (Hockenberry et al., 2018). O controlo e gestão da dor foram realizados essencialmente, com a administração farmacológica de paracetamol, e morfina e, passada a fase de prematuridade, de carbamazepina, conforme tolerância do RN. A diminuição da dor ainda que por curtos períodos de tempo foi primordial, para o conforto e para a potenciação da cicatrização das lesões e a diminuição de formação de novas vesículas.

Quanto mais tranquilo e calmo estava o RN, menor era a quantidade e velocidade de formação de novas vesículas e lesões cutâneas. No entanto, a dor nunca ficou completamente controlada, porque o RN tinha pouca tolerância aos analgésicos opióides, oscilando entre um nível de intensidade de dor 4 e 7 na escala de EDIN.

O choro, tanto em repouso quanto no manuseio, era vigoroso, e a expressão facial mantinha-se sempre contraída, possivelmente, pela grande extensão epidérmica acometida. Os membros superiores e inferiores ficavam ininterruptamente contraídos e o RN aparentava estar sempre desconfortável.

Porém, face aos efeitos farmacológicos adversos dos opióides, os quais são agravados pela imaturidade da função renal, a vigilância do sistema respiratório, do sistema cardiovascular e do estado de consciência foram prioridades no cuidado a este RN.

O planeamento dos cuidados à pele e às mucosas centraram-se na minimização do manuseio do RN. A execução do mínimo de procedimentos invasivos possíveis, diminuindo todos os fatores de fricção e pressão, agressivos para a pele foi primordial. Para além disso, a seleção dos

melhores apósitos, pensos e produtos tópicos para potenciar o tratamento das lesões, assim como, a seleção dos melhores materiais para a correta fixação dos dispositivos médicos, mostrou-se de extrema importância.

As lesões derivadas da EB, podem ser classificadas como: secas ou muito exsudativas, colonizadas e infetadas (Correa, et al. 2016). Neste RN podiam ser observadas várias fases de evolução e cicatrização. Quando estavam formadas as bolsas de líquido, o tratamento consistia na punção das vesículas, para que a pele resultante aderisse mantendo-se a proteção. Algumas vesículas continham líquido hemático e outras seroso. Facilmente as vesículas rebentavam por fricção, ficando a camada cutânea desprotegida, perdendo a sua integridade. Manter a separação dos dedos, para promover a mobilidade articular foi uma prioridade para a prevenção da fusão interdigital, através da aplicação de pensos de silicone, que ao criarem uma camada de contacto protegiam a superfície cutânea. Associados a estes cuidados eram tidos em conta alguns aspetos como, a utilização de superfícies macias como interface; a evicção da humidade e excesso de calor e a evicção de procedimentos invasivos e que causam fricção na pele (aspiração de secreções, colocação de pulseiras) e a utilização de luvas de látex para a manipulação do RN, conforme recomendado pela Associação Portuguesa da Epidermólise Bolhosa (DEBRA) (Couto, et al., 2015).

Outro dilema no cuidado da pele deste RN foi o alcance da temperatura e humidade ideal para a cicatrização, sendo que a prematuridade requer a permanência em incubadora fechada, quente e humidade e o processo de cicatrização é favorecido pela diminuição da temperatura e da humidade (Secco, et al. 2019).

Contudo, este RN mantinha as necessidades relativas à sua fase desenvolvimental também elas frequentemente comprometidas pela condição cutânea e dor/desconforto associado, como os cuidados de higiene, a eliminação intestinal e urinária, o reflexo de sucção e o sono. A limpeza da pele apenas era realizada com soro fisiológico aquecido e compressas esterilizadas e na mudança da fralda as zonas de maior pressão eram protegidas ou a fralda era deixada aberta, conforme as recomendações da DEBRA (Couto, et al., 2015).

No RN prematuro o reflexo de sucção é descoordenado devido à sua imaturidade neurológica, pelo que a sua estimulação é fundamental (SPN, 2014). Neste caso, a estimulação apenas era realizada aquando da aplicação do creme de lanolina com função lubrificante e cicatrizante, para o alívio da dor causada pelas lesões da cavidade oral.

A fase de desenvolvimento neurossensorial decorre essencialmente no terceiro trimestre gestacional, em resposta à estimulação endógena, que se encontra dependente do sono REM. A estimulação endógena consiste na atividade neuronal espontânea com origem em diferentes áreas cerebrais, fundamental para as primeiras conexões relacionadas com o processo visual e para a conexão entre os sistemas propriocetivos e sensoriais (tato, movimento, olfato, audição e visão) (SPN, 2018a). O sono é de um valor inquestionável para o desenvolvimento psicomotor

do RN.

Considerando a faixa etária de RN, para além das necessidades de saúde especiais, este cliente mantinha as necessidades de cuidados de carácter desenvolvimental, cuja intervenção educacional e a capacitação dos pais seria crucial para a promoção da segurança dos cuidados prestados no domicílio, visando a preparação para o regresso a casa, uma vez que esta condição é crónica. No entanto, para além do risco de compromisso no desenvolvimento psicomotor aumentado pela condição patológica deste RN, os fatores sociais também não eram facilitadores, uma vez que os pais estavam constantemente ausentes, o que se pode repercutir em compromisso na vinculação e nos comportamentos de ligação mãe/pai-filho.

Analisando os cuidados prestados a este RN foi notável a necessidade de um consenso de toda a equipa para a realização dos mesmos, para que nestas situações raras todos procedam da mesma forma. Nem toda a equipa de enfermagem estava sensibilizada para cumprir as indicações, tanto pela angústia sentida no sofrimento causado ao RN, como pela diversidade de lesões observadas numa mesma região do corpo que impossibilitava a execução dos tratamentos necessários para cada tipo de lesão ou pela inexperiência neste tipo de situações. Para colmatar estas situações seria pertinente, por exemplo, a realização de reuniões onde todos os profissionais possam partilhar os seus conhecimentos, colocar as suas dúvidas, angústias e constrangimentos e elaborar um plano de intervenção realizado de igual forma por todos.

- Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade: "Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência" (OE, 2018, p. 19193).

No parecer nº18/2011 a OE expôs que "as terapias denominadas como complementares são usadas em associação aos tratamentos convencionais e não como substituição do tratamento convencional. Existem há milhares de anos quer nas civilizações ocidentais quer nas orientais, evidenciando benefícios na saúde/bem-estar das pessoas" (Conselho de Enfermagem, 2011, p. 2).

No contexto de UCIN observei a realização de massagens aos RN, o que me fez questionar acerca do seu efeito terapêutico. A pesquisa nesta área revelou aspetos admiráveis acerca desta intervenção.

A massagem terapêutica é uma prática tradicional nos países do Oriente e continentes Africano e Asiático, integrada nos costumes e cultura, constituindo a terapia associada ao toque a mais utilizada e as suas vantagens são surpreendentes (Auckett, 1995; Field, 1993). Sendo associada

à diminuição da dor e do stress, esta prática apresenta benefícios na promoção do sono e no desenvolvimento do sistema imunológico, tendo em conta que níveis elevados de stress provocam a libertação de cortisol, adrenalina e noradrenalina que inibem a libertação de melatonina (hormona que participa na regulação do ciclo de sono), e inibem a produção de células *Natural Killer*. A sua estimulação tátil e térmica ativa a ação do tálamo e do hipotálamo, o que promove o processamento e regulação emocional, promotora da vinculação do RN com os seus pais e a libertação da hormona de crescimento (Faria, et al., 2014). Pode ainda estimular o sistema sensorial periférico e a mielinização dos nervos (Almeida, 2014).

De facto, vários estudos demonstram o ganho de peso nos RN submetidos a massagem terapêutica, assim como, a diminuição da necessidade de permanência no hospital (Almeida et al., 2021; Cordeiro, et al., 2019). Desta forma, na minha perspectiva, deve criar-se condições para que esta terapia possa integrar as intervenções de enfermagem promotoras do desenvolvimento psicomotor, como uma medida preventiva à ocorrência de alterações da integração sensorial nas crianças.

A realização desta pesquisa permitiu o desenvolvimento da consciencialização dos benefícios de terapias de enfermagem comuns e complementares na promoção de ganhos em saúde, embora não tenha tido oportunidade de as implementar.

- Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade: "Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade" (OE, 2018, p. 19193).

Doença crónica é definida pela OMS como "doenças de longa duração e de progressão, geralmente, lenta" (WHO, 2024c). A cronicidade de uma patologia exige mudanças profundas na vida das pessoas. Foi claramente expresso pelos pais de crianças com esta condição a vivência de processos de transição tanto de saúde para a doença da criança, referindo "a nossa vida passou a ser feita de hospitais", como transições situacionais referindo "tive de deixar o emprego para poder tomar conta do meu filho". Estes processos têm profundas implicações sociais, emocionais e económicas para a família.

A promoção da adaptação à condição implica a existência de um ambiente favorável e a estabilidade clínica da criança. Inicialmente as intervenções dirigidas à promoção da adaptação passaram pela utilização de técnicas de comunicação como a escuta ativa e a empatia no suporte emocional ao processo de luto originado pelo diagnóstico inaugural. O processo de adaptação iniciava apenas após a aceitação da doença, estando as intervenções dirigidas à sua promoção e dependentes da gradativa recetividade dos clientes à comunicação terapêutica. Nestes casos o processo mostrou-se prolongado e a transição não era conseguida até à alta hospitalar, continuando após a mesma.

No entanto, na maioria das situações clínicas de crianças com doença crônica, às quais prestei cuidados foram casos de agudização patológica com necessidade de reinternamento hospitalar. Nestes casos, o processo transacional estava completo, uma vez que os pais eram cuidadores exemplares e já tinham aceite a condição de doença do filho. Contudo, era evidente a exaustão quanto maior era a incapacidade funcional da criança. Na prestação de cuidados a uma criança com doença crônica rara, de etiologia desconhecida, cujo prognóstico era desconhecido, foi evidente o desgaste emocional causado pela incerteza do futuro.

“A funcionalidade e a incapacidade de uma pessoa são concebidas como uma interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, traumas, etc.) e os fatores contextuais” (DGS, 2004, p. 12). O nível de incapacidade da pessoa é tanto maior quanto menor for a sua funcionalidade. Nesta ótica, a adaptação à condição de saúde é potenciada se a incapacidade decorrente do estado de saúde da criança for compensada, pela maximização da funcionalidade atendendo aos fatores contextuais que lhe estão subjacentes, promovendo a redução do desgaste emocional e físico diretamente relacionado com o grau de dependência da criança. Os fatores contextuais subdividem-se em fatores pessoais, dependentes do contexto social e cultural e em fatores ambientais, que “constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida” (DGS, 2004, p. 152). Sempre que possível foi realizada a articulação com a assistente social neste sentido.

Para o desenvolvimento desta competência de EESIP realizei, ainda, as seguintes atividades, integradas no projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, com o intuito de atingir o objetivo: promover a adaptação da criança/jovem e família a alterações focalizadas no desenvolvimento infantil:

- Observação, pelo menos três vezes em cada local de estágio, da avaliação do desenvolvimento infantil;
  - Treino do processo de diagnóstico de necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem relacionadas com o desenvolvimento infantil.
- 
- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem: "Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil" (OE, 2018, p. 19194).

Sendo a avaliação do desenvolvimento infantil a temática do meu projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, o desenvolvimento desta competência é manifestado na aplicação do projeto em contexto de estágio, na conceção de cuidados expressa nos casos clínicos e na presente reflexão.

O estudo sobre esta temática teve por base a pesquisa dos fundamentos do desenvolvimento

infantil e dos fatores que o influenciam e da pesquisa e análise das escalas utilizadas na recolha de dados, a partir das quais realizei uma análise crítico-reflexiva da avaliação de enfermagem.

Desta forma, para o desenvolvimento desta competência de EESIP executei as seguintes atividades, integradas no projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, com a intenção de alcançar o objetivo: promover o crescimento e desenvolvimento infantil:

- Estudo dos fundamentos do desenvolvimento infantil;
- Estudo das teorias explicativas do desenvolvimento infantil;
- Análise dos instrumentos/escalas de avaliação do desenvolvimento infantil;
- Treino, tantas vezes quantas forem possíveis, da avaliação do desenvolvimento infantil;
- Comparação de instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil com dados de avaliação do desenvolvimento infantil representados na Ontologia de Enfermagem;
- Comparência em formações relacionadas com o tema;

Da pesquisa realizada concluí que o desenvolvimento infantil pode ser influenciado por vários fatores que se podem tornar fatores de risco e que se podem organizar em: sociodemográficos, biológicos, individuais e ambientais. Estes fatores devem ser considerados na avaliação de enfermagem e dada a sua relevância são enumerados num documento que apresento em anexo (Anexo III). Assim como, foi evidente a importância da identificação atempada de sinais e sintomas que remetem ao diagnóstico de alterações do desenvolvimento infantil para intervir de forma mais ajustada às necessidades das crianças, pelo que apresento em anexo os resultados obtidos com o estudo realizado sobre essas alterações (Anexo I).

A pesquisa realizada também me permitiu verificar que existem conceitos fundamentais para a avaliação do desenvolvimento infantil. Estes conceitos são explanados de seguida de forma a tornar evidente a conclusão acerca da "ausência", na avaliação do desenvolvimento infantil, de aspetos relacionados com o conceito de processamento sensorial. Com base nesta análise, desenvolvi, ainda, uma representação do processo diagnóstico centrado no desenvolvimento infantil até aos 5 anos (Anexo IV).

### **Conceitos Fundamentais para a avaliação do desenvolvimento infantil:**

#### Postura e motricidade global:

O desenvolvimento motor global compreende a aquisição de competências que permitem a locomoção, o posicionamento e mobilização do corpo (rodar, rebolar, sentar, andar, saltar) (Cassandra, 2001; DGS, 2013; Hockenberry et al., 2018; Serrano, 2022).

#### Motricidade fina:

O desenvolvimento motor fino decorre da aquisição de competências motoras mais delicadas e finas, correspondendo à atividade de músculos mais pequenos, o que permite à criança

escrever, desenhar, alcançar, agarrar, transportar e manipular brinquedos e, ainda, participar em atividades de rotina como comer com talheres. A criança vai, progressivamente, conseguindo realizar movimentos cada vez mais finos até ser capaz de realizar pinça fina com precisão (Antunes, 2022; Cassandra, 2001; DGS, 2013; Hockenberry et al., 2018; Serrano, 2022).

#### Desenvolvimento Cognitivo:

A cognição constitui o processo evolutivo da capacidade de pensar, compreender e conhecer. Tem duas funções inerentes: a função executiva, que corresponde à supervisão, coordenação e controlo da execução de processos cognitivos e a função cognitiva relacionada com a interrelação espacial, perceptual, linguística e de pensamento. A avaliação cognitiva decorre da apreciação sobre a capacidade de resolução de problemas, planeamento de ações e tomada de decisões, processos mentais que requerem atenção, memória, flexibilização do raciocínio e inibição do comportamento. Portanto, são observados todos os comportamentos, correspondentes ao atingimento dos seguintes aspetos: imitação, noção de causa-efeito, percepção das relações espaciais, resolução de problemas, memória, categorização, manutenção da atenção e compreensão das rotinas de autocuidado (Cassandra, 2001; Hockenberry et al., 2018; Serrano, 2022)

O desenvolvimento de todas as dimensões fundamentais para o desenvolvimento infantil, contribui para o desenvolvimento da cognição. Segundo Piaget, a cognição é desenvolvida de forma progressiva de acordo com o nível operativo da criança (Schirmann, et al., 2019).

#### Comportamento e adaptação social:

O comportamento e a adaptação social estão interligados. A adaptação social diz respeito ao desenvolvimento socioemocional, decorrente do processo de autoconhecimento. Este processo depende da identificação, compreensão e gestão das próprias emoções e da compreensão do estado emocional dos outros para que o comportamento seja regulado e permita o estabelecimento e manutenção de relacionamentos saudáveis. Assim, os aspetos relevantes para a avaliação deste fundamento são a interação com adultos, a interação com outras crianças, o autoconceito na relação com os outros, o reconhecimento das suas capacidades, a expressão das emoções, a empatia, a regulação das emoções, o controlo do impulso e a compreensão social (DGS, 2013; Serrano, 2022).

Principalmente no primeiro ano de vida da criança, o vínculo entre os pais e os filhos, como fator sociocultural, é fundamental para a interação social posterior da criança. A interação saudável com os pais é o primeiro passo para a criação de futuras relações interpessoais fortes. As respostas dos pais às necessidades evidenciadas pelos filhos será um espelho para a construção das suas capacidades no seu processo evolutivo. Essas respostas dependem do conhecimento que os pais têm dos seus filhos e da forma como as adequam a eles. O processo de construção

de uma parentalidade positiva inicia-se quando os pais adquirem esse conhecimento (Antunes, 2022; Cassandra, 2001; DGS, 2013; Hockenberry et al., 2018).

Uma relação parental positiva impele ao conforto, segurança, confiança e empatia, o que passa pela criação de um ambiente confortável e seguro para que as brincadeiras desabrochem. Durante essas brincadeiras, é essencial ajudar a criança a resolver os seus conflitos, de modo a proporcionar a autorregulação emocional. Assim como, ensinar a expressão verbal das emoções, uma vez que esta aprendizagem contribui para a diminuição de episódios de comportamentos impulsivos, inclusive de agressividade quando a emoção é a raiva (DGS, 2013; Hockenberry et al., 2018).

Neste tema, o desenvolvimento do domínio emocional é o caminho para a formação de uma estrutura emocional coesa. Para tal, é necessário desenvolver competência a competência social, que tem por base a empatia e a competência emocional que se relaciona com a capacidade de identificar as suas emoções e de se autorregular.

#### Linguagem:

O desenvolvimento linguístico retrata o desenvolvimento de competências comunicacionais, processo de aprendizagem da língua materna, envolvendo as competências comunicacionais e as capacidades integradas na linguagem recetiva e na linguagem expressiva (Cassandra, 2001; Hockenberry et al., 2018; Serrano, 2022).

A linguagem é considerada em qualquer sistema de símbolos ou sinais, fonéticos ou visuais um veículo de troca ou expressão de informação. Este processo de comunicação é evolutivo, ocorrendo com o desenvolvimento gradual e sequencial de competências. A pré-linguística, caracterizada por uma comunicação rica em gestos, contacto ocular, sons e balbucio; holófrase onde predomina o uso de uma palavra; expressão de frases simples com duas palavras; expressão de frases com maior complexidade; utilização de gramática mais evoluída até atingir a mestria da competência madura (Antunes, 2022).

#### Processamento sensorial:

O processamento sensorial refere-se à forma como o sistema nervoso central gere e integra as informações recebidas através dos órgãos sensoriais (estímulos visual, auditivo, tátil, gustativo, olfativo, propriocetivo e vestibular) (Machado, et al., 2017).

O desenvolvimento sensorial é a informação que nos é dada pelos sentidos e desenvolvimento percetivo é a representação da perceção: processo de receber e interpretar a informação proveniente dos sentidos e, ainda, a exploração dos objetos por via de todos os sentidos (tato, paladar, olfato, visão), através do cheiro, textura, som ou rigidez (Serrano, 2023).

Tem início antes do nascimento e envolve três sensações tátil, propriocetiva e vestibular, integrando os seguintes sistemas (Serrano, 2022):

- Sistema tátil: Reflexos ativados pelo toque, que tem a função de promover a vinculação e a discriminação dos diferentes objetos, texturas.
- Sistema propriocetivo: Consciência do próprio corpo, e como as diferentes partes do corpo se relacionam e como cada parte se move no espaço.
- Sistema vestibular: Localizado no ouvido interno, assim como o sistema auditivo e tem como função a sensação de posição, velocidade, e direção do movimento da cabeça, a força da gravidade e o movimento do corpo no espaço. Regula o tônus muscular, o equilíbrio, o movimento dos olhos e a manutenção do campo visual estável, o estado de alerta, o nível de atenção e o estado emocional.

Na sua íntegra, apenas, consegui aceder a três escalas completas sobre a avaliação do desenvolvimento infantil, as quais foram alvo da minha análise. Em anexo apresento uma tabela comparativa dessas escalas (Anexo V).

Das três escalas analisadas, a de *Mary Sheridan* e a de Denver II, são as que abrangem uma faixa etária maior, desde o nascimento até aos seis anos de idade. Ambas avaliam os mesmos elementos fundamentais do desenvolvimento infantil, designadamente, Motricidade; Linguagem/Comunicação; Componente social, emocional e pessoal; Audição e Visão. No entanto, na sua aplicação, a escala de *Mary Sheridan* é mais intuitiva e avalia mais comportamentos que poderão ser fundamentais para a identificação de alterações menos evidentes à primeira observação.

A Escala Motora Infantil de Alberta (AIMS) é mais pormenorizada relativamente à motricidade do RN. O desenvolvimento do RN é avaliado essencialmente, através da observação e análise da sua capacidade motora. Portanto, esta escala propicia um melhor entendimento, em relação ao desenvolvimento infantil nesta faixa etária.

Todas as escalas se complementam, pelo que devem ser aplicadas em concomitância, para potenciar a eficácia da avaliação da criança. Todavia, perante uma menor disponibilidade de tempo ou recursos para a aplicação de uma escala, a melhor opção entre as escalas analisadas é a aplicação da Escala do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada, sendo que é mais completa, abrangente e detalhada. No entanto, o avaliador que a aplica deve ter sempre em consideração os fundamentos do desenvolvimento infantil e todas as dimensões inerentes, dotando-se de conhecimento e consciência do que integra o desenvolvimento da criança.

A avaliação do desenvolvimento infantil, não se remete apenas à aplicação das escalas, exige um conhecimento prévio que sustente a observação, cuja prática e experiência profissional poderá ser uma mais-valia, mas sempre em complementaridade.

Tendo por base a pesquisa efetuada sobre os fundamentos do desenvolvimento infantil, as escalas analisadas não contemplam a avaliação de todas as dimensões, nomeadamente, a cognição e o processamento sensorial da criança. Desta forma, seria importante a aplicação complementar de outras escalas para que a avaliação do desenvolvimento infantil em adição ao

conhecimento do avaliador sobre o tema fosse mais completa e mais bem documentada, permitindo a identificação atempada de alterações nessa área.

Da pesquisa realizada vários são os instrumentos/questionários/escalas propostos para a avaliação do processamento sensorial infantil, que podem ser utilizados como um meio para a detecção precoce de déficits na integração sensorial, como por exemplo, a escala de *Bayley II*, o *Test of Sensory Function Infant*, o Perfil Sensorial, o *Sensory Processing Measure*. Contudo, as escalas GMA e o instrumento *Sensory Profile* apresentam uma confiabilidade mais elevada para a avaliação do processamento sensorial (Mattos et al., 2015; Saruga, 2022). O instrumento *Sensory Profile* existe em vários idiomas e países, está validada em português pelo que foi usado como referência para o que proponho como dados relevantes na avaliação do desenvolvimento sensorial até aos 5 anos de vida da criança (Mattos et al., 2015) (Anexo VI).

Dada a centralidade que a Ontologia de Enfermagem teve ao longo do curso de mestrado considerei importante fazer a comparação da mesma com os instrumentos de avaliação e da literatura analisada. A Ontologia de Enfermagem é um modelo referencial que representa um conjunto de conceitos dentro de um domínio, assim como o relacionamento entre os diferentes conceitos e a sua definição. É utilizada em sistemas de informação, criada com o intuito de constituir uma interoperabilidade semântica entre sistemas informáticos. E no que se refere ao desenvolvimento infantil a Ontologia de Enfermagem comporta quatro classes de informação: dados que resultam da avaliação, diagnósticos, objetivos e intervenções de enfermagem, representando o conhecimento em enfermagem (ESEP, 2023).

Tendo em conta que a Ontologia de Enfermagem, para os dados de avaliação do desenvolvimento infantil, tem como referencial teórico a Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil de *Mary Sheridan* Modificada, nos parâmetros considerados também não estão presentes todos os fundamentos do desenvolvimento psicomotor, designadamente o processamento sensorial e a cognição.

Considerando os ganhos obtidos pela pesquisa bibliográfica, elaborei um algoritmo de decisão relativo à intervenção “avaliar a evolução do desenvolvimento infantil” até aos cinco anos e um algoritmo de decisão diagnóstica do desenvolvimento infantil até aos cinco anos de idade (Anexo II).

- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem: "Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais" (OE, 2018, p. 19194).

O nascimento é o momento mais stressante da nossa vida, por todas as alterações orgânicas e

sistêmicas que sofremos para nos adaptarmos ao meio extrauterino. Um parto prematuro ou um parto com complicações para a mãe e/ou para o RN aumenta o nível do stress vivenciado por ambos. Esta situação exige uma adaptação enorme na vida dos pais destas crianças, requerendo o ajuste do pensamento em relação ao filho idealizado e a aquisição de competências e desenvolvimento de capacidades para cuidar de um RN com necessidades especiais pela sua imaturidade ou pela sua patologia.

No momento imediato após o parto, os pais expressam diferentes emoções, sendo que tristeza e negação foram as que mais observei. Das primeiras frases que diziam revelavam um sentimento de culpa por toda a situação. Uma mãe referiu “passei uma gravidez muito difícil sempre internada pela descompensação da diabetes, o que mais pedia era para ela sair, mas não lhe queria mal, só queria que tudo acabasse”, uma experiência de gravidez negativa que resultou numa alteração afetiva manifestada por um humor depressivo que poderia afetar o exercício do papel parental, uma vez que afeta a sua forma de sentir, de agir e de pensar. Esta situação, poderia comprometer a capacidade psicológica da mãe cuidar da filha, pois constituiu-se como um fator dificultador da realização da transição para a parentalidade. A consistência e a constância dos cuidados parentais à criança, a adequada interação pais-criança e a vinculação segura da criança aos pais são fatores cruciais para o desenvolvimento psíquico e social da criança, com repercussões ao longo de todo o seu ciclo vital (DGS, 2006).

As intervenções dirigidas à promoção da ligação mãe/pai-filho são primordiais para a promoção de vinculação e conseqüente desenvolvimento infantil. Na execução destas intervenções, a utilização de escuta ativa e empatia numa fase inicial foi importante para que os pais se sentissem compreendidos e para que fossem capazes de direcionar o seu foco para o cuidado aos filhos no momento e no futuro. Posteriormente, apresentando já uma maior disponibilidade emocional e psicológica, a prestação de cuidados em parceria, o estabelecimento de uma relação terapêutica, o incentivo a cuidar dos filhos, o incentivo à adoção de comportamentos nutridores de apego, como o contacto pele com pele, a aplicação de técnicas de comunicação positiva e assertiva nos diferentes contactos motivaram sentimentos de autoeficácia parental, que fomentaram comportamentos de ligação determinantes para o desenvolvimento da vinculação segura.

Para o desenvolvimento desta competência de EESIP realizei, ainda, as seguintes atividades, integradas no projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, com o intuito de alcançar o objetivo: promover a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais:

- Estudo das competências desenvolvimentais do RN promotoras do comportamento interativo;
- Treino, tantas vezes quantas foram possíveis, da avaliação do desenvolvimento infantil

em contexto de Cuidados Intensivos Neonatais.

- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem: "Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura" (OE, 2018, p. 19194).

Mais do que nunca a comunicação tem sido alvo de um grande reconhecimento por parte das organizações de saúde. Numa era digital de disseminação rápida de informação, nem sempre fidedigna, surge a oportunidade de utilizar, o que a OMS declara ser uma ferramenta poderosa, a comunicação, para o incremento da literacia em saúde na população, tornando-a mais capaz de tomar decisões que melhorem a saúde da mesma, com o lançamento da iniciativa "*Communication for Health*" (WHO, 2023b).

A nível nacional, a preocupação com a comunicação também é exaltada com a publicação do Plano Nacional de Saúde 2021-2030 tendo como foco a comunicação em saúde, que leva este tema para um patamar mais amplo contemplando, não só a mudança de comportamento a nível individual, mas também a comunicação organizacional, comunitária e com os meios de comunicação em massa (Melo, et al., 2022).

Efetivamente, a comunicação com a criança e com a sua família insere-se num contexto social e cultural que é influenciado e pelo qual são influenciadas. A comunicação é multifatorial, não se cingindo apenas à expressão verbal, pelo que uma boa comunicação deve atender ao ambiente que rodeia os interlocutores (ambiente físico e humano, espaço colorido e agradável, onde se estabelecem relações harmoniosas com os clientes e entre os enfermeiros), às características individuais, emocionais e psicológicas do outro (analisar como o outro se sente, a postura e o temperamento) e às características do profissional (estado emocional, postura e disponibilidade).

Todavia, na relação terapêutica entre o enfermeiro e os clientes: criança e pais, no meu entendimento, a empatia e a escuta ativa constituem as estratégias comunicativas basilares. A aquisição de estratégias educativas também se revelou fundamental para a potenciação da intervenção na capacitação dos pais e da criança na gestão e vigilância da saúde, promovendo o máximo bem-estar e qualidade de vida (Melo, et al., 2021; Pereira et al., 2020).

Mais do que conhecimento, o desenvolvimento desta competência requer treino. Embora sinta necessidade de praticar mais esta competência, os estágios possibilitaram observar a aplicação de estratégias de comunicação imprescindíveis para melhorar a qualidade dos meus cuidados. A utilização de frases curtas e palavras simples na comunicação com lactentes e crianças em idade de toddler demonstrou ser a forma mais eficaz para melhorar compreensão da mensagem nestas idades. No entanto, de acordo com a evolução do desenvolvimento psicomotor da

criança a comunicação deve ser ajustada ao seu nível de compreensão e de pensamento para que se consiga promover a autogestão emocional e minimizar a ocorrência de traumas e danos psicossociais e emocionais, tanto pela realização de procedimentos invasivos quanto pelo evento da hospitalização.

Até aos três anos, uma vez que a criança ainda não possui entendimento sobre o mundo, a utilização de uma postura tranquila e calma foi fundamental para a formação de um ambiente harmonioso e que transmitisse confiança e segurança à criança, contribuindo para o êxito, de grande parte, das intervenções.

A partir dos três anos foi indispensável, por meio da utilização de estratégias como a escuta ativa, permitir que a criança verbalizasse o que estava a pensar e a sentir, uma vez que nesta fase começa a compreender conceitos abstratos. A sua capacidade de pensar, fantasiar e imaginar começa a revelar um impacto emocional severo no que comporta a situações desconhecidas que lhe propiciem medo relacionado com a dor, perda da integridade física, separação dos pais e morte. Deste modo, a utilização de algum objeto familiar contribuía para que as crianças se sentissem mais seguras. Outra das estratégias comunicativas que foram mais efetivas na interação com crianças nesta faixa etária foi a realização de questões, explicação do procedimento e a criação de um diálogo com o boneco/brinquedo favorito, para que a mensagem fosse menos intrusiva e melhor compreendida pela criança, revelando, desta forma, ser melhor aceite por algumas crianças.

Até à fase da adolescência, inclusive, pude observar que em contexto de urgência o que mais surtiu efeito na diminuição do impacto da hospitalização foi explicar os procedimentos invasivos de forma simples e concisa, de forma a não despoletar sentimentos negativos, como o medo, e, de seguida, realizar o procedimento o mais rapidamente possível para que a criança sentisse o mínimo de desconforto, diminuindo o tempo existente para a criança pensar na dor que aquela intervenção poderia causar. No internamento, por existir a possibilidade de gerir os cuidados de forma a respeitar mais o tempo de cada criança, efetuava-se uma negociação com criança. Por exemplo, explicava-se à criança a necessidade de realizar o procedimento que ela, geralmente, já conhecia, como a punção venosa, e permitia-se que a criança escolhesse como e quando preferia que fosse realizado, ou seja, antes ou após o almoço com ou sem anestesia local. Esta estratégia comunicativa revelou-se imprescindível para o sucesso da generalidade das intervenções, reduzindo a dor e o desconforto, porque dava controlo à criança sobre o que ia acontecer e respeitava o seu espaço e tempo, permitindo que gerisse as suas emoções.

Relativamente a intervenções educacionais, no âmbito da educação para a saúde, a nível da SE, nomeadamente numa sessão que realizei sobre emoções, foi essencial recorrer à execução de atividades ilustrativas e lúdicas (teatros, jogos) para aumentar o interesse das crianças. A nível hospitalar, na interação individual, recorrer aos brinquedos e temas preferidos das crianças, foi fulcral para a criação de um ambiente mais relaxado promotor da verbalização de pensamentos

e sentimentos e para o estabelecimento de uma relação de confiança.

- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem: "Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde" (OE, 2018, p. 19194).

Na transição da infância para a adultez, a adolescência é o período do desenvolvimento humano que se caracteriza pela existência de crises, as quais são fundamentais para o desenvolvimento de identidade. Deste modo, prevalece a procura incessante de respostas a questões relacionadas com o autoconhecimento (Quem sou eu? O que quero para o meu futuro?). O conceito de autoimagem, que consiste na forma como a pessoa se vê, é inseparável do conceito de autoconhecimento para o alcance do equilíbrio interior e estabilidade das relações com o outro.

Portanto, a fase da adolescência constitui uma fase vital para a promoção do empoderamento do adolescente na tomada de decisão sobre a sua saúde. Por esta razão, é essencial a melhoria da literacia em saúde nesta fase de desenvolvimento humano para a potenciação da maturidade de pensamento que permita ao adolescente responsabilizar-se pelas suas ações de saúde, motivando a adoção de comportamentos saudáveis e conscientes. Para tal, revelou-se essencial conhecer as características do adolescente, nomeadamente, a sua maturidade, o seu autoconceito, o tipo de contacto à interação e o estilo de comunicação (agressivo, passivo, manipulador ou assertivo), para que a interação fosse propícia à verbalização de conceitos e crenças sobre si próprio, tornando o contacto espontâneo e natural. No entanto, embora as intervenções promotoras da autoestima fossem extremamente necessárias em algumas situações clínicas como o caso de adolescentes diagnosticados com anorexia ou que tinham tentado o suicídio, estas ações só eram possíveis quando partiam do adolescente, estando dependentes da sua vontade, disponibilidade psicológica e emocional e envolvimento.

## 8. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O presente relatório é o reflexo de todo um percurso formativo de evolução pessoal e profissional que engloba tanto as experiências presentes no contexto dos ensinamentos clínicos quanto as anteriores referentes à prática profissional, que não finda com a entrega desta análise crítico-reflexiva. A conclusão deste curso é apenas o primeiro passo no caminho para me tornar uma enfermeira cada vez mais competente na área de saúde infantil e pediátrica.

A reflexão sobre a ação possibilitou reconhecer a importância da prática reflexiva com base nos valores, princípios e normas deontológicas e na evidência científica, para melhorar a tomada de decisão, incrementar a qualidade e humanizar os cuidados prestados.

A prestação de cuidados de enfermagem é realizada segundo métodos de trabalho. Constituindo a base do exercício profissional, o método de trabalho selecionado é determinante para a qualidade dos cuidados prestados e para a segurança dos clientes (Ventura-silva et al., 2021). Conforme o enunciado na scoping review realizada por Ventura-Silva e colaboradores (2021) foram identificados quatro métodos de trabalho na área da Enfermagem, que resultam de valores e princípios sociais, dos recursos existentes e das ideologias de gestão, sendo eles, o funcional, o individual, em equipa e o enfermeiro de referência.

O método de trabalho funcional consiste na divisão de tarefas pelos enfermeiros, priorizando a realização das tarefas e não o cuidado integral do cliente (Parreira, 2021). Este método não foi utilizado em nenhum campo de estágio.

O método individual de trabalho tem por base a prestação de cuidados integral aos clientes, um enfermeiro assume toda a responsabilidade pelos cuidados prestados a um grupo de clientes (Huber, 2017). Este foi o método utilizado em todos os locais de estágio.

O método em equipa compreende a junção de vários enfermeiros num grupo que é coordenado por um líder ou líderes, que conhece(m) as qualidades e capacidades de cada elemento, rentabilizando-as. Este método visa a prestação de cuidados integrais aos clientes (Goh, 2020). Não visualizei a sua implementação em nenhum contexto de estágio.

E por fim, o método de enfermeiro de referência, refere-se ao enfermeiro ter a responsabilidade sobre todas as tomadas de decisão clínicas e supervisão da prestação de cuidados (Moura, 2019).

De acordo com a revisão supracitada, todos estes métodos podem ter implicações negativas tanto para os clientes e enfermeiros quanto para a própria instituição, principalmente os que se centram no método à tarefa de assistência fragmentada (Ventura-silva et al., 2021). Portanto,

visando a garantia da máxima segurança dos cuidados, deve optar-se pela implementação de métodos que se centram no cliente, o que foi possível observar durante os estágios, uma vez que o método individual de trabalho permitiu que a prestação de cuidados tivesse em conta a criança na sua integralidade, bem como os seus pais, contribuindo para uma maior qualidade dos cuidados prestados.

Relativamente à segurança dos clientes, exalto a importância dos registos clínicos, dado o seu contributo para a continuidade dos cuidados (Conselho Jurisdicional, 2014). O sistema de registos utilizado nos contextos clínicos é o Sclínico, cuja linguagem de suporte aos enunciados dos diagnósticos e intervenções de enfermagem tem por base a CIPE. Todos os profissionais, nas diferentes áreas de trabalho, têm acesso a este sistema, através das suas credenciais com as quais acedem à plataforma e efetuam o registo dos cuidados prestados aos clientes. Nesse contexto pude participar nesses momentos de registo que se constituíram momentos de reflexão sobre os cuidados planeados e prestados.

Deste modo, observei que a preparação do sistema informático para a realização de registos, em contexto de SE, era morosa e complexa, na medida em que a enfermeira tinha que adicionar todos os estudantes divididos por turmas e por agrupamentos, bem como, grupos de docentes, não docentes e pais, para posteriormente conseguir realizar o registo, uma vez que não havia articulação do sistema informático de saúde com o sistema informático escolar. Este processo durava cerca de um mês, o que é um dispêndio de tempo enorme, tempo que poderia ser empregue na prestação de cuidados efetiva. Na minha perspectiva, os registos de enfermagem devem ser práticos e funcionais para que a documentação seja integrada nos cuidados e não um obstáculo.

Em paralelo pude treinar a documentação dos cuidados de enfermagem através da realização dos estudos de caso com recurso à utilização de uma plataforma criada pela Escola Superior de Enfermagem do Porto denominada E4nursing, que tem como suporte teórico a Ontologia de Enfermagem, a qual incorpora conceitos da CIPE e da SNOMED-CT nos enunciados dos diagnósticos e intervenções de enfermagem e está organizada de forma a expressar o raciocínio que leva à ação do enfermeiro (ESEP, 2023). O treino da documentação nesta plataforma constituiu uma das minhas maiores dificuldades durante este percurso académico, uma vez que foi a primeira vez que contactei com esta forma de documentação dos cuidados prestados, mas também foi uma oportunidade essencial de aprendizagem, uma vez que impeliu ao desenvolvimento de pensamento crítico e reflexivo.

No âmbito do projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas, pude ainda executar as atividades que descrevo de seguida, com a finalidade de atingir o objetivo: melhorar competências no âmbito da documentação dos cuidados com enfoque no desenvolvimento infantil:

- Treino da colheita e interpretação de dados;
- Treino da enunciação de diagnósticos;
- Treino da definição de objetivos;
- Treino da prescrição de intervenções;
- Documentação dos cuidados com recurso à plataforma E4nursing ao longo de diversas sessões com o mesmo caso clínico.

Enfermagem é a ciência do cuidar. É o cruzamento da esfera técnica, baseada na execução de procedimentos, com a esfera humana, onde se apresenta a sensibilidade, a criatividade e a intuição inerente à natureza do cuidar do outro. Portanto, o treino da técnica e a observação da prática de outros profissionais com diferentes competências é fundamental para o desenvolvimento das nossas próprias competências, dado o leque de aprendizagens que propicia.

Com vista à maximização do desenvolvimento das competências destaco as condições que, na minha perspetiva, são impactantes, são elas, uma boa articulação da escola com o local de estágio, a flexibilidade da escola para promover a maior proximidade possível do local de estágio relativamente ao domicílio do estudante para possibilitar uma melhor gestão do tempo. Também considero que deveriam ser criadas mais oportunidades de estudo autónomo, a preparação do serviço para receber os estudantes, por exemplo, com a aquisição de um cartão que permita o acesso ao serviço e/ou um cacifo para guardar os seus pertences.

Todos os estágios contribuíram para o desenvolvimento das competências aqui refletidas, no entanto, o facto de não ter sido orientada pela mesma tutora no módulo I e II, no contexto de urgência pediátrica, exigiu uma reintegração com a nova tutora. Apesar disso, a semelhança da minha metodologia de trabalho com a da tutora e o meu empenho e esforço empregues possibilitaram a rápida adaptação à situação, o que permitiu manter o nível de desempenho no Módulo II.

Em todos em todos os contextos clínicos realizei uma reflexão acerca da avaliação do desenvolvimento infantil, no âmbito do projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Por conseguinte, neste momento de síntese considero relevante apresentar a conclusão referente à reflexão realizada com os vários elementos da equipa do serviço de urgência acerca da avaliação do desenvolvimento da criança, visto não haver evidência científica deste aspeto.

No contexto de urgência, o contacto com a criança e com a sua família na sua grande maioria é momentâneo. Neste contacto, o profissional de enfermagem tem como foco o tratamento da condição aguda que leva a criança até este contexto e intervém consoante a prioridade ABCDE. Para além disso a criança com patologia aguda, dada a sua instabilidade, pode apresentar alterações desenvolvimentais derivadas à sua condição clínica e não devido, propriamente a um

atraso do seu desenvolvimento.

A instabilidade da criança constitui uma das causas para a permanência no serviço de urgência, e apenas em observação, pelo que, ainda que seja possível a realização de uma avaliação do desenvolvimento infantil mais pormenorizada e atenta, consoante o tempo de internamento da criança na unidade, os recursos do mesmo (humanos, físicos e materiais) e a disponibilidade de tempo que o profissional tem, de acordo com a carga de trabalho no momento, esta avaliação pode ser dúbia.

Porém, verifiquei que a avaliação do desenvolvimento infantil em contexto de urgência é realizada, ainda que o profissional não tenha consciência que o faz, porque qualquer contacto com a criança exige uma abordagem individualizada, respeitando o seu nível de desenvolvimento, com um maior enfoque em alterações do desenvolvimento mais evidentes, como sinais de alarme. No entanto, esta avaliação é realizada num período de tempo mais curto quando comparado com o tempo existente nos outros serviços nos quais realizei os ensinamentos clínicos.

A partir desta discussão, pude refletir sobre a aplicabilidade de escalas de avaliação do desenvolvimento infantil no serviço de urgência, tendo concluído que, embora possam ser utilizadas em situações específicas, nomeadamente, no serviço de observação, a aplicação das mesmas não é apropriada como norma ou protocolo. Isto considerando a prioridade da prestação de cuidados, e o tipo de condição clínica que as crianças apresentam no contexto de urgência e o tempo disponível para a aplicação correta e estruturada de uma escala. No entanto, não deve ser descurada a importância de que qualquer contacto com a criança, deve ser visto como uma oportunidade para a identificação de alterações que possibilitem a intervenção atempada e o encaminhamento adequado, mediados pela sensibilidade, perícia e conhecimento dos profissionais sobre o tema.

Os objetivos, inicialmente, estabelecidos foram alcançados com esta redação que espelha o contributo indiscutível do percurso académico para a evolução do meu pensamento crítico, consumando a exposição das experiências que promoveram o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e das competências específicas do EESIP e que nortearam o desenvolvimento do relatório.

Realizando uma autoanálise do caminho percorrido, com recurso à análise SWOT, considero terem feito parte dos pontos fortes as minhas características pessoais de persistência, empenho e determinação e ter tido o suporte da equipa pedagógica responsável pela minha orientação, nos momentos em que mais precisei. O ponto fraco consistiu na minha experiência profissional reduzida na área de saúde infantil e pediátrica. Como oportunidades, considero a realização dos estágios, maioritariamente, num centro de referência pediátrico, pois que me propiciou mais oportunidades de aprendizagem e em dois módulos distintos, o que permitiu uma melhor preparação pessoal. Por fim, como ameaças, identifico a distância de minha casa aos locais de

estágio e à universidade e o facto de não ter tido oportunidade de participar em situações de emergência durante os mesmos. A impossibilidade de prestar cuidados nestas situações, obrigou à redefinição dos objetivos inicialmente estipulados, mas não houve prejuízo do desenvolvimento de todas as competências de Enfermeiro Especialista.

Ao longo deste percurso foram surgindo dificuldades relativas à conciliação da vida pessoal e profissional com a exigência do curso, as quais se foram convertendo em oportunidades de aprendizagem e de melhoria.

Não poderia concluir esta redação sem apresentar a minha gratidão às pessoas que fizeram parte deste percurso. A paciência, o apoio, o aconselhamento, os conhecimentos transmitidos e a disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas das docentes da ESEP. Agradeço também a partilha de conhecimentos, a supervisão, o apoio, a formação e a empatia das tutoras de estágio, bem como agradeço a todas as equipas de enfermagem o contributo que tiveram para o meu desenvolvimento enquanto pessoa e profissional, incrementando a minha paixão pela enfermagem pediátrica.

Termino este relatório com a frase de Djones Braz, que sumariza este percurso, “O sonho projeta, idealiza, mas só a dedicação e o trabalho realizam”.



## 9. BIBLIOGRAFIA

Abib, J. A. (2001). Teoria moral de Skinner e desenvolvimento humano. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. <https://www.scielo.br/j/prc/a/KwFrct9k64c46BRrRzMxGZs/?format=pdf&lang=pt>

Agência Europeia do Medicamento. (12 de outubro de 2023). *Resumo das características do medicamento. Human rotavirus RIX4414 strain*. Obtido de Agência Europeia do Medicamento: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/rotarix-epar-product-information\\_pt.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/rotarix-epar-product-information_pt.pdf)

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2022). Nota técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA n.º 04/2022. *Práticas seguras para a prevenção de incidentes envolvendo cateter intravenoso periférico em serviços de saúde*. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/nt4-cateter-intravenoso-anvisa-2022/>

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. (2006). *Pediatria: Prevenção e controle de infecção hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde. <https://institutobeatrizyamada.com.br/wp/wp-content/uploads/artigos-iby/Pediatria-prevencao-e-controle-de-infeccao-hospitalar.pdf>

Almeida, A. P. (2014). A massagem terapêutica em ambiente de unidade de terapia intensiva neonatal: Uma revisão integrativa. Brasil: *Fundação Oswaldo Cruz Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira*. <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/10987/70117.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Almeida, A. P., Lima, F. M., Lisboa, S. M., Lopes, A. P., & Junior, A. J. (2013). Comparação entre as teorias da aprendizagem de skinner e bandura. *Ciências Biológicas e da Saúde*. <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiosauade/article/view/905>

Almeida, C. S., Gerson, L. R., & Emerim, R. R. (2021). Efeitos da massagem em bebês prematuros: Uma revisão integrativa. *Archives Health Sciences*, 28(1), 68-72. <https://ahs.famerp.br/index.php/ahs/article/view/56>

Almeida, P. R., Caldeira, F. I., & Gomes, C. (2022). Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: A formação de profissionais da saúde no Brasil. *REBESDE*, 3(2), 1-9. <https://revista.unifatecie.edu.br/index.php/rebesde/article/view/131>

Alves, A. M., Fortaleza, L. M., Nascimento, L. D., Pessoa, D. R., & Júnior, R. B. (2016). Oximetria

de pulso: Princípios de funcionamento e aplicações. *Educação e Ciência para a Cidadania Global*, 22(40). <https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/1186>

Alves, J. C. (2022). *Toddler sensory profile 2: Adaptação línguisto-cultural para português europeu e contributo para a validação em crianças dos 7 aos 35 meses*. Alcoitão: Escola Superior de Saúde Alcoitão. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/39794>

American Heart Association. (2021). *Suporte avançado de vida pediátrico*. American Heart Association.

American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-5*. Brazil: Techbooks. [https://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM\\_V.pdf](https://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf)

Antunes, P. L. (2022). *Sentidos* (6th ed.). Alfragide: Lua de papel.

Araújo, L. M., Neto, E. M., Diniz, M. C., Endo, A. H., Nóbrega, R. G., Rangel, A. L., Ribeiro, R. A. (2023). Manejo e complicações relacionadas a corpos estranhos em otorrinolaringologia. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 1249-1259. <https://bjihis.emnuvens.com.br/bjihis/article/view/465>

Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. (2023). *21.º Encontro nacional de internos e jovens médicos de família*. Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. <https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/13939/11940>

Associação para a promoção da segurança infantil. (2022). *Relatório de avaliação: 30 anos de segurança infantil em Portugal*. Associação para a promoção da segurança infantil. [https://www.apsi.org.pt/images/PDF/2022/APSI\\_RELATORIO\\_30.pdf](https://www.apsi.org.pt/images/PDF/2022/APSI_RELATORIO_30.pdf)

Auckett, A. (1995). *Baby massage* (5th ed.). Austrália: Hill of content.

Azevedo, A., Pina, S., Silva, F., Alves, S., Pires, G., Silva, F., & Teixeira, S. (2011). No rasto da drepanocitose. *Revista da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia*, 35 (4), 341-349. [https://spoftalmologia.pt/wp-content/uploads/2011/12/revista\\_spo\\_n4\\_2011\\_pp.341-350.pdf](https://spoftalmologia.pt/wp-content/uploads/2011/12/revista_spo_n4_2011_pp.341-350.pdf)

Balbani AP, S. T. (1998). Ear and nose foreign body removal in children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 46(1-2), 37-42. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10190703/>

Batalha, L. M. (2021). *Cuidados paliativos pediátricos - Manual de estudo* (Versão 2). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Bogusaite L, R. I. (2018). Evaluation of preoperative information needs in pediatric anesthesiology. *Medical Science Monitor, Nova York*, 4(24), 8773-8780. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30511705/>

Borrell, J. G., & Silva, A. I. (2000). Sonda gástrica em recém-nascido pré-termo: Estudo das

alterações de flexibilidade do polímero constituinte. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 34(3), 302-308. <https://www.scielo.br/jj/reeusp/a/zkcZzZQX67kCjSnMLCrXxLv/abstract/?lang=pt>

Bortagarai, F. M., Moraes, A. B., Pichini, F. d., & Souza, A. P. (2021). *Risk factors for fine and gross motor development in preterm and term infants*. Santa Maria (RS), Brasil: Universidade Federal de Santa Maria, 33(6). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34190813/>

Bowlby, J. (1989). *Uma base segura: Aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Bowlby, J. (1998). *El apego. El apego y la perdida 1*. Barcelona, Paidós.

Bressler K, S. C. (1993). Ear foreign-body removal: A review of 98 consecutive cases. *Laryngoscope*, 103(4), 367-70. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8459743/>

Cano, C. W., Silva, A. L., Barboza, A. F., Bazzo, B. F., Martins, C. P., Júnior, D. L., Nantes, R. d. (2020). Finitude da vida: Compreensão conceitual da eutanásia, distanásia e ortotanásia. *Revista Bioética*, 28(2). <https://www.scielo.br/jj/bioet/a/QBMbKWk6rxKYLXbYb4DwWvh/?format=html>

Carpigiani, B., De Araújo, M. V., Nehme, R. A., Ferraz, T., & Lopes, V. S. (2014). *Investigação do pensamento clínico, educacional e influencia da cultura na atualização da teoria psicanalítica de Erik Homburger Erikson*. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie Centro de Ciências Biológicas e da Saúde Curso de Psicologia.

Carvalho, N. A., & Silva, A. S. (2023). Atividades lúdicas na promoção da qualidade de vida de crianças hospitalizadas: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista Foco*, 16(5), 1-21. <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/1784>

Cassandra, O. (2001). *Enfermagem pediátrica contemporânea*. Lusociência.

Cequeira, N. K., Nascif, J. V., Teixeira, P., Pio, T., & Cauduro, R. S. (2019). II Encontro científico humanistas. *Humanitas*.

Clifford, P., Heimall, L., Brittingham, L., & Davis, K. (2015). Following the evidence: Enteral tube placement and verification in neonates and young children. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 29(2), 149-61. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25919605/>

Conselho de Enfermagem. (2011). *Parecer nº18/2011. Quais são as terapias alternativas que podem ser contempladas na prática de enfermagem baseada na CIPE?*. Conselho de Enfermagem.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer18\\_2011CE\\_terapias%20alternativas%20contempladas\\_pratica\\_enfermagem\\_CIPE.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer18_2011CE_terapias%20alternativas%20contempladas_pratica_enfermagem_CIPE.pdf)

Conselho de Enfermagem Regional. (2013). *Guião para a organização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem*. Conselho de Enfermagem Regional. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Guião%20para%20elaboração%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>

Conselho Jurisdicional. (2014). *Parecer CJ 196/2014. Registo de penso e evolução da ferida*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ\\_Documentos/CJ\\_Parecer\\_196\\_2014\\_RegistoPensoEvolucaoFerida.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_196_2014_RegistoPensoEvolucaoFerida.pdf)

Conselho Nacional de Saúde. (2021). *Agenda da juventude para a saúde 2030*. Conselho Nacional de Saúde. [https://juventude.cm-braga.pt/wp-content/uploads/2021/12/Agenda-Juventude-Saúde\\_2030.pdf](https://juventude.cm-braga.pt/wp-content/uploads/2021/12/Agenda-Juventude-Saúde_2030.pdf)

Conto, L. C. (2015). *Avaliação sensorial em lactentes: Uma revisão integrativa*. Araranguá: Universidade federal de santa catarina. <https://core.ac.uk/download/pdf/30432064.pdf>

Contreras-Silva, M. Y., Álvarez-Villalobos, N. A., León-Gutiérrez, H., Elizondo-Omaña, G. G., Navarrete-Floriano, G., & Romo-Salazar, J. C. (2023). Impacto del uso de dispositivos electrónicos a edad temprana en el lenguaje. *Aportación original*, 61(4). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10484535/>

Cordeiro, A. L., Andrade, C. M., França, F., Carvalho, M. c., & Pinto, L. M. (2019). Efeitos da massagem terapêutica em recém-nascidos prematuros na unidade de terapia intensiva neonatal: Uma revisão sistemática. *Journals Bahiana*, 9(4). <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/view/2482>

Correa, F. B., Coltro, P. S., & Junior, J. F. (2016). General treatment and wound management in hereditary epidermolysis bullosa: Indication and experience using silver hydrofiber dressing. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 31(4), 565-572. <https://pesquisa.bvsalud.org/hansen/resource/pt/biblio-827464?src=similardocs>

Correia, I., & Martins, M. (2022). Segurança no uso do medicamento no doente crítico: Revisão integrativa da literatura. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 111-122. <https://riis.essnortecvp.pt/index.php/RIIS/article/view/205>

Coughlin, M. (2020). *Trauma-informed care in the NICU: Evidence-based practice guidelines for neonatal clinicians*. New York: Springer Publishing Company.

Couto, C. S., Gouveia, C., Miguéns, C., & Marques, R. (2015). *Guia prático na abordagem ao doente com epidermólise bolhosa*. Debra Portugal. [https://debra.med.up.pt/wp-content/uploads/sites/19/2018/06/Epidermólise-Bolhosa-guia-pratico\\_2017.pdf](https://debra.med.up.pt/wp-content/uploads/sites/19/2018/06/Epidermólise-Bolhosa-guia-pratico_2017.pdf)

Danski, M. T., Johann, D. A., Vayego, S. A., de Oliveira, G. L., & Lind, J. (2016). Complicações relacionadas com o cateter venoso periférico: Ensaio clínico randomizado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 29(1), 84-92. <https://www.scielo.br/j/ape/a/qQfSYw4TDQFdbFGdyBDvPMJ/?format=pdf&lang=pt>

Dantas, D. G., de Oliveira, T. d., Vianna, T. A., Chícáro, S. C., Primo, A. V., & da Silva, J. J. (2021). Saberes acerca da punção venosa periférica no cenário oncopediátrico: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(17). [https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/24428/21546/291014&ved=2ahUKEwiwk4jzjr2FAxVo3AIHHC-MDY0QFnoECBIQAQ&usg=AOvVaw0LrFRW\\_fK\\_PsKKvwibKMZI](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/24428/21546/291014&ved=2ahUKEwiwk4jzjr2FAxVo3AIHHC-MDY0QFnoECBIQAQ&usg=AOvVaw0LrFRW_fK_PsKKvwibKMZI)

Delgado, D. A., Michelon, R. C., Gerson, L. R., & Almeida, C. S. (2020). Evaluation of child motor development and its association with social vulnerability. *Fisioterapia e Pesquisa*, 27(1). <https://www.scielo.br/j/fp/a/VwhrhTc3VYStmN6P3hp63TP/?lang=en#>

Deming, W. E. (1990). *Qualidade: a revolução da administração*. Rio de Janeiro: Marques Saraiva.

Diário da República. (22 de setembro de 2023). Despacho n.º 10143/2009. Aprovação do regulamento da organização e funcionamento da unidade de cuidados na comunidade. Obtido de Diário da República: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10143-2009-2216310>

Dias, C. M. M., & Silva, C. (2019). Teoria da aprendizagem social de bandura na formação de habilidades de conversação. *Psicologia, Saúde & Doenças*.

Dias, F. D., Almeida, B. P., Alvares, B. R., Jales, R. M., Caldas, J. P., & Carmona, E. V. (2019). Use of pH reagent strips to verify gastric tube placement in newborns. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31826168/>

Direcção-Geral da Educação. (2014). Programa de apoio à promoção e educação para a saúde. Lisboa: Direcção-Geral da Educação. [https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/papes\\_doc.pdf](https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/papes_doc.pdf)

Direcção-Geral da Saúde. (2003). Norma n.º 09/DGCG. *A dor como 5º sinal vital*. Lisboa: Ministério da Saúde. [https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor\\_como\\_5\\_sinal\\_vital\\_-\\_2003.pdf](https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf)

Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde e Organização Mundial da Saúde. <https://catalogo.inr.pt/documents/11257/0/CIF+2004>

Direcção-Geral da Saúde. (2006). *Promoção da saúde mental na gravidez e primeira infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

[https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2016/12/Saude\\_Mental\\_e\\_Gravidade\\_primeira\\_infancia\\_Folheto\\_DGS\\_2005.pdf](https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2016/12/Saude_Mental_e_Gravidade_primeira_infancia_Folheto_DGS_2005.pdf)

Direcção-Geral da Saúde. (2010a). *Orientações da OMS para a cirurgia segura 2009: Cirurgia segura salva vidas*. World Health Organization. <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598552-por.pdf>

Direcção-Geral da Saúde. (2010b). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Direcção-Geral da Saúde. [https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS\\_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf)

Direcção-Geral da Saúde. (2011). *Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente\\_Final.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente_Final.pdf)

Direcção-Geral da Saúde. (2012a). *Norma 007/2012. Diagnóstico e tratamento da otite média aguda na idade pediátrica*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. [https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/DGS\\_007\\_2012\\_ACTUALIZADA10.2014.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/DGS_007_2012_ACTUALIZADA10.2014.pdf)

Direcção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. [https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/DGS\\_010\\_2013-05.2013.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/DGS_010_2013-05.2013.pdf)

Direcção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Saúde-Escolar-2015.pdf>

Direcção-Geral da Saúde. (2017). *Norma n.º 001/2017. Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>

Direcção-Geral da Saúde. (2020). *Programa nacional de vacinação*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>

Direcção-Geral da Saúde. (2021). *Norma 007/2021 Assunto: Programa nacional de vacinação 2020: Vacinação contra gastroenterite por rotavírus de crianças pertencentes a grupos de risco*. Direcção-Geral da Saúde. European Foundation for Quality Management. (8 de março de 2024). *EFQM Model*. Obtido de The EFQM Model: <https://efqm.org/the-efqm-model/>

Erikson, E. (1976). *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Zahar.

Escola Superior de Enfermagem do Porto. (12 de novembro de 2023). *NursingOntos*. Obtido de Ontologia de Enfermagem: [http://i-d.esenf.pt/nursingontos/?doing\\_wp\\_cron=1699864940.4583079814910888671875](http://i-d.esenf.pt/nursingontos/?doing_wp_cron=1699864940.4583079814910888671875)

Faria, M. S., Gasparotto, O. C., Leite, L. D., & Pinto, C. M. (2014). *Fisiologia humana*. Brasil: Ministério da Educação. <https://antigo.uab.ufsc.br/biologia//files/2020/08/Fisiologia-Humana.pdf>

Faramarzi, R., Darabi, A., Emadzadeh, M., Maamouri, G., & Rezvani, R. (2023). Predicting neurodevelopmental outcomes in preterm infants: A comprehensive evaluation of neonatal and maternal risk factors. *Early Human Development*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37579535/>

Fees, K. D. (2023). 'Maxwell Jones and the therapeutic community', by David Millard (1996). *History of Psychiatry*, 34(1), 78-86. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36583597/>

Field, T. (1993). *Touch in Early Development* (1th ed.). New York: Taylor & Francis.

Fieldler, A. P. (2016). O desenvolvimento psicossocial na perspectiva de Erik h. Erikson: As “oitoidades do homem”. *Revista Educação*, 11(1). <http://revistas.ung.br/index.php/educacao/article/view/2265>

Fonseca, L. G., Panciera, S. P., & Zihlmann, K. F. (2021). Hospitalização em oncologia pediátrica e desenvolvimento infantil: interfaces entre aspectos cognitivos e afetivos. *Psicologia: Ciência e Profissão*. <https://www.scielo.br/j/pcp/a/HMFDTZzjsf3j44kCmXrkdzn/?lang=pt>

Frawley, W. (2000). *Vygotsky e a ciência cognitiva*. Artmed.

Freeman, D., Saxton, V., & Holberton, J. (2012). A weight-based formula for the estimation of gastric tube insertion length in newborns. *Advances in Neonatal Care*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22668691/>

Furtado, C., & Pereira, J. (2010). *Equidade e acesso aos cuidados de saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública Universidade Nova de Lisboa.

Gajewska, E., Moczko, J., Naczka, M., Naczka, A., & Sobieska, M. (2023). Impact of selected risk factors on motor performance in the third month of life and motor development in the ninth month. *PeerJ Publishing*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10274587/>

Goh, S. T. (2020). Nursing teamwork in general ward settings: A mixed-methods exploratory study among enrolled and registered nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 29(19-20), 3802-3811. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32643794/>

Gomes, I. M. (2021). *Child sensory profile 2: Adaptação linguístico-cultural para português europeu e contributo para a validação em crianças dos 3 aos 14 anos*. Alcoitão: Escola Superior de Saúde Alcoitão. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/39793>

Gorski, L. A., Hadaway, L., Hagle, M. E., Broadhurst, D., Clare, S., Kleidon, T., Alexander, M. (2021). Infusion therapy standards of practice, 8th edition. *Journal of Infusion Nursing*, 44(1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33394637/>

Graven, S. N. (2004). Desenvolvimento visual neurosensorial precoce do feto e do recém-nascido. *Clinics in Perinatology*, 31(2), 199-216. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15289028/>

Gül, H., Gül, A., & Kara, K. (2020). Maternal depression, anxiety, psychoticism and paranoid ideation have effects on developmental delay types of infants: A study with clinical infant-mother dyads. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(3), 184-190. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32513470/>

Hass, J., Panceri, C., Procianoy, R., Silveira, R., & Valentini, N. (2023). Risk factors for cognitive, motor and language development of preterm children in the first year of life. *Revista Paulista de Pediatria*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36169521/>

Hernot, S., Yadav, S. P., Kathuria, B., & Kaintura, M. (2016). A rare complication due to button battery cell in ear. *Indian Journal of Otology*, 22(1), 52-55.

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. R. (2014). *Wong. Fundamentos de enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Hockenberry, M. J., Wilson, D., Rodgers, C. C. (2018). *Wong's nursing care of infants and children 11th edition*. Riverport: Elsevier.

Huber, D. (2017). *Leadership and Nursing Care Management* (6th ed.). St. Louis: Elsevier.

Huber, M., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A., Kromhout, D., Leonard, B., Knottnerus, A. (2011). How should we define health? *BMJ*.

International Council of Nurses. (2020). *CIPE - Português*. International Council of Nurses.

Índice. (09 de fevereiro de 2024a). *Cloreto de potássio*. Obtido de Índice: <https://www.indice.eu/pt/medicamentos/medicamentos/cloreto-de-potassio-75-labesfal/saber-mais>

Índice. (09 de fevereiro de 2024b). *Gluconato de cálcio*. Obtido de Índice: <https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/gluconato-de-calcio/informacao-geral>

Índice. (09 de fevereiro de 2024c). *Glucose*. Obtido de Índice: <https://www.indice.eu/pt/medicamentos/medicamentos/glucose-10-basi/saber-mais>

Índice. (09 de fevereiro de 2024d). *Benzilpenicilina sódica*. Obtido de Índice: <https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/benzilpenicilina-sodica/informacao-geral>

Infarmed. (2010). *Resumo das características do medicamento: Penicilina*. Lisboa: Infarmed.

- Infarmed. (2015). Resumo das características do medicamento: Fluticasona. Lisboa: Infarmed.
- Infarmed. (2018). Resumo das características do medicamento: Montelukaste. Lisboa: Infarmed.
- Infarmed. (2019). *Resumo das características do medicamento: D Med Azevedos*. Lisboa: Infarmed.
- Infarmed. (2021). Resumo das características do medicamento: Gentamicina. Lisboa: Infarmed.
- Infarmed. (2022). Resumo das características do medicamento: Lepicortinolo. Lisboa: Infarmed.
- Infarmed. (2023). *Paracetamol*. Obtido de Infarmed: [https://www.benefarmaceutica.pt/wp-content/uploads/2023/10/ben-u-ron-250mg-supositorios\\_Fl.pdf](https://www.benefarmaceutica.pt/wp-content/uploads/2023/10/ben-u-ron-250mg-supositorios_Fl.pdf)
- Jie, W., Man-Man, L., Le-Peng, Z., Ri-Hua, X., Smita, P., Daniel, K., & Shi, W. W. (2021). Treatment for grade 4 peripheral intravenous infiltration with type 3 skin tears: A case report and literature review. *International Wound Journal*, 19(1), 222-229. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34129273/>
- Jolibert, B. (2010). *Sigmund Freud*. Brasil: Massangana.
- Juran, J. M. (1998). *Juran's quality handbook* (5th ed.). United States of America.
- Kappelt, J., Meigen, C., Schild, C. E., Kiess, W., & Poulain, T. (2023). Early child development and its determinants: Findings from a large cohort of healthy children growing up in a low-risk environment. *Child: Care, Health and Development*, 50(1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37737540/>
- Kline, P. (1980). *Psicologia e teoria freudiana - Uma introdução*. Portugal: Imago.
- Lamônica, D. A., & Ribeiro, C. D. (2021). *Prematuridade e o sistema nervoso central*. Brasil: Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Lisboa. [https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/13044/1/Prematuridade%20e%20o%20sistema%20nervoso%20centrale-book\\_int\\_pre\\_21.pdf](https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/13044/1/Prematuridade%20e%20o%20sistema%20nervoso%20centrale-book_int_pre_21.pdf)
- Lascas, D. R. (2021). *Suicídio na adolescência em portugal: Revisão bibliográfica*. Porto: Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/139152>
- Leonard, D., Buettner, P., Thompson, F., Makrides, M., & McDermott, R. (2019). Early childhood anaemia more than doubles the risk of developmental vulnerability at school-age among Aboriginal and Torres Strait Islander children of remote Far North Queensland: Findings of a retrospective cohort study. *Nutrition & Dietetics*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7317940/>
- Li, S. J., Tsao, P. N., Tu, Y. K., Hsieh, W. S., Yao, N. J., Wu, Y. T., & Jeng, S. F. (2022). Cognitive and

motor development in preterm children from 6 to 36 months of age: Trajectories, risk factors and predictability. *Early Human Development*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35921693/>

Lindmark, U., Bülow, P., Mårtensson, J., & Rønning, H. (2019). The use of the concept of transition in different disciplines within health and social welfare: An integrative literature review. *Nursing Open*, 6(3), 664-675. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31367388/>

Lima, L. N., Carvalho, E. d., da Silva, V. B., & Melo, M. C. (2020). Experiência autorelatada da criança hospitalizada: Uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4). <https://www.scielo.br/jj/reben/a/js3cjf4M8M8PQXvCvcpKfYw/?format=pdf&lang=pt>

Lopez, F. A. (2007). *Tratado de pediatria*. Manole: Barueri.

Machado, A. C., Oliveira, S. R., Magalhães, L. d., Miranda, D. M., & Bouzada, M. C. (2017). Processamento sensorial no período da infância em crianças nascidas pré-termo: Revisão sistemática. *Revista Paulista de Pediatria*, 35(01). <https://www.scielo.br/jj/rpp/a/zYzcpdfxx8qyYZ9mSnWFjPN/>

Martins, V. (2017). *Seja assertivo! Como conseguir mais confiança e firmeza na sua vida profissional e pessoal*. Rio de Janeiro: Alta Books.

Mattos, J. C., D'Antino, M. E., & Cysneiros, R. M. (2015). *Confiabilidade e evidências de validade do instrumento sensory profile (Dunn, 1999): Revisão de literatura*. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 15(2), 43-51. <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/cpgdd/article/view/11281/7015>

Meleis, A. H. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical nursing: development e progress* (5th ed.). Pennsylvania: University of Pennsylvania, School of Nursing, Philadelphia.

Meleis, A. I. (2018). *Theoretical nursing: Development and progress 6th edition*. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Melo, A. D., Ruão, T., Balonas, S., Alves, M., & Ferreira, M. (2022). *Guia de comunicação em saúde áreas especializadas*. Minho: Direcção-Geral da Saúde. [https://pns.dgs.pt/files/2022/10/GBP\\_02\\_Areas\\_Especializadas\\_em\\_Comunicacao.pdf](https://pns.dgs.pt/files/2022/10/GBP_02_Areas_Especializadas_em_Comunicacao.pdf)

Melo, L. D., Souza, A. A., Magalhães, D. M., Coelho, G. B., Oliveira, S., Pereira, R., Marques, R. (2021). Anxiety of family members of children with heart disease in the preoperative phase: Reflections on the role of nurses. *Research, Society and Development*, 10(5). <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14882>

Melo, N. S. (2022). Validação clínica do diagnóstico de enfermagem. "Risco de atraso no desenvolvimento infantil". *Revista Escola de Enfermagem USP*. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/gxDPMhtRG5M69hDCrKxsBqP/?lang=pt>

Mettler, M., & Kemper, D. W. (2006). Information therapy: the strategic role of prescribed information in disease self-management. *Studies in Health Technology and Informatics*, 373-383. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17095835/>

Ministério da Saúde. (2014). *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde*. Brasil: Ministério da Saúde. [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_recem\\_nascido\\_v2.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v2.pdf)

Ministério Público. (1948). *Declaração universal dos direitos humanos*. Diário da República, I Série, n.º 57/78. [https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/pdf/declaracao\\_universal\\_dos\\_direitos\\_do\\_homem.pdf](https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/documentos/pdf/declaracao_universal_dos_direitos_do_homem.pdf)

Monroe, R. A. (2014). Family-centered care of the toddler and preschooler. Em M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers, *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (pp. 423-4040). Riverport Lane: Elsevier.

Moreira, M. I. (2017). *Prevenção de úlceras de pressão, em crianças/adolescentes, relacionadas com tubo endotraqueal*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/21123>

Moura ECC, L. M. (2019). Relationship between implementation of the primary nursing model and the reduction of missed nursing care. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 2103-2112. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31433878/>

Noetzold, E. A., Krahl, M., Camargo, C. A., dos Santos, K. P., Pozzebon, B. R., & Eberhardt, T. D. (2022). Ações de cuidado no preparo pré-operatório à criança submetida a procedimentos cirúrgicos. *Ciência e Humanização*, 2(1), 67-82. <https://rechhc.com.br/index.php/rechhc/article/view/86>

Nona, J., Tomé, T., Araújo, C., Carreiro, H., Machado, M. C., Costa, P., & Costa, A. (2013). *CPAP nasal*. Consensos Neonatologia. [https://www.spp.pt/UserFiles/File/Consensos\\_Nacionais\\_Neonatologia\\_2004/CPAP\\_Nasal.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/File/Consensos_Nacionais_Neonatologia_2004/CPAP_Nasal.pdf)

Novo, A. (2009). *Evolução dos níveis séricos de cistatina C em recém-nascidos de termo no primeiro mês de vida*. Brasil: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5141/tde-01062009-100958/publico/anacacfnovo.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor. Guia orientador de boa prática*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8898/regulamentopadroesqualidadecuidadosespecializadosenfermagemsaudecriancajovem.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica- Volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores\\_boapratica\\_saudeinfantil\\_pediatria\\_volume1.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica - Volume II*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8906/cadernosoe\\_guiasorientadoresboapraticeesip\\_volii.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8906/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticeesip_volii.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP\\_Regulamento\\_PQCEE%20\\_SaudeCriancaJovem.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_Regulamento_PQCEE%20_SaudeCriancaJovem.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de boa prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp\\_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro\\_norma\\_de\\_dotacoesseguras\\_dos\\_cuidados\\_de\\_enfermagem\\_ag\\_30\\_05\\_2014\\_aprovado\\_por\\_maioria\\_proteg.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Guia orientador de boas práticas - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp\\_parentalidatedepositiva\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidatedepositiva_vf.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Código deontológico. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015c). *Estatuto da ordem dos enfermeiros e regulamento do exercício profissional dos enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015d). *Dor 5º sinal vital*. Lisboa: Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos\\_Melhoria\\_Qualidade\\_Cuidados\\_Enfermagem/IPOLisboa\\_NormaClinicaEnfermagem\\_DorQuintoSinalVital.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/IPOLisboa_NormaClinicaEnfermagem_DorQuintoSinalVital.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Colégio da especialidade de enfermagem de saúde infantil e pediátrica de Leiria: Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2\\_padroesqualidcuidesip.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2017a). *Parecer n.º 6/ 2017. Aplicação de calor local em seroma provocado por infiltração de soroterapia em lactentes*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4806/parecer-nº-6\\_2017.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4806/parecer-nº-6_2017.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 422/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. 2ª série. Diário da República. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (21 de junho de 2023). *Ordem avança para a melhoria dos sistemas de informação em enfermagem*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/ordem-avanca-para-a-melhoria-dos-sistemas-de-informacao-em-enfermagem/>

Oliveira, A. I., Zaparoli, D. A., & Pinheiro, M. A. (2021). *Coletânea de estudos em integração sensorial- Volume 2*. Hawking.

Oliveira, C. F., Cararotto, A. G., & Silveira, O. F. (2020). Joseph M. Juran, mestre da qualidade. *Revista da Mostra de Iniciação Científica*, 6(1). <https://www.ulbracds.com.br/index.php/rmic/article/view/2982>

Oliveira, G., Albuquerque, M., Cardoso, B., Gaspar, E., Costa, R., Aguiar, T., Pissara, S. (2012a). *Particularidades da reanimação do Recém-Nascido (RN) com Idade Gestacional (IG) <32*

semanas. Sociedade Portuguesa de Neonatologia. [https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/12/Consenso\\_TransPorte\\_Neo\\_2018\\_10\\_08.pdf](https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/12/Consenso_TransPorte_Neo_2018_10_08.pdf)

Oliveira, G., Albuquerque, M., Cardoso, B. M., Gaspar, E., Costa, R., Aguiar, T., Pissara, S. (2012b). *Reanimação do recém-nascido de termo na sala de partos*. Sociedade Portuguesa de Neonatologia. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/Reanimação-RN-Termo-Sala-de-Partos.pdf>

Ordem dos Médicos. (2020). *Pediatria do neurodesenvolvimento em Portugal: Movimento hospitalar assistencial, recursos e necessidades - evolução em dez anos*. Ordem dos Médicos. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34280/1/AMP.pdf>

Organização Mundial da Saúde. (2016). *Estratégia global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes (2016-2030)*. Organização Mundial da Saúde.

Organização Pan-Americana da Saúde. (15 de março de 2024). Saúde mental dos adolescentes. Obtido de Organização Pan-Americana da Saúde: <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>

Oselame, G. B., & Pacheco, T. S. (2015). Epidermólise bolhosa: Revisão narrativa. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 4(3). <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/6192>

Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., Salgueiro-Oliveira, P. (2021). Work Methods for Nursing Care Delivery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 2088. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33669955/>

Paula, L. P., & Junior, O. (2019). Distanásia: Violação ao direito à vida e a morte dignas - Uma análise à luz da dignidade da pessoa humana e dos direitos da personalidade. *Revista Internacional Consinter de Direito*. <https://revistaconsinter.com/index.php/ojs/0828>

Pavlov, I. (1976). *Reflexos condicionados, inibição e outros textos*. Lisboa: Estampa.

Pedroso, J., Buccini, G., Venancio, S., Pérez-Escamilla, R. & Gubert, M. B. (2019). Maternal mental health modifies the association of food insecurity and early child development. *Maternal & Child Nutrition*, 16(4). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32351004/>

Pedroso, R. M. (2017). Impacto da parceria de cuidados para a criança hospitalizada e sua família. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 225-232. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349853365023.pdf>

Pereira, A. F., Escola, J. J., & Almeida, C. M. (2020). Educação em saúde para a

criança/jovem/família: Necessidades formativas dos enfermeiros. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34. <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/35273>

Perlin, D. A., Oliveira, S. M., & Gomes, G. C. (2011). A criança na unidade de terapia intensiva neonatal: Impacto da primeira visita da mãe. *Revista Gaúcha Enfermagem.*, 32(3). <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/34W3RSPMG54DBD57m7jWBMK/>

Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa. (24 de março de 2023). *Lei n.º 31/2018, de 18 de Julho. Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida*. Obtido de Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa: [https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=2917&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so\\_miolo=](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2917&tabela=leis&ficha=1&pagina=1&so_miolo=)

Piaget, J. (2012). *La equilibración de las estructuras cognitivas: Problema central del desarrollo*. Espanha: Siglo XXI de España Editores.

Pinheiro, M. (2007). *Fundamentos de neuropsicologia - O desenvolvimento cerebral da criança*. Vita et Sanitas.

Pírez, C., Peluffo, G., Giachetto, G., Menchaca, A., Pérez, W., Machado, K., Rompani, E. (2020). Oxigenoterapia. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 91. <https://adp.sup.org.uy/index.php/adp/article/view/169>

Prazeres, S. J., & Leal, S. C. (2017). *Melhores práticas de enfermagem: Cuidados ao neonato com epidermólise bolhosa*. Porto Alegre: Moriá.

Queiroz, S., Dias, L., Chagas, J., & Nepomoceno, P. (2011). Erros e equilíbrio em psicologia genética. *Revista Psicologia Escola e Educação*, 15(2), 263-271.

Queiroz, W., Martins, E. d., Melo, V. d., Godim, D. G., & Teixeira, H. J. (2020). Análise do processo cognitivo e suas implicações didáticas no ensino. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*. [doi.org/10.29327/217514.6.12-17](https://doi.org/10.29327/217514.6.12-17)

Queirós, P. J. (2016). O conhecimento em enfermagem e a natureza dos seus saberes. *Escola Anna Nery*.

Ramalhal, T., Lagarto, A., Matos, A., Cruz, H., & Ribeiro, H. (2013). Transition to parenthood: Nursing intervention to promote paternal competences. *Nursing Education, Research, & Practice*, 3(5), 164-169.

Santos, C. P., Mesquita, D. M., Nonato, D. P., Santana, E. V., Oliveira, L. R., & Nascimento, S. L. (2022). A emoção no desenvolvimento infantil. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação.*, 8(5). <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/5910>

Saruga, L. D. (2022). *Sensory Profile 2 - Infant: Adaptação linguística-cultural para o português*

européu e contributo para a validação em bebés dos 0 aos 6 meses. Alcoitão: Escola Superior de Saúde Alcoitão.

Secco, I. L., Costa, T., Moraes, E. L., Freire, M. H., Danski, M. T., & Oliveira, D. A. (2019). Cuidados de enfermagem a neonato com epidermólise bolhosa: Relato de caso. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/XZGCMVcmrsTdCSgsdd5y8Tx/>

Seeley, R. R., Stephens, T. D., & Tate, P. (2008). Parte 3 - Sistemas de integração e controle: Os sentidos especiais. Em R. R. Seeley, T. D. Stephens, & P. Tate, *Anatomia e fisiologia 8th ed.* (pp. 555-558). Loures: Lusociência.

Serrano, P. (2022). *O Desenvolvimento da Autonomia dos 0 aos 3 Anos* (2th ed). Papa-Letras.

Serrano, P. (2023). *A integração sensorial no desenvolvimento e aprendizagem da criança*. Lisboa: Papa-Letras.

Silva, A., Aquino, M., Melo, W., Mariano, S., & Monteiro, F. (2022). Risco para o desenvolvimento do lactente atrasado: estudo de conceitos. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 96(38). <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1348>

Silva, C. N., & Afonso, J. C. (2008). Processamento de pilhas do tipo botão. *Química Nova*, 31(6). <https://www.scielo.br/j/qn/a/98tGVvZQ4jz9RkSnpqnW5dv/?lang=pt>

Silva, A. P. (2013). *Perfil sensorial nas crianças prematuras*. Lisboa: Escola Superior de Saúde do Alcoitão.

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/7452/1/Perfil%20Sensorial%20nas%20Crianças%20Prematuras.pdf>

Silva, J. R., Cardoso, A. C., Anjos, A. C., Barbosa, V., Simões, V. A., & Perpétuo, C. L. (2013). Desenvolvimento humano nas perspectivas de Piaget e Vygotsky. *Revista da Educação da UNIPAR*, 15(1). <https://revistas.unipar.br/index.php/educere/article/view/5610>

Silveira, F. M., & Bensson, S. (2021). Embriologia do sistema nervoso central: aspectos clínicos. *Revista Científica Cognitionis*, 4(1). <https://revista.cognitioniss.org/index.php/cogn/article/view/93>

Simões, A., Lopes, S., & Dixe, M. (2021). Fatores que colocam em perigo o desenvolvimento das crianças e jovens referenciados às comissões de proteção. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(6). <https://revistas.rcaap.pt/referencia/article/view/26028>

Sirgado, A. P. (2000). O social e o cultural na obra de Vigotski. *Educação & Sociedade*, 21(71), 45-78. <https://www.scielo.br/j/es/a/gHy6pH3qxxynJLHgFyn4hdH/abstract/?lang=pt>

Smith, G. D. (2021). Literacia em saúde: A perspetiva da enfermagem. *Revista de Enfermagem*

Referência, 8.  
<https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/pt/covid-who-1675254>

Sistema Nacional de Saúde. (12 de novembro de 2023). *Vírus sincicial respiratório*. Obtido de SNS 24: <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/virus-sincicial-respiratorio/>

Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras. (2021). Cuidado integral ao recém-nascido pré-termo e à família. Brasil: Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras. <https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Livro-cuidado-SOBEP-2.x66310.x19092.pdf>

Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde. (29 de fevereiro de 2024). *Literacia em saúde*. Obtido de Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde: <https://splspportugal.com>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2004). *Consensos nacionais em neonatologia*. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Neonatologia. [https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/201107201730-consensos\\_neonatologia\\_2004.pdf](https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/201107201730-consensos_neonatologia_2004.pdf)

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2014). *Consenso clínico: "Atuação no micronato"*. Sociedade Portuguesa de Neonatologia. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Micronato.pdf>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018a). *Consenso clínico: "A luz e o desenvolvimento visual do RN prematuro"*. Sociedade Portuguesa de Neonatologia. <https://www.spneonatologia.pt/documents/consensos/>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018b). *Displasia broncopulmonar - Seguimento após a alta da UCIN*. Sociedade Portuguesa de Neonatologia. <https://www.spneonatologia.pt/documents/consensos/>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2023). *Recomendação/consenso clínico: "Sépsis neonatal precoce e risco infeccioso"*. Sociedade Portuguesa de Neonatologia. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2023/08/Consenso-sepsis-neonatal-precoce.pdf>

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2005). *Consensos e recomendações da sociedade portuguesa de pediatria: Decisão de não reanimar: reflexões, consensos e orientações*. Sociedade Portuguesa de Pediatria. [http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/7/20080424161953\\_APP\\_Vol\\_37\\_N1\\_CR\\_Decisao\\_Nao\\_Reanimar.pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/7/20080424161953_APP_Vol_37_N1_CR_Decisao_Nao_Reanimar.pdf)

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2007). *Pneumonia adquirida na comunidade*. Orientações

para actuação em Pediatria. *Acta Pediatrca Portuguesa*.  
[http://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos\\_SPP/Pneumonia\\_Acquirida\\_Comunidade.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos_SPP/Pneumonia_Acquirida_Comunidade.pdf)

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2016). *Consenso clínico: "Ventilação não invasiva"*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pediatria Secção de Neonatologia.  
<https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-VM.pdf>

Sousa, M., Paula, C., Tauil, P., & Costa, I. (2015). Correlation between nutritional, hematological and infectious characteristics and classification of the type of epidermolysis bullosa of patients assisted at the Dermatology Clinic of the Hospital Universitário de Brasília. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 90(6), 922-4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26734883/>

Sousa, P., Paiva, A., Pereira, F., Parente, P., & Sousa, P. (2023). O exercício parental durante a hospitalização do filho: modelo de intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados. *Cadernos de Saúde*, 15(1), 4-17.  
<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2023.11580>

Sousa, P. C. (2014). *O exercício parental durante a hospitalização do filho: Intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceira de cuidados*. Porto: Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/13972>

Souza, P. C. (2016). *Sigmund freud obras completas volume 6 três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria ("o caso dora") e outros textos (1901-1905)*. São Paulo: Schwarcz. <https://www.companhiadasletras.com.br/trechos/14199.pdf>

Souza, C. F., Araújo, C. M., & Barreto, A. K. (2022). *Comprimento de inserção de sonda gástrica em recém-nascidos: Práticas dos enfermeiros*. Recife, Brasil: Universidade Federal de Pernambuco. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/69484>

Sucupira, K. S. (2022). *Efeitos da estimulação sensorial vestibular no desenvolvimento neuromotor por meio do posicionamento em rede de balanço em prematuros tardios: Ensaio clínico randomizado*. Brasil: Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

Sznajder, K., Teti, D., Hackman, N., Massare, B., & Kjerulff, K. (2022). Cesarean section and child development at 3 years: A prospective cohort study of first births in pennsylvania. *Maternal and Child Health Journal*, 2526-2535. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36348212/>

Teixeira, A. C. (2021). *Emponderamento profissional e enfermagem baseada na evidência: Contributos para uma otimização da prática*. Porto: Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/139961>

Torres, I. M. (2005). A constituição da pessoa na proposta de Henri Wallon. *Revista da associação brasileira de psicopedagogia*.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. (2006). *Declaração universal sobre bioética e direitos humanos*. Lisboa: Comissão Nacional da United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization - Portugal.

United Nations International Children's Emergency Fund. (1948). *Declaração universal dos direitos humanos*. Assembleia Geral das Nações Unidas.

United Nations International Children's Emergency Fund. (2020). *For every child, reimagine. UNICEF annual report 2019*. New York: United Nations Children's Fund.

Vincent, L. Y., Daniel, S., & Papsin, B. (2003). *Button batteries in the ear, nose and upper aerodigestive tract*. Toronto, Canada: Department of Otolaryngology, The hospital for Sick Children. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15013616/>

Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. S., Trindade, L. L., Ribeiro, O. M. P. L. & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6 (2), 278- 295. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/12/1349325/document-7.pdf>

Wallon, H. (1995). *Uma concepção dialética do desenvolvimento infantil*. Brasil: Vozes.

Whitely, A., Shandley, K., Huynh, M., Brown, C., Austin, D., & Bhowmik, J. (2022). Brief report - Pregnancy, birth and infant feeding practices: A survey-based investigation into risk factors for autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(11), 5072-5078. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34766207/>

World Health Organization. (2017). *Promoting health in the SDGs. Report on the 9th global conference for health promotion, shanghai, china, 21-24 november 2016: All for health, health for all*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-PND-17.5>

World Health Organization. (2018a). *Delivering quality health services: A global imperative for universal health coverage*. Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization. (2018b). *Handbook for national quality policy and strategy*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565561>

World Health Organization. (11 de dezembro de 2023a). *Deafness and hearing loss*. Obtido de World Health Organization: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>

World Health Organization. (20 de março de 2023b). *Communication for health (C4H)*. Obtido de World Health Organization: <https://www.who.int/westernpacific/initiatives/Communication-for-Health-C4H>

World Health Organization. (29 de fevereiro de 2024a). *Why is health literacy failing so many?*. Obtido de World Health Organization: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2822%2902301-7>

World Health Organization. (12 de março de 2024b). *Constitution*. Obtido de World Health Organization: <http://www.who.int/about/accountability/governance/constitution>

World Health Organization. (21 de março de 2024c). *Chronic diseases*. Obtido de World Health Organization: [http://www.who.int/topics/chronic\\_disease/en](http://www.who.int/topics/chronic_disease/en)

Yoldaş, T. Ç., Çelik, H. T., Özdemir, G., Karakaya, J., & Özmert, E. (2020). Do early parental postnatal depression, attachment style and T perceived social support affect neurodevelopmental outcomes of premature infants?. *Infant Behavior and Development*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32244071/>

Yoldaş, T., & Özmert, E. (2021). Communicative environmental factors including maternal depression and media usage patterns on early language development. *Maternal and Child Health Journal*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33905063/>

Zago, A. C., Trettim, J., Rubin, B., Scholl, C. C., Coelho, F. T., Ulguim, F., & Quevedo, L. A. (2022). Early motor development: Risk factors for delay in a population study in Southern Brazil. *Revista de Saúde Pública*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10519674/>

Zavaroni, D., Viana, T., & Celes, L. (2007). A constituição do infantil na obra de Freud. *Estudos de Psicologia*, 12(1), 65-70. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-468057>

## **10. ANEXOS**



## **Anexo I**



## ALTERAÇÕES MAIS FREQUENTES DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Segundo a Ordem dos Médicos, as problemáticas de saúde da população pediátrica observadas nos serviços de saúde estão em mudança nas últimas décadas. As patologias do foro neurodesenvolvimental figuram como sendo as doenças crónicas mais frequentes, tirando lugar a quadros infecciosos e de desnutrição (OM, 2020). Neste sentido, evidenciam-se as seguintes patologias:

- **Perturbação do défice de atenção e hiperatividade:** “a perturbação do défice de atenção e hiperatividade é um transtorno do neurodesenvolvimento definido por níveis prejudiciais de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. Desatenção e desorganização envolvem incapacidade de permanecer em uma tarefa, aparência de não ouvir e perda de materiais em níveis inconsistentes com a idade ou o nível de desenvolvimento. Hiperatividade-impulsividade implicam atividade excessiva, inquietação, incapacidade de permanecer sentado, intromissão em atividades de outros e incapacidade de aguardar - sintomas que são excessivos para a idade ou o nível de desenvolvimento” (American Psychiatric Association, 2013, p.59).
- **Perturbação do desenvolvimento intelectual:** “deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) é um transtorno com início no período do desenvolvimento que inclui déficits funcionais, tanto intelectuais quanto adaptativos, nos domínios conceituai, social e prático. “Carateriza-se por déficits em capacidades mentais genéricas, como raciocínio, solução de problemas, planeamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem académica e aprendizagem pela experiência”. Déficits neste domínio, “resultam em prejuízos no funcionamento adaptativo, de modo que o individuo não consegue atingir padrões de independência pessoal e responsabilidade social em um ou mais aspetos da vida diária, incluindo comunicação, participação social, funcionamento académico ou profissional e independência pessoal em casa ou na comunidade” (American Psychiatric Association, 2013, p. 33).
- **Perturbação do espectro do autismo:** “carateriza-se por déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, incluindo déficits na reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados para interação social e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos”. Para o seu diagnóstico “requer a presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades”. O diagnóstico é baseado em informações retrospectivas, mas a apresentação atual deve causar relevantes prejuízos (American Psychiatric Association, 2013, p.50).
- E outras condições clínicas que se associam a um elevado risco de sequelas neurológicas, anteriormente fatais, nomeadamente: **grande prematuridade, doença oncológica, patologia degenerativa e todas as doenças crónicas** (OM, 2020).

Contudo, dentro das perturbações do neurodesenvolvimento, a DSM-5 enumera ainda as seguintes:

- **Transtornos motores do neurodesenvolvimento**, que inclui:

- Transtorno do desenvolvimento da coordenação: é caracterizado “por déficits na aquisição e na execução de habilidades motoras coordenadas, manifestando-se por falta de jeito e lentidão ou imprecisão no desempenho de habilidades motoras, causando interferência nas atividades da vida diária” (American Psychiatric Association, 2013, p.74).
- o Transtorno do movimento estereotipado: o indivíduo apresenta “comportamentos motores repetitivos, aparentemente direcionados e sem propósito, como agitar as mãos, balançar o corpo, bater a cabeça, morder-se ou machucar-se” (American Psychiatric Association, 2013, p.77);
- Transtornos de tiques: consistem na “presença de tiques motores ou vocais, que são movimentos ou vocalizações repentinas, rápidos, recorrentes, não ritmados e estereotipados.” Este transtorno pode ser não especificado, quando o indivíduo apresenta sintomas, mas não cumpre com todos os critérios estabelecidos para definir transtorno de tiques (American Psychiatric Association, 2013, p.81).
- **Transtorno específico da aprendizagem**: “é diagnosticado diante de “déficits específicos na capacidade individual para perceber ou processar informações com eficiência e precisão. (...) caracterizando-se por dificuldades persistentes e prejudiciais nas habilidades básicas acadêmicas de leitura, escrita e/ou matemática” (American Psychiatric Association, 2013, p.66).
- **Transtornos da comunicação**, devem ser avaliados tendo em conta o contexto linguístico de desenvolvimento da criança e incluem: déficits na linguagem, na fala e na comunicação.
  - “Fala é a produção expressiva de sons e inclui a articulação, a fluência, a voz e a qualidade da ressonância de um indivíduo” (American Psychiatric Association, 2013, p.41).
  - “Linguagem inclui a forma, a função e o uso de um sistema convencional de símbolos (i.e., palavras faladas, linguagem de sinais, palavras escritas, figuras), com um conjunto de regras para a comunicação” (American Psychiatric Association, 2013, p.41).
  - “Comunicação inclui todo comportamento verbal e não verbal (intencional ou não) que influencia o comportamento, as ideias ou as atitudes de outro indivíduo” (American Psychiatric Association, 2013, p.41).
    - Transtorno da linguagem: “dificuldades na aquisição e no uso da linguagem por déficits na compreensão ou na produção de vocabulário, na estrutura das frases e no discurso” (American Psychiatric Association, 2013, p.42). Depende de capacidades recetivas e expressivas. A primeira prende-se com habilidades referentes à produção de sinais vocálicos, gestuais ou verbais. A segunda remete para o processo de compreensão de mensagem linguística.
    - Transtorno da fala: consiste na dificuldade para a produção da fala, podem ter duas etiologias, dificuldade no reconhecimento fonológico dos sons da fala ou na capacidade de coordenar os movimentos para falar.

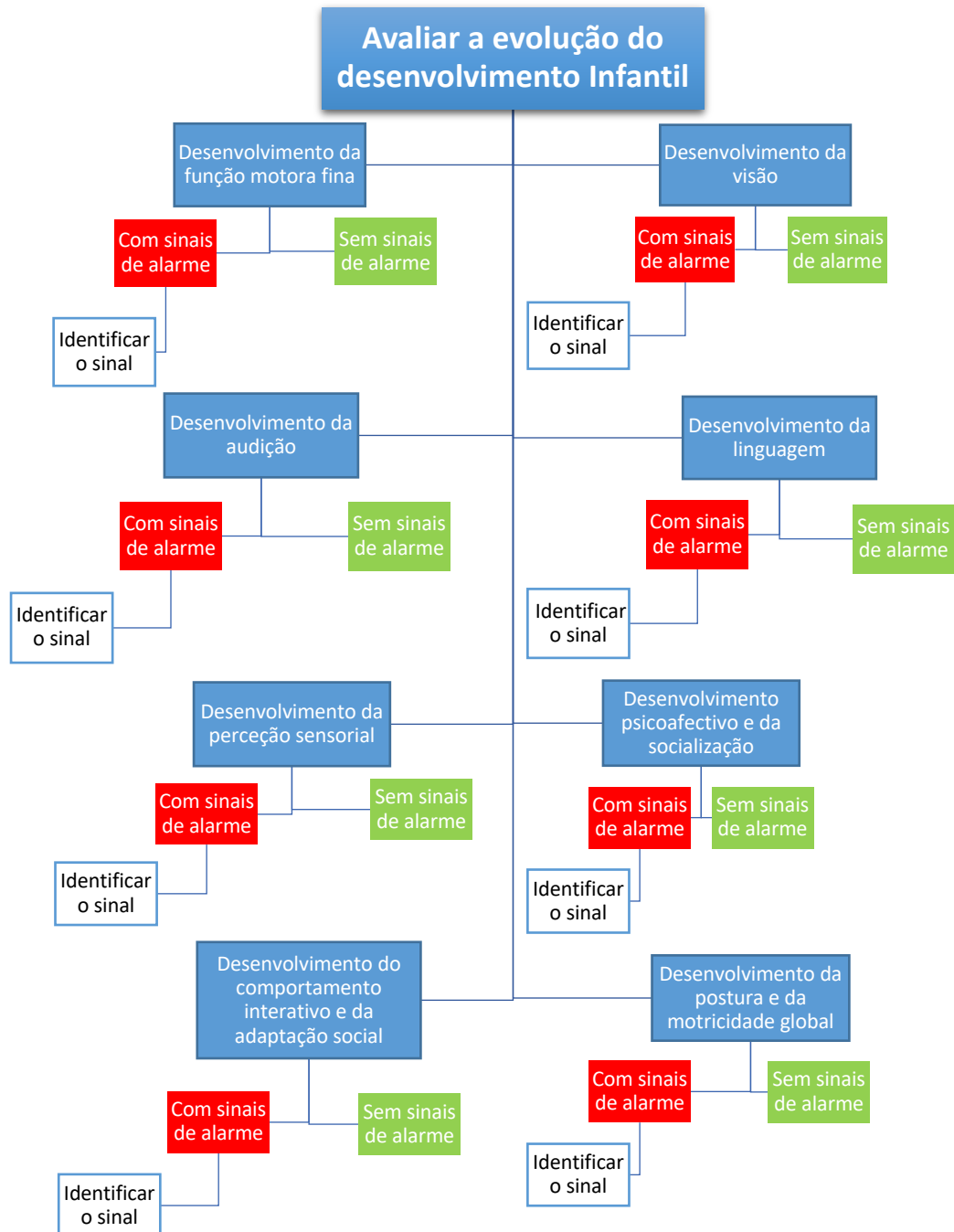
- Transtorno da fluência com início na infância (gagueira): consiste numa “perturbação na fluência normal e no padrão temporal da fala inapropriada à idade do indivíduo. Esta perturbação é caracterizada por repetições frequentes ou prolongamentos de sons ou sílabas e por outros tipos de difluências da fala, incluindo palavras interrompidas, bloqueio audível ou silencioso, circunlocações, palavras produzidas com excesso de tensão física e repetição de palavras monossilábicas” (American Psychiatric Association, 2013, p.47).
  - Transtorno da comunicação social (Pragmática): “carateriza-se por uma dificuldade primária com a pragmática, ou o uso social da linguagem e da comunicação, conforme evidenciado por déficits em compreender e seguir regras sociais de comunicação verbal e não verbal em contextos naturais, adaptar a linguagem conforme as necessidades do ouvinte ou da situação e seguir as regras para conversar e contar histórias” (American Psychiatric Association, 2013, p.47).
  - Transtorno da comunicação não específico: os indivíduos, apresentam sintomas de transtorno da comunicação que causam sofrimento e afetam o funcionamento social ou noutras áreas importantes para o indivíduo, mas não satisfazem todos os critérios para transtorno da comunicação.
- **Atraso global do desenvolvimento**: diagnosticado quando um indivíduo não atinge os marcos do desenvolvimento esperados para a sua faixa etária em várias áreas do desenvolvimento intelectual (American Psychiatric Association, 2013).
  - **Transtorno do Neurodesenvolvimento não especificado**: qualquer alteração neurodesenvolvimental identificada que causa perturbação ao funcionamento pleno do indivíduo a nível, social, profissional ou em outras áreas importantes da sua vida, mas não preenche os critérios estabelecidos para o seu diagnóstico (American Psychiatric Association, 2013).



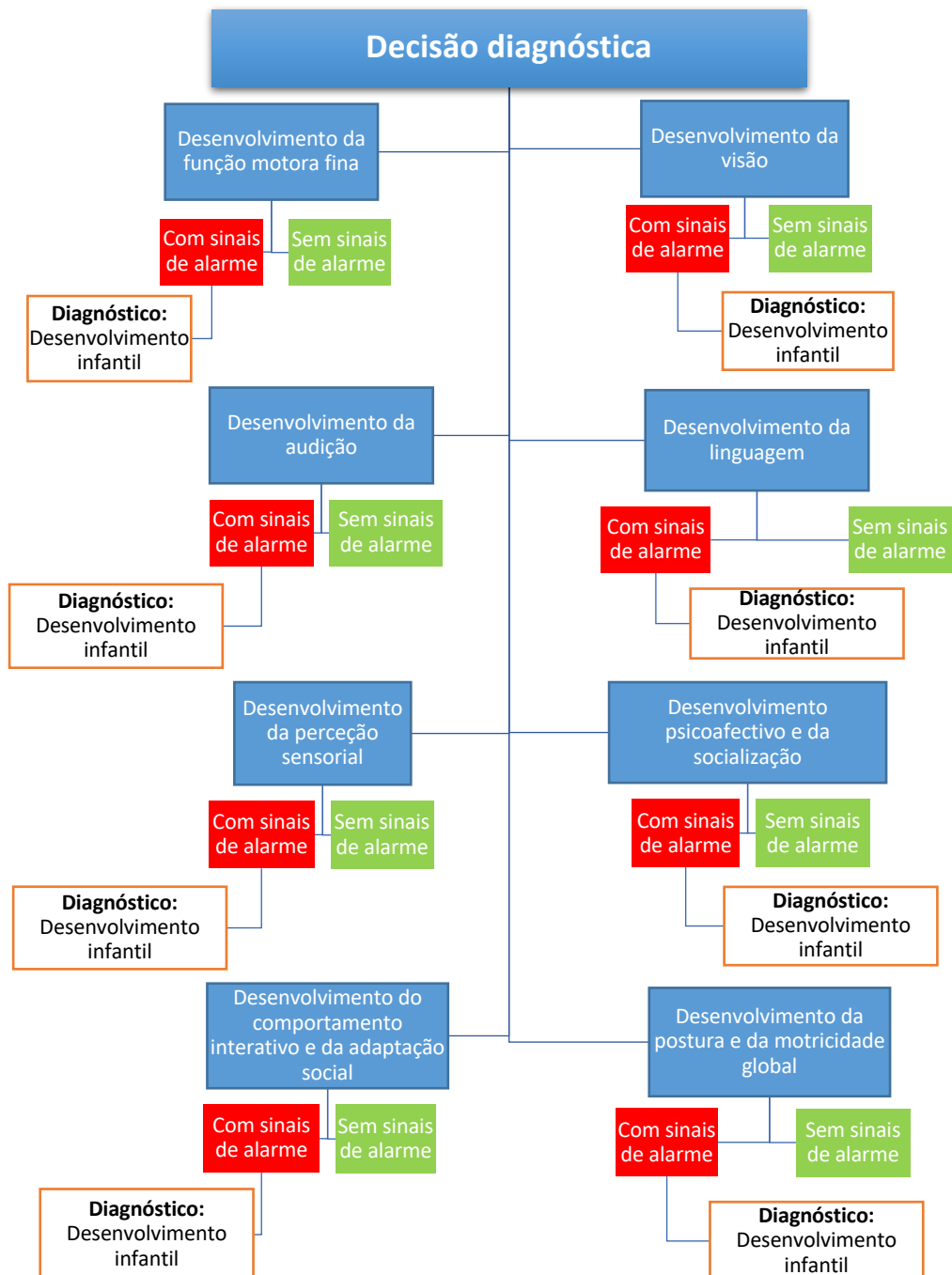
## **Anexo II**



## ALGORITMO DE DECISÃO RELATIVO À INTERVENÇÃO “AVALIAR A EVOLUÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL” ATÉ AOS 5 ANOS



## ALGORITMO DE DECISÃO DIAGNÓSTICA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL ATÉ AOS 5 ANOS DE IDADE



## **Anexo III**



## FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

- Fatores Sociodemográficos:
  - Carreira materna (Bortagarai, et. al, 2021);
  - N.º de filhos (Bortagarai, et. al, 2021);
  - Agregado familiar (Bortagarai, et. al, 2021).
- Fatores biológicos:
  - Microcefalia;
  - IMC anormal ao nascimento;
  - Distúrbios e patologias congénitas (Necessidade de ventilação mecânica, reintubação, convulsão, canal patente tratamento arteriosus, hipotensão, displasia broncopulmonar, asfixia, hiperglicemia) (Bortagarai, et. al, 2021; Melo, 2022);
  - Distúrbios genéticos (Melo, 2022);
  - Estado neurológico neonatal anormal;
  - Risco de nascimento neonatal;
  - Dificuldade de alimentação;
  - Anemia (Leonard, et. al, 2019).
- Fatores individuais:
  - Género (Melo, 2022). O género masculino é associado a maior risco de Transtorno do Espectro do Autismo (Whitely, et al., 2022);
  - Peso ao nascer (Baixo peso e muito baixo peso ao nascer) (Melo, 2022; Hass, et. al, 2023; Zago, et al., 2022);
  - Tipo de parto (Zago, et al., 2022). A cesariana é associada a um maior risco de atraso no desenvolvimento (Sznajder, et. al, 2022; Zago, et al., 2022);
- Fatores socioeconómicos/financeiros:
  - Prematuridade (Bortagarai, et. al, 2021; Li, et al., 2022; Melo, 2022; Zago, et al., 2022);
  - Higiene pobre;
  - Nutrição inadequada (Silva, et. al, 2022);
  - Pouca disponibilidade de recursos para estimulação da criança;
  - Condições sociais e económicas desfavoráveis (Melo, 2022; Simões, Lopes, & Dixe, 2021);
  - Atraso na vacinação (Delgado, et. al, 2020);
  - Convivência com fumadores (Delgado, et. al, 2020);
  - Receber benefícios socioeconómicos (Delgado, et. al, 2020).
- Fatores ambientais:
  - Procedimentos médicos;
  - Hipo e hipercarbia (Çolak, et al., 2022);
  - Tempo de amamentação (Hass, et. al, 2023);
  - Ser refugiado, deslocado à força;
  - Consanguinidade;
  - Oportunidades de aprendizagem;
  - Tempo de permanência na UCIN (Hass, et. al, 2023);
  - Duração prolongada da oxigenoterapia (Faramarzi, et. al, 2023);
  - Internamentos prolongados (Faramarzi, et. al, 2023);
  - Elevado tempo de contacto com dispositivos eletrónicos e de visualização da TV (Contreras-Silva, et al., 2023; Yoldaş & Özmert, 2021);
  - Uso perinatal de petidina (Whitely, et al., 2022);
  - História materna e fetal durante a gestação:
    - Hemorragia pré-natal (Whitely, et al., 2022);
    - Sofrimento fetal antes do nascimento (Whitely, et al., 2022);
    - Pré-eclâmpsia (Whitely, et al., 2022);
    - Idade gestacional (Hass, et.al, 2023);
    - Tipo de parto (Bortagarai, et. al, 2021);
    - Uso de medicação durante a gravidez (Bortagarai, et. al, 2021; Melo, 2022);

- Intercorrência gestacional (Bortagarai, et. al, 2021);
  - Comorbilidades maternas associadas (distúrbios da tiroide, diabetes, obesidade e infeção urinária);
  - Ideação paranóide (Gül, Gül, & Kara, 2020);
  - Uso de tabaco, álcool e drogas (Melo, 2022);
  - Exposição a poluentes ambientais (dióxido de nitrogénio, benzeno, chumbo, manganês, pesticidas e metais pesados) (Melo, 2022);
  - Insuficiente acompanhamento pré-natal (Bortagarai, et. al, 2021; Melo, 2022).
- o Parentais:
- Problemas psicossociais (Bortagarai, Moraes, Pichini, & Souza, 2021);
  - Sintomatologia depressiva dos novos pais e o apego materno ansioso/ambivalente (Yoldaş, et. al, 2020);
  - Problemas de saúde mental: depressão e patologia psiquiátrica dos pais, ansiedade e stress (Bortagarai, et. al, 2021; Gül, Gül, & Kara, 2020; Melo, 2022; Pedroso, et al., 2019; Silva, et. al, 2022; Yoldaş & Özmert, 2021);
  - Exposição a violência doméstica (Melo, 2022);
  - Escolaridade parental (Kappelt, et. al, 2023; Simões, Lopes, & Dixe, 2021);
  - Baixa literacia (Simões, Lopes, & Dixe, 2021);
  - Relacionamento entre pais e filhos (Simões, Lopes, & Dixe, 2021);
  - Desenvolvimento cognitivo nos pais comprometido;
  - Conhecimento e práticas parentais (Hass, et. al, 2023);
  - Falta de estimulação da criança (Melo, 2022);
  - Envolvimento dos pais;
  - Pais adolescentes e com idade avançada (idade dos pais) (Whitely, et al., 2022);
  - Falta de estímulo no domicílio (Hass, et. al, 2023);
  - Métodos de disciplina (Simões, Lopes, & Dixe, 2021);
  - Problemas comunicacionais (Simões, Lopes, & Dixe, 2021).
- o Ausência de suporte da família alargada (Simões, Lopes, & Dixe, 2021);
- o Coocorrência da prematuridade com outros fatores de risco, nomeadamente hemorragia intraventricular, síndrome do desconforto respiratório e hiperbilirrubinemia. Também a posição inadequada da coluna vertebral, omoplatas, ombros e pelve no terceiro mês de vida pode prever distúrbios no desenvolvimento motor posterior (Gajewska, et. al, 2023).

## **Anexo IV**



## REPRESENTAÇÃO DO PROCESSO DIAGNÓSTICO CENTRADO NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL ATÉ AOS 5 ANOS

Na CIPE, percepção é definida como um “Processo do sistema nervoso: registo mental consciente dos estímulos sensoriais; ter a noção de objetos ou de outros dados através dos sentidos” (ICN, 2020, p. 96). Desta forma, o processamento sensorial pode ser representado, em Enfermagem, pelo conceito percepção sensorial.

Portanto, com base na pesquisa efetuada, no âmbito do projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas, proponho um acréscimo do dado: desenvolvimento da percepção sensorial ao modelo clínico de dados presente na plataforma NursingOntos, para o qual os sinais de alarme relativos ao desenvolvimento infantil relacionam-se com a Hipersensibilidade ou Hipossensibilidade, identificados através da observação dos seguintes aspetos na criança: criança que procura, criança espectadora e/ou passiva, criança que evita ou criança sensível. Estes aspetos encontram-se explícitos no Anexo IV.

A identificação de um destes sinais de alarme, determina a identificação do diagnóstico: desenvolvimento infantil.

### Desenvolvimento humano

#### ❖ Desenvolvimento psicomotor

- Dado: Desenvolvimento da postura e da motricidade global
- Dado: Desenvolvimento da função motora fina
- Dado: Desenvolvimento da visão
- Dado: Desenvolvimento da audição
- Dado: Desenvolvimento da linguagem
- Dado: Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social
- Dado: Desenvolvimento psicoafetivo e da socialização
- **Dado: Desenvolvimento da percepção sensorial**
  - Diagnóstico: Desenvolvimento Infantil
    - Dado: Sinais de alarme relativos ao desenvolvimento infantil
      - Intervenção: Avaliar evolução do desenvolvimento infantil
        - Dado: Desenvolvimento da postura e da motricidade global
        - Dado: Desenvolvimento da função motora fina
        - Dado: Desenvolvimento da visão
        - Dado: Desenvolvimento da audição
        - Dado: Desenvolvimento da linguagem
        - Dado: Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social
        - Dado: Desenvolvimento psicoafetivo e da socialização
        - **Dado: Desenvolvimento da percepção sensorial**

- Intervenção: Avaliar evolução dos sinais de alarme relativos ao desenvolvimento infantil
  - Dado: Sinais de alarme relativos ao desenvolvimento infantil
- Intervenção: Referenciar estado do desenvolvimento infantil ao médico
- Intervenção: Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil
  - Dado: Conhecimento sobre desenvolvimento infantil
  - Dado: Conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil
  - Dado: Significado atribuído ao estado do desenvolvimento infantil
  - Dado: Significado atribuído às estratégias promotoras do desenvolvimento infantil
    - Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil
      - \* Intervenção: Avaliar evolução do conhecimento sobre o desenvolvimento infantil
      - \* Intervenção: Ensinar sobre desenvolvimento infantil
    - Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil
      - \* Intervenção: Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil
      - \* Intervenção: Ensinar sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil
    - Diagnóstico: Potencial para melhorar significado atribuído ao estado do desenvolvimento infantil
      - \* Intervenção: Avaliar evolução do significado atribuído ao estado do desenvolvimento infantil
      - \* Intervenção: Assistir o cliente a analisar o significado dificultador
    - Diagnóstico: Potencial para melhorar significado atribuído às estratégias promotoras do desenvolvimento infantil
      - \* Intervenção: Avaliar evolução do significado atribuído às estratégias promotoras do desenvolvimento infantil
      - \* Intervenção: Assistir o cliente a analisar o significado dificultador

## **Anexo V**



**COMPARAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

Escalas	Idade	Itens Avaliados	Itens de avaliação	Desvantagem	Tempo de aplicação	Forma de aplicação
Denver II	0-6 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resposta Motora Geral;</li> <li>- Linguagem;</li> <li>- Resposta Motora Distinta Adaptativa;</li> <li>- Pessoal-Social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teste de comportamento;</li> <li>- Teste de triagem articular;</li> <li>- Teste de Triagem Ocular.</li> </ul>	Falta a componente psicoemocional	30-40 minutos	- Necessidade de Formação Profissional
Mary-Sheridan	0-5 anos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Postura e Motricidade Global;</li> <li>- Visão e Motricidade Fina;</li> <li>- Audição e linguagem;</li> <li>- Comportamento e adaptação social.</li> </ul>	- Mais completa	Falta o domínio cognitivo, sensorial e percetivo	30-40 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fácil compreensão;</li> <li>- Aplicação rápida, precisa e fiável</li> </ul>
AIMS	0-18 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alinhamento postural;</li> <li>- Movimento antigravitacional;</li> <li>- Superfície de contacto (suspensão de peso).</li> </ul> <p>(Avaliação da performance motora)</p>	Teste realizado para avaliar lactentes com risco para desenvolvimento de disfunções neuromotoras e prematuros com muito baixo peso, displasia broncopulmonar, meningite bacteriana, atraso do desenvolvimento, deficiência visual, deficiência auditiva, com síndrome de down e outras síndromes.	Deve ser utilizada em complementaridade com a escala TIMP	20-30 minutos	- É necessário treino



## **Anexo VI**



## **AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: PROCESSAMENTO SENSORIAL ATÉ AOS 5 ANOS**

### **Dados para avaliação do processamento sensorial**

- Instrumento de avaliação sensorial para avaliação de crianças entre os 0 e os 6 meses: “Perfil sensorial 2” (Infant Sensory profile 2 validado em português)**  
(Saruga, 2022)

#### **Processamento geral:**

1. Fica quieta e calma num ambiente movimentado comparado com outros recém-nascidos e lactentes;
2. Parece não perceber quando as pessoas entram e saem da sala;
3. Precisa da mesma rotina para ficar contente e calma;
4. Age de uma forma que interfere com rotinas e planos da família;
5. Precisa de ajuda para dormir;
6. Parece mais agitada do que outras crianças da mesma idade;
7. Dorme mais do que outras crianças da mesma idade;
8. Só presta atenção quando é tocado (apesar de ouvir bem).

#### **Processamento auditivo:**

9. Gosta de fazer sons com a boca (por ex: soprar com a língua para fora, fazer barulho com os lábios, sussurrar);
10. Ignora sons, incluindo a minha voz;
11. Fica irritada com sons repentinos do dia a dia;
12. Fica excitada quando tem música, conversa ou sons de brinquedos.

#### **Processamento visual:**

13. Perde o contacto visual comigo durante as interações do dia a dia;
14. Desvia o olhar de brinquedos e rostos;
15. Desvia o olhar ou torna-se inquieta em ambientes ruidosos ou com brinquedos barulhentos;
16. Pestaneja quando objetos ou pessoas chegam perto do seu rosto.

#### **Processamento tátil:**

17. Fica perturbada quando lhe cortam as unhas;
18. Necessita de se sentir aconchegada ( por ex: com cobertor/manta) para relaxar;
19. Parece ficar incomodada com diferentes texturas ( por ex: tapete, cobertor).

**Processamento do movimento:**

20. Gosta de atividades com ritmo (por ex: movimentos de girar, balançar, andar de carro);
21. Resiste em deixar a cabeça inclinada para trás durante o banho;
22. Chora ou reclama com movimentos do dia a dia;
23. Precisa de maior suporte da cabeça quando está ao colo, em comparação com outras crianças da mesma idade.

**Processamento sensorial oral:**

24. Esforça-se para fechar a boca quando é alimentada por biberão ou na mama (por ex: não pega no mama)
25. Gosta de fazer movimentos ou sons com a boca.

□ **Instrumento de avaliação sensorial para avaliação de crianças entre os 7 e os 35 meses: “Perfil sensorial 2” (Toddler Sensory profile 2 validado em português)** (Alves, 2022)

**Processamento geral:**

1. Precisa de uma rotina para ficar satisfeita ou calma;
2. Age de uma forma que interfere com os horários e planos familiares;
3. Resiste a brincar com outras crianças;
4. Demora mais tempo do que as crianças da mesma idade a responder a perguntas ou a realizar ações;
5. Afasta-se de situações;
6. Tem um padrão de sono imprevisível;
7. Tem um padrão alimentar imprevisível;
8. Acorda facilmente;
9. Perde o contacto visual comigo durante as interações diárias;
10. Fica ansiosa em situações novas.

**Processamento auditivo:**

11. Só presta atenção se eu falar alto;
12. Só presta atenção quando eu lhe toco (apesar de ouvir bem);
13. Assusta-se facilmente com sons em comparação com as outras crianças da sua idade (por ex: cães a ladrar, crianças a gritar);
14. Distrai-se em ambientes ruidosos;
15. Ignora sons, incluindo a minha voz;
16. Fica perturbada ou tenta fugir de ambientes ruidosos;
17. Demora muito tempo a responder ao próprio nome.

**Processamento visual:**

18. Gosta de olhar para objetos em movimento ou a girar (por ex: ventoinhas, brinquedos com rodas);

19. Gosta de olhar para objetos brilhantes;
20. É atraída por ecrãs de TV ou computadores, com imagens rápidas e com cores vivas;
21. Assusta-se com luz forte ou imprevisível (por ex: ao mover-se do interior para o exterior);
22. Fica incomodada com luzes fortes (por ex: esconde-se da luz do sol que entra na janela do carro);
23. Fica mais incomodada com luzes fortes do que as outras crianças da mesma idade;
24. Afasta os brinquedos de cores vivas;\*
25. Não reage à sua imagem no espelho.\*

#### **Processamento tátil:**

26. Fica perturbada quando lhe cortam as unhas;
27. Resiste a ser acariciada;
28. Fica perturbada ao deslocar-se entre espaços com temperaturas diferentes (por ex: do mais frio para o mais quente);
29. Evita o contacto com superfícies ásperas, frias ou pegajosas (por ex: carpetes, bancadas);
30. Esbarra nas coisas, não reparando em objetos ou pessoas que possam estar no caminho;
31. Puxa a roupa ou resiste a colocá-la;
32. Gosta de chapinhar durante o banho ou quando vai nadar;\*
33. Fica perturbada se as próprias roupas, mãos ou rosto estiverem sujos.\*

#### **Processamento do movimento:**

34. Fica ansiosa ao caminhar ou gatinhar em certas superfícies (por ex: relva, areia, tapete, azulejo);\*
35. Afasta-se de toques inesperados;\*
36. Gosta de atividade física (por ex: pular, ser erguida no ar);
37. Gosta de atividades rítmicas (por ex: balançar, ser embalada, andar de carro);
38. Movimenta-se ou trepa de forma arriscada;
39. Fica perturbada quando é deitada de costas (por ex: mudar fralda);
40. Parece ser propensa a acidentes ou desajeitada.
41. Fica agitada ao ser movimentada (por ex: ao caminhar, ao ser entregue a outra pessoa)\*.

#### **Processamento sensorial oral:**

42. Mostra claramente que não gosta de quase toda a comida, com exceção de algumas escolhas alimentares;
43. Baba-se;
44. Prefere um tipo de textura de comida (por ex: suave, crocante);
45. Bebe para se acalmar;
46. Engasga-se com comida ou bebida;
47. Retém a comida nas bochechas antes de a engolir;
48. Tem dificuldade em fazer a passagem para comidas menos passadas.

### Respostas comportamentais:

- 49. Faz birras;
- 50. É carente;
- 51. Permanece calma apenas quando está ao colo;
- 52. É agitada ou irritável;
- 53. Fica incomodada em novos ambientes;
- 54. Fica tão perturbada em novos ambientes que é difícil de a acalmar.

### Instrumento de avaliação sensorial para avaliação de crianças entre os 3 e os 14 anos e 11 meses: “Perfil sensorial 2 - A criança” (Child Sensory Profile 2 validada em português) (Gomes, 2021)

#### Processamento auditivo:

- 1. Reage intensamente a ruídos altos ou inesperados (por ex: sirenes, latidos de cão, secador de cabelo);
- 2. Tapa os ouvidos com as mãos para se proteger do som;
- 3. Tem dificuldade em completar as tarefas quando a música ou a televisão estão ligadas;
- 4. Distrai-se quando há muito ruído à sua volta;
- 5. É pouco produtiva com ruído de fundo (por ex: ventoinha, frigorífico);
- 6. Não me liga ou parece ignorar-me;
- 7. Parece que não ouve quando eu chamo pelo seu nome (apesar de ouvir bem);
- 8. Gosta de ruídos estranhos ou faz barulho(s) para se divertir.

#### Processamento visual:

- 9. Prefere brincar ou trabalhar com pouca iluminação;
- 10. Prefere roupa com cores vivas ou padrões;
- 11. Gosta de olhar para os detalhes visuais dos objetos;
- 12. Precisa de ajuda para encontrar objetos que são óbvios para os outros;
- 13. Fica mais incomodada com luzes fortes do que as outras crianças da mesma idade;
- 14. Observa as pessoas enquanto elas se movimentam numa divisão;
- 15. Fica incomodada com luzes fortes (por ex: esconde-se da luz do sol que entra pela janela do carro).

#### Processamento tátil:

- 16. Mostra-se angustiada durante os cuidados de higiene (por ex: luta ou chora durante o corte de cabelo, lavagem de rosto, corte de unhas);
- 17. Fica irritada por usar sapatos ou meias;
- 18. Mostra uma reação emocionalmente negativa ou agressiva quando lhe tocam;
- 19. Fica ansiosa quando está próxima de outras pessoas (por ex: numa fila);
- 20. Esfrega ou coça uma parte do corpo em que alguém lhe tenha tocado;
- 21. Toca em pessoas ou objetos ao ponto de incomodar os outros;
- 22. Mostra a necessidade de tocar em brinquedos, superfícies ou texturas (por ex: quer ter a sensação de tudo);

23. Parece não ter consciência da dor;
24. Parece não ter consciência das mudanças de temperatura;
25. Toca nas pessoas e nos objetos mais do que as outras crianças da mesma idade;
26. Parece não reparar que tem as mãos ou o rosto sujo.

**Processamento movimento:**

27. Move-se ao ponto de interferir com as rotinas diárias (por ex: não consegue sentar-se quieta, torna-se irrequieta);
28. Balança-se na cadeira no chão ou enquanto está sentada;
29. Hesita em subir ou descer degraus ou passeios (por ex: é cautelosa, para antes de se movimentar);
30. Fica excitada durante tarefas que envolvem movimento;
31. Movimenta-se ou trepa de forma arriscada e perigosa;
32. Procura oportunidades para cair, sem ter em conta a sua própria segurança (por ex: cai de propósito);
33. Perde inesperadamente o equilíbrio quando caminha sobre uma superfície irregular;
34. Esbarra nas coisas, não reparando em objetos ou pessoas que possam estar no caminho.

**Processamento posição corporal:**

35. Move-se com rigidez;
36. Fica cansada facilmente, especialmente quando está parada, ou quando tem de manter a mesma posição durante algum tempo;
37. Parece ter músculos fracos;
38. Apoia-se para suportar a si própria (por ex: suporta a cabeça com as mãos, apoia-se numa parede);
39. Agarra-se a objetos, paredes ou corrimões mais do que as crianças da mesma idade;
40. Faz ruído ao caminhar como se os pés fossem pesados;
41. Apoia-se em mobílias ou nas pessoas;
42. Precisa de mantas pesadas para dormir.

**Processamento oral:**

43. Engasga-se facilmente com certas texturas dos alimentos ou ao colocar os talheres na boca;
44. Rejeita certos sabores ou cheiros de alimentos que são habituais na dieta das crianças;
45. Apenas come certos sabores (por ex: doce, salgado);
46. Limita-se a comer certas texturas dos alimentos;
47. É demasiado seletiva com a comida, especialmente no que diz respeito à textura dos alimentos;
48. Cheira objetos que não são comestíveis;
49. Mostra uma forte preferência por determinados sabores;
50. Tem desejos por certos alimentos, sabores ou cheiros;

51. Coloca objetos na boca (por ex: lápis, mãos);
52. Morde mais a língua ou os lábios do que as crianças da mesma idade;
53. Parece ser propensa a acidentes;
54. Pinta, escreve ou desenha à pressa;
55. Corre riscos excessivos (por ex: sobe ao topo de uma árvore, salta de móveis altos) que comprometem a sua própria segurança;
56. Parece mais ativa do que as crianças da mesma idade;
57. Faz as coisas de uma forma mais difícil do que é necessário (por exemplo, perde tempo, move-se lentamente);
58. Pode ser teimosa e pouco cooperante;
59. Faz birras;
60. Parece gostar de cair;
61. Resiste em manter contacto visual comigo ou com outras pessoas.

**Processamento socioemocional:**

62. Parece ter baixa autoestima (por exemplo: dificuldade em gostar de si própria);
63. Necessita de reforço positivo para enfrentar situações desafiantes;
64. É sensível às críticas;
65. Tem medos explícitos e previsíveis;
66. Exprime sentimentos de fracasso;
67. É demasiado séria;
68. Tem grandes “explosões” emocionais quando não é capaz de completar uma tarefa;
69. Tem dificuldade em interpretar linguagem corporal ou expressões faciais;
70. Fica frustrada facilmente;
71. Tem medos que interferem com as rotinas diárias;
72. Fica angustiada com mudanças nos planos, rotinas ou expectativas;
73. Necessita de mais proteção na sua vida do que as crianças da mesma idade (por exemplo: é fisicamente indefesa);
74. Interage ou participa menos em grupos do que as crianças da mesma idade;
75. Tem dificuldade com amizades (por exemplo: fazer ou manter amigos);
76. Perde o contacto visual comigo durante as interações diárias;
77. Tem dificuldade em prestar atenção;
78. Desvia o olhar das suas tarefas para reparar no que acontece ao seu redor;
79. Parece desatenta num ambiente ativo (por exemplo: não repara nas atividades);
80. Olha intensamente para os objetos;
81. Olha intensamente para as pessoas;
82. Observa as pessoas quando elas se movem numa divisão;
83. Salta de uma coisa para a outra, ao ponto de interferir com as atividades;
84. Perde-se facilmente;
85. Tem dificuldade em encontrar objetos em cenários de desorganização (por exemplo, uns sapatos numa divisão desarrumada, um lápis numa gaveta cheia de objetos);
86. Parece não se aperceber da entrada de pessoas numa divisão.

### **Hipossensibilidade aos estímulos:**

Quando a criança tem um limiar neurológico alto, apresenta hipossensibilidade (o indivíduo responde aos estímulos de forma diminuída e lenta), o que gera respostas comportamentais de autorregulação, com estratégias ativas ou passivas de regulação.

Quando estas respostas ocorrem com estratégias ativas de regulação a criança integra um quadro de procura sensorial (o indivíduo procura ativamente estímulos adicionais). Procura/Criança que procura:

- Lactente/Toddler: |18, 19, 20, 32, 36, 37, 38|
- >3 anos: |14, 21, 22, 25, 27, 28, 30, 31, 32, 41, 48, 49, 50, 51, 55, 56, 60, 82, 83|

Quando estas respostas ocorrem com estratégias passivas de regulação, a criança encontra-se num quadro de baixo registo, o que leva a comportamentos de passividade face aos estímulos. Registo/Criança espectadora e/ou passiva:

- Lactente/Toddler: |9, 11, 12, 14, 15, 23, 24, 25, 30, 40, 45|
- >3 anos: |8, 12, 23, 24, 26, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 53, 54, 57, 62, 76, 79, 80, 85, 86|

### **Hipersensibilidade ao estímulo:**

Quando a criança tem um limiar neurológico baixo, apresenta hipersensibilidade ao estímulo (o indivíduo responde ao estímulo do meio de forma demasiado intensa e por mais tempo do que o esperado), o que gera respostas comportamentais de autorregulação, com estratégias ativas ou passivas.

Quando estas respostas são ativas, a criança manifesta evitamento sensorial (o indivíduo apresenta limitação ativa à exposição a estímulos).

Evitamento/criança que evita:

- Lactente/Toddler: |3, 10, 27, 28, 29, 33, 35, 42, 49, 53, 54|
- >3 anos: |1, 2, 5, 15, 18, 58, 59, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 74, 75, 81|

Quando estas respostas são passivas, resulta em sensibilidade sensorial (o indivíduo revela comportamentos de desconforto passivo aos estímulos que tem dificuldade em ignorar).

Sensibilidade/criança sensível:

- Lactente/Toddler: |1, 2, 13, 16, 26, 31, 34, 39, 41, 44, 46, 48, 52|
- >3 anos: |3, 4, 6, 7, 9, 13, 16, 19, 20, 44, 45, 46, 47, 52, 69, 73, 77, 78, 84|

