



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

**A gestão do risco de stress no prematuro:
Os cuidados colaborativos na Unidade de
Neonatologia**

Carolina Matos de Sá Melo França



**Lisboa
2021**

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

**A gestão do risco de stress no prematuro:
Os cuidados colaborativos na Unidade de
Neonatologia**

Carolina Matos de Sá Melo França

Orientadora: Prof^a Maria Alice dos Santos Curado

**Lisboa
Dezembro, 2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Aqueles que são apaixonados pela prática sem conhecimento são como o marinheiro que põe no mar um navio sem leme nem bússola, e que navega sem rota.

A prática deve ser sempre baseada em teorias sólidas; a perspectiva é o guia e o portal da teoria, pois sem ela nada pode ser bem feito na arte da pintura”

Leonardo da Vinci

AGRADECIMENTOS

A ti, por me amares e incentivares constantemente a evoluir e me mostrares diariamente que consigo atingir todos os meus objetivos, nunca me deixando desistir.

Aos meus pais e irmãos, pela força, incentivo e boa disposição constantes.

À minha avó Lali, pelos ensinamentos e pelo altruísmo que sempre me transmitiu e que me moldaram no que sou.

Às minhas colegas e amigas da MAC, por todo o apoio, disponibilidade e paciência que demonstraram durante todo o meu percurso formativo, bem como por todos os conhecimentos e reflexões que me proporcionam.

Aos meus amigos, em especial à Rita, companheira de trabalho, escola e vida, que partilhou comigo todos os passos deste percurso, incentivando-me a melhorar, continuar e nunca desistir de atingir os meus objetivos.

À professora Alice Curado, não só devido à sua orientação constante, como também ao apoio, crítica e motivação transmitidos, fazendo-me querer continuar a construir-me e a desenvolver, nunca me deixando desistir. Aos enfermeiros orientadores, por toda a partilha de experiências e conhecimentos.

O meu sincero obrigada a todos os que contribuíram para que tudo isto fosse possível!

Lista de abreviaturas e/ou siglas

CC - Cuidados colaborativos

CCF - Cuidados centrados na família

CDE – Código Deontológico de Enfermagem

CDI - Centro de Desenvolvimento Infantil

DGS - Direção Geral de Saúde

EE - Enfermeiro Especialista

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

EG - Enfermeiro Generalista

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FINE - *Family and Infant Neurodevelopmental Education*

IC - Idade Corrigida

IG - Idade Gestacional

INE - Instituto Nacional de Estatística

IP - Internamento Pediátrico

IPFCC – *Institute For Patient and Family-Centered Care*

NCTSN - *The National Child Traumatic Stress Network*

NIDCAP - *The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBE - Prática Baseada na Evidência

PC - Paralisia Cerebral

PNV - Plano Nacional de Vacinação

RCCEE - Regulamento de Competências Comuns de Enfermeiro Especialista

RN - Recém-nascido

RCEEEESIP - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

RPQCEESCJ – Regulamento dos Padrões de Qualidade Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

SNN - Sucção não nutritiva

TSD - Teoria Sinactiva do Desenvolvimento

UC - Unidade Curricular

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UNICEF - *United Nations Children's Fund*

UP - Urgência Pediátrica

WHO - *World Health Organization*

RESUMO

O presente relatório tem como objetivo retratar o percurso realizado e as aprendizagens adquiridas a nível pessoal, profissional e académico, para o desenvolvimento das competências inerentes à prática enquanto enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria e mestre em enfermagem na mesma área. O presente relatório contempla a análise descritiva e reflexiva das atividades desenvolvidas em contexto de estágio, atividades realizadas de forma a dar resposta aos objetivos definidos. Os estágios decorreram em cinco contextos diferentes: UCIN, Centro de Desenvolvimento Infantil (CDI), Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, internamento pediátrico (IP) e urgência pediátrica (UP).

A temática abordada surge de uma necessidade sentida ao longo da prática clínica a nível da compreensão e posterior gestão dos sinais de stress nos prematuros. Para além disso, surge também a necessidade de refletir acerca da importância da promoção de cuidados colaborativos e centrados na família para a prevenção do stress já que este pode ter efeitos ao nível do neurodesenvolvimento e crescimento destas crianças. O nascimento de bebés com idades gestacionais baixas é considerado como sendo uma potencial ameaça ao seu desenvolvimento e crescimento saudável. As unidades de neonatologia e os seus profissionais têm um papel essencial na construção do seu desenvolvimento à medida em que estes vão maturando. De forma a diminuir o impacto que o ambiente destas unidades têm no desenvolvimento dos prematuros, é importante que sejam prestados cuidados focados nas necessidades fisiológicas, neurocomportamentais e desenvolvimentais dos mesmos. Isto pode ser promovido através de filosofias que visem o desenvolvimento e crescimento saudável, como os Cuidados Neuroprotetores, os Cuidados Centrados na Família (CCF) e os cuidados colaborativos.

Com o presente trabalho, pretendi por um lado, potenciar a reflexão sobre as práticas e aumentar o meu conhecimento teórico e, por outro lado, adquirir competências específicas e comuns enquanto enfermeira especialista em saúde infantil e pediatria. O foco foi direcionado para o desenvolvimento e crescimento profissional, pessoal e académico e para uma prática que tenha por base a evidência e a melhoria contínua dos cuidados ao prematuro e sua família.

Palavras-chave: Stress; Prematuro; Cuidados Colaborativos; UCIN; Cuidados Neuroprotetores.

ABSTRACT

This report aims to portray the path taken and the learning to be described at the personal, professional and academic level, for the development of the competencies inherent to the practice as a nurse specialized in child health nursing and pediatrics and master in nursing in the same area. This report contains the descriptive and reflective analysis of the activities developed in the context of internship, activities carried out in order to respond to the defined objectives. The internships took place in five different contexts: NICU, Child Development Center (CDI), Personalized Health Care Unit, pediatric hospitalization (IP) and pediatric urgency (PU).

The theme addressed arises from a need felt throughout clinical practice in terms of understanding and subsequent management of stress signs in preterm infants. In addition, there is also a need to reflect on the importance of promoting collaborative and family-centered care for stress prevention, as this may have effects on the neurodevelopment and growth of these children. The birth of babies with low gestational ages is considered to be a potential threat to their healthy development and growth. Neonatology units and their professionals play an essential role in building their development as they mature. In order to reduce the impact that the environment of the units have on the development of premature infants, it is important that care is provided focused on their physiological, neurobehavioral and developmental needs. This can be promoted through philosophies aimed at healthy development and growth, such as Neuroprotective Care, Family-Centered Care (CCF) and collaborative care.

With this work, I wanted, on the one hand, to enhance the reflection on practices and increase my theoretical knowledge and, on the other hand, to acquire specific and common skills as a nurse specialized in child health and pediatrics. The focus was on professional, personal and academic development and growth and to a practice based on evidence and continuous improvement of care for premature infants and their families.

Key-words: Stress; Premature; Collaborative Care; NICU; Neuroprotective care.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	14
3. REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM	17
3.1. Modelo dos Sistemas de Betty Neuman.....	17
3.2. Teoria Sinactiva do Desenvolvimento e NIDCAP	19
3.3. Modelo Integrativo de Desenvolvimento Neonatal.....	20
3.4. Modelo de Cuidados Centrados na Família.....	21
3.5. <i>Trauma-informed care</i>	23
4. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	25
4.1. A Prematuridade	25
4.1.1. O Neurodesenvolvimento e a Prematuridade.....	26
4.1.2. O impacto do stress no desenvolvimento do prematuro.....	28
4.2. Intervenções de enfermagem neuroprotetoras	30
5. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO	33
5.1. Metodologia.....	33
5.1.1. Desenvolvimento de Competências Comuns e Específicas enquanto Enfermeiro Especialista	36
5.2. De Enfermeiro Generalista a Enfermeiro Especialista	49
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
7. PROJETOS FUTUROS	54
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55

ANEXOS

Anexo I – Modelo dos Sistemas de Betty Neuman

Anexo II – Modelo Integrativo do Desenvolvimento Neonatal

Anexo III – Critérios dos Cuidados Colaborativos segundo Mary Coughlin

Anexo IV – Sequelas da prematuridade

Anexo V – Tipos de stress segundo Mary Coughlin

APÊNDICES

Apêndice I – Mapa de Conceitos

Apêndice II – Autodiagnóstico

Apêndice III – Cronograma de Estágios

Apêndice IV – Guia Orientador de Estágios

Apêndice V – Avaliação do desenvolvimento infantil através da escala de *Mary Sheridan*

Apêndice VI – A criança e o jovem em situação de risco: Análise reflexiva

Apêndice VII – Póster: Dormir bem, Crescer saudável/*Sleep well to Grow Healthy*

Apêndice VIII – Certificados de Coragem

Apêndice IX – Estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança

Apêndice X – Póster: O stress no Recém-nascido

Apêndice XI – A criança com paralisia cerebral: Análise reflexiva

Apêndice XII – A importância do ambiente nas UCIN no neurodesenvolvimento dos recém-nascidos prematuros: Uma reflexão sobre as práticas

Apêndice XIII – Sessão de formação: Os posicionamentos e o neurodesenvolvimento numa UCIN

Apêndice XIV – Supervisão Clínica em Enfermagem: Um jornal de aprendizagem

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e tem como objetivo descrever o percurso de formação realizado que permitiu o desenvolvimento de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP).

Para além disto, pretendo com o presente documento desenvolver conhecimentos que promovam o meu desenvolvimento e crescimento profissional, pessoal e académico, incentivando uma prática que tenha por base a evidência e a melhoria contínua dos cuidados ao prematuro e sua família. O Enfermeiro Especialista (EE) deve desenvolver o autoconhecimento e baseia a sua prática clínica especializada em evidência científica, tal como referido no Regulamento de Competências Comuns de Enfermeiro Especialista (RCCEE, 2019).

A escolha da temática surge de uma lacuna sentida a nível profissional relacionada com o pouco conhecimento acerca, não só do impacto que o stress tem no desenvolvimento saudável dos prematuros internados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), como também acerca das estratégias de como reduzir este stress. Assim, surgiu então uma necessidade de aprofundar conhecimentos sobre estratégias de gestão de stress no prematuro, tendo por base os cuidados neuroprotetores do desenvolvimento apoiados numa abordagem de promoção de cuidados colaborativos e cuidados centrados na família numa UCIN.

A Enfermagem é considerada por vários autores como uma ciência humana que se assenta no cuidar. Este torna-se um conceito central na profissão consistindo em “(...) tentativas transpessoais de humano-para-humano para proteger, aumentar e preservar a humanidade, ajudando a pessoa a encontrar significado na doença, no sofrimento, na dor e na existência.” (Watson, 2002, p. 96). O nascimento de bebés com idades gestacionais extremamente baixas é considerado uma ameaça à sobrevivência, saúde, desenvolvimento e bem-estar da criança (Altimier & Holditch-Davis, 2020). Pensado nos prematuros, a UCIN tem um papel essencial na construção do seu desenvolvimento à medida em que estes se vão maturando (Altimier & Phillips, 2013). Os mesmos autores referem que a promoção de cuidados neuroprotetores tem

como objetivo proteger estas crianças e o seu neurodesenvolvimento saudável através de intervenções adequadas a cada uma das sete dimensões do Modelo Integrativo de Desenvolvimento Neonatal. Segundo Cong et al. (2017), numa unidade de neonatologia, os cuidados envolvem numerosos procedimentos que provocam dor e stress no recém-nascido. “O ambiente tradicional da UCIN representa para a maioria dos RN a completa separação dos pais, excesso de estímulos e simultaneamente a frequente experiência de procedimentos invasivos e dolorosos.” (Santos, 2011, p.27).

De forma a diminuir o impacto que as UCIN têm no desenvolvimento dos prematuros, é importante que os cuidados sejam prestados com o foco nas necessidades fisiológicas, neurocomportamentais e desenvolvimentais dos mesmos (Altimier & Holditch-Davis, 2020). Uma forma de promover este tipo de cuidados é através de filosofias que promovam o desenvolvimento e crescimento saudável da criança e sua família, tal como os Cuidados Centrados na Família (CCF). Em pediatria, os pais são considerados os principais cuidadores das suas crianças sendo essencial na prática de cuidados promover uma aproximação, física e emocional, destes com os seus filhos (McGrath & Vittner, 2020). Isto pode ser feito através de várias estratégias, como a parceria de cuidados, que envolve uma participação e colaboração nos cuidados e na tomada de decisão, bem como a partilha de informação respeitando a dignidade humana, dimensões centrais dos CCF (Maatman et al., 2020; McGrath & Vittner, 2020). Uma atmosfera onde reine o respeito mútuo, comunicação e colaboração com a família tem o potencial de diminuir o stress familiar, algo essencial quando se pensa em internamento neonatal. Neste âmbito, Mary Coughlin desenvolve o conceito de Cuidados Colaborativos (CC). Esta autora interliga os CCF com os CC, referindo que devem ser filosofias adotadas pelos profissionais nas UCIN de forma a promover uma maximização da saúde, não apenas da criança como da família, algo que irá incentivar a um melhor desempenho do papel parental, uma maior confiança e uma relação pais-bebé que irá promover um desenvolvimento e crescimento saudável.

Relativamente à estrutura, este relatório está organizado em 7 capítulos: (1) justificação da problemática; (2) referencial teórico, que se encontra dividido em subcapítulos onde serão abordados o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, a Teoria Sinactiva do Desenvolvimento e o NIDCAP, o Modelo Integrativo de Desenvolvimento Neonatal, o Modelo de Cuidados Centrados na família e os cuidados colaborativos e, por fim, o *trauma-informed care*; (3) enquadramento conceptual, também composto

por vários subcapítulos referentes às temáticas da prematuridade, do neurodesenvolvimento e a prematuridade, do impacto do stress no desenvolvimento do prematuro e intervenções de enfermagem neuroprotetoras; (4) percurso de desenvolvimento, onde abordarei a metodologia utilizada, os objetivos e atividades desenvolvidas em contexto de estágio, tendo optado por desenvolver um subcapítulo relativo à transição de Enfermeiro Generalista (EG) para EE; (5) considerações finais; (6) projetos futuros e, por fim, (7) referências bibliográficas.

Está elaborado de acordo com o Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos da ESEL e baseado nas orientações da Norma APA (7ª edição), tendo recorrido a várias bases de dados para pesquisa, como a CINAHL e a MEDLINE, bem como através do motor de busca Google Académico e ainda através de publicações/livros de autores de referência nas temáticas abordadas.

2. JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Os avanços da tecnologia e da medicina têm sido fundamentais à sobrevivência de recém-nascidos, no entanto, e apesar da mais-valia destes avanços, mais de uma em cada dez crianças nasce prematura a nível mundial (WHO, 2012). A prematuridade continua a ser uma preocupação nacional e internacional já que continua a ser a principal causa de morte no primeiro mês de vida (WHO, 2012) e ainda, é “(...) responsável pelo maior número de admissões na UCIN.” (Askin & Wilson, 2014, p. 363). As estatísticas mundiais da WHO (2012) mostram que, o número de nados-vivos prematuros tem vindo a aumentar, o que também se verifica em Portugal. No nosso país, e segundo o Instituto Nacional de Estatística (2018), entre 2012 e 2017 houve um aumento de cerca de 0,3%, totalizando cerca de 8,1% de todos os nascimentos a nível nacional. Os dados apresentados pelo Consórcio Português de Dados Obstétricos (2021), nos últimos 12 meses, firmam os dados anteriores, reportando que a percentagem de nados vivos prematuros foi de cerca de 10%, o que representa um aumento relativamente aos dados publicados em 2018 pelo INE, demonstrando a atualidade e importância da problemática sob estudo.

O desenvolvimento de novas e avançadas tecnologias na área da medicina neonatal permitiu um aumento da sobrevivência dos prematuros, em especial dos prematuros com extremo baixo peso ao nascer (Halder et al., 2015). No entanto, a prematuridade continua a ser a segunda causa de morte em crianças com menos de 5 anos, podendo ainda levar a um aumento de 15% a 25% de crianças com compromisso neurodesenvolvimental, as quais apresentam uma regulação comportamental desorganizada e deficiências cognitivas que a longo prazo podem traduzir-se num fraco desempenho académico (Halder et al., 2015; WHO, 2012).

A UCIN é caracterizada pela exposição frequente a experiências traumáticas, representando para a maioria dos recém-nascidos a completa separação dos pais, o excesso de estímulos e a frequente exposição a procedimentos invasivos e potencialmente dolorosos (Coughlin, 2017a; Santos, 2011). O trauma do nascimento prematuro e a posterior admissão numa UCIN são identificados por Kim et al. (2020) como fatores que influenciam o normal desenvolvimento da relação entre o recém-nascido e a família. Coughlin (2017a) refere ainda que uma hospitalização numa UCIN representa um trauma desenvolvimental complexo, não só para as crianças como para a família, onde estão incluídas vivências ameaçadoras e de privação diárias. O

que vem confirmar os resultados dos estudos de Altimier e Phillips (2013), que consideram que as crianças que são expostas repetidamente a experiências dolorosas e/ou stressantes têm resultados negativos ao nível da organização cerebral, tanto a curto como a longo prazo. Para além disto, as mesmas autoras mencionam que o stress neonatal tem consequências marcantes para o prematuro, das quais destacam um maior gasto energético, uma diminuição do crescimento, uma diminuição da estabilidade psicológica e uma alteração no desenvolvimento cerebral (Altimier & Phillips, 2013).

O conceito de stress em pediatria está muitas vezes associado ao de trauma, sendo este considerado um estado psíquico ou comportamental desordenado resultante de stress mental ou emocional grave ou lesão física (Coughlin, 2017a). Nas unidades de neonatologia, e segundo a mesma autora, os recém-nascidos vivenciam frequentemente experiências potencialmente traumatizantes tais como a separação/privação materna, o isolamento social, a gestão inadequada de dor e a privação/fragmentação do sono.

Para além de tudo o referido anteriormente, e sabendo que a promoção de CCF é considerada uma estratégia de alívio de stress no neonato e sua família, a implementação desta foi condicionada no último ano devido ao aparecimento da pandemia de COVID-19. Esta levou a que as UCIN implementassem novas regras de presenças e visitas, voltando a considerar os pais dos recém-nascidos como visitantes e não como parte integrante da equipa, algo essencial em pediatria. Assim, a presença destes junto dos seus filhos ficou limitada, não só em termos de tempo como também ao tipo de contato possível.

Isto é algo que observo e com que lido diariamente na minha prática clínica tendo surgindo por isso a necessidade de abordar e aprofundar as estratégias que podem ser implementadas nos cuidados de forma a promover uma diminuição da exposição ao stress por parte dos prematuros e suas famílias. Assim, e enquanto futura EEESIP, pretendo não só adquirir conhecimentos nesta área como também disseminá-los de forma a incentivar, sensibilizar e consciencializar os pares para esta problemática. Desta forma, e indo ao encontro do referido pela Ordem dos Enfermeiros nos padrões de qualidade e regulamentos redigidos, promover-se-á uma prática mais refletida, baseada na evidência, tendo como resultado final uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

Um dos conceitos centrais em Enfermagem é o cuidar. Watson (2002), considera este conceito como o ideal moral da profissão, pois este “consiste em tentativas transpessoais de humano-para-humano para proteger, aumentar e preservar a humanidade, ajudando a pessoa a encontrar significado na doença, no sofrimento, na dor e na existência” (Watson, 2002, p. 96). Devido à importância de cuidar em Enfermagem, o foco dos cuidados foi alterado, deixando de ser essencialmente técnico e curativo e passando para uma visão holística (Ramada et al., 2013). Assim, e segundo as mesmas autoras, é importante proporcionar um cuidar com visão holística, de forma a reduzir os efeitos negativos da hospitalização, não só para os recém-nascidos, como para os pais.

Assim, enquanto EEESIP, é essencial minimizar e atuar no stress vivenciado pelos prematuros já que pode levar a benefícios neurológicos, tais como a redução de respostas anormais ao stress durante a infância e, com isso, promover um crescimento e um desenvolvimento mais saudável (Altimier & Phillips, 2013). Cabe aos enfermeiros, mais especificamente aos EEESIP, a concretização de atividades que visem minimizar o impacto dos fatores stressantes, visando a promoção da saúde, prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, respeitando os princípios de proximidade, parceria e capacitação da família, sendo estes considerados os melhores prestadores de cuidados às crianças (RPQCEESCJ, 2015; OE, 2015).

3. REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM

Os cuidados de enfermagem devem ser sempre baseados numa teoria/modelo de enfermagem. Segundo Braga et al., (2018), a utilização de uma teoria conceptual de enfermagem é essencial para sustentar a atuação do enfermeiro. Tendo em conta o conceito central do presente relatório, foi escolhida a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman. Nesta, o cliente é visto como um sistema aberto que está em constante interação com o ambiente, sendo o seu estado de saúde influenciado por *stressors* existentes no dia-a-dia. Cabe ao enfermeiro atuar perante estes *stressors* de forma a ajudar o cliente a obter uma homeostase e, com isso, melhorar o estado de saúde (Braga et al., 2018). Para além desta teoria, foi mobilizada a Teoria Sinactiva do Desenvolvimento de Als e a filosofia do NIDCAP, o Modelo do Cuidado Integrativo do Desenvolvimento Neonatal, os Cuidados Centrados na Família e os Cuidados Colaborativos.

3.1. Modelo dos Sistemas de Betty Neuman

Com a intenção de atuar nos *stressors* existentes nas vidas de quem cuidamos, Betty Neuman desenvolveu a sua teoria de enfermagem intitulada de Teoria dos Sistema (Anexo I). Para esta autora, o cliente é visto como um ser holístico cujas partes (fisiológicas, sociais, culturais, psicológicas e espirituais) se encontram em constante interação (Neuman & Fawcett, 2011). Este sistema é dinâmico e aberto e, como tal, o cliente de cuidados pode ser a pessoa, grupo ou família, conceito importante quando se pensa em enfermagem pediátrica. Nesta teoria, a finalidade dos cuidados é a estabilidade e o bem-estar, algo que se atinge através da gestão dos *stressors* (Braga et al., 2018; Freese, 2004). Resumindo, a base filosófica deste modelo engloba o holismo, uma orientação de bem-estar, perceção e motivação do cliente, adotando uma perspetiva dinâmica dos sistemas de energia e interação variável com o ambiente de forma a mitigar os possíveis danos de stresses (internos e/ou externos). Isto ocorre de forma fluida e enquanto os cuidadores e utentes formam uma relação de parceria e negociação dos objetivos desejados para um estado ótimo de saúde e manutenção (Neuman & Fawcett, 2011). Segundo Freese (2004), Neuman considera que o stress aumenta a necessidade de reajustamento por parte da pessoa, necessidade esta que requer em si uma adaptação ao problema, independentemente da sua origem.

Nesta teoria, existem quatro pressupostos importantes: (1) enfermagem – onde a autora acredita que esta diz respeito à totalidade da pessoa e é considerada uma profissão que se relaciona com todas as variáveis que podem afetar a resposta do outro ao stress; (2) pessoa – tal como referido anteriormente, a Neuman considera a pessoa enquanto sistema, podendo ser um indivíduo grupo famílias, sistema este considerado dinâmico, em constante mudança, e influenciado por fatores fisiológicos, psicológicos, sociais, culturais, espirituais e de desenvolvimento; (3) saúde – a autora considera saúde como um bem-estar e/ou estabilidade contínuos; (4) ambiente – define como sendo todos os fatores internos e externos que interagem com o cliente. Os *stressors* são importantes neste conceito uma vez serem descritos pela autora como forças ambientais que podem alterar a estabilidade do sistema/pessoa (Neuman & Fawcett, 2011; Freese, 2004)

Segundo a autora, existem três tipos de prevenção: primária, onde o objetivo dos cuidados é a redução da possibilidade de stress, promovendo a prestação de cuidados antecipatórios; a secundária, em que o objetivo é detetar o caso precocemente e proceder ao tratamento da sintomatologia e, com isso, estabelecer de novo o equilíbrio e a estabilidade identificados por Neuman como essenciais para um estado saudável; e a terciária que consiste em promover uma readaptação e reeducação de forma a prevenir eventos futuros semelhantes, promovendo assim uma manutenção da estabilidade.

O parto pré-termo e o posterior internamento numa UCIN são exemplos de acontecimentos que impactam no sistema previamente estável do cliente. São acontecimentos stressantes que podem causar alterações na dinâmica familiar, quer ao nível da estabilidade emocional parental, como também no próprio exercício da parentalidade (Jong et al., 2015). A separação física entre pais-bebês, o constante perigo de vida e os problemas de saúde são alguns dos acontecimentos que podem potenciar o stress parental (Antunes, et al., 2021). Promovendo cuidados antecipatórios como informar regularmente os pais acerca do estado de saúde da criança e incentivar à sua participação nos cuidados vai ajudar a reduzir o stress vivenciado pelos mesmos e, assim, ajudar na promoção de um crescimento e desenvolvimento saudável da família.

Para além de ser considerado um evento de vida stressante para a família, também as UCIN têm inúmeros fatores que podem influenciar e aumentar o stress vivenciado pelo prematuro (ruído, luz, dor, stress, etc.). De forma a diminuir o impacto

que as UCIN têm nos prematuros, é essencial adotar uma prática de cuidados baseada na promoção de um neurodesenvolvimento saudável, através de várias estratégias consideradas neuroprotetoras das quais falarei posteriormente. Através da implementação destas estratégias, estarão a ser promovidos cuidados que evitarão que o prematuro vivencie mais momentos potencialmente stressantes, enquadrando-se na primeira fase do Modelo de Sistemas de Betty Neuman correspondente à promoção de cuidados antecipatórios de redução da possibilidade de stress.

3.2. Teoria Sinactiva do Desenvolvimento e NIDCAP

Com o objetivo de relacionar os conceitos de prematuridade e stress, surgiu a Teoria Sinactiva do Desenvolvimento (TSD) de Heidelise Als. Esta teoria fornece um quadro para compreender o desenvolvimento da criança prematura, enfatizando que esta é capaz de comunicar com os cuidadores através de respostas físicas e comportamentais algo que ajuda à prestação de cuidados personalizada (Askin & Wilson, 2014). Compreender a TSD é essencial para quem cuida de recém-nascidos prematuros já que melhora a prática de cuidados ao neonato, reduzindo as taxas de doença e morte, bem como complicações a curto e longo prazo (Ogundeko et al., 2021).

Segundo Askin e Wilson (2014), esta comunicação por parte da criança é visualizada na prática clínica durante os cuidados, procedimentos e num período de recuperação de ambos. O neonato encontra-se em interação continua com o ambiente através de subsistemas (fisiológico, motor, organizacional, interativo e de autoregulação), dando aos cuidadores constante feedback (Altimier & Holditch-Davis, 2020; Halder et al., 2015). A compreensão dos sinais que a criança transmite permitirá ao enfermeiro ajustar e otimizar os seus cuidados estabilizando a criança e promovendo o seu bem-estar (Askin & Wilson, 2014). Assim, os autores consideram que este modelo permite uma colheita sistematizada de informação relativa a cada criança, como competências, vulnerabilidades e limites, permitindo uma individualização e uma adaptação dos cuidados de forma que estes maximizem a sua saúde e de toda a família.

No início dos anos 80, Als e a sua equipa desenvolveram um programa atualmente internacional de promoção de cuidados neuroprotetores e individualizados

intitulado de *The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*, mais conhecido como NIDCAP. Este programa surge então como sendo uma “(...) estratégia para responder a preocupações quanto ao impacto negativo do ambiente das UCIN nos recém-nascidos prematuros.” (Santos, 2011, p. 28). Um dos grandes objetivos deste programa é a criação de um ambiente de suporte para o prematuro e suas famílias e a diminuição das consequências da prematuridade a longo prazo (Als, 2009). Alguns dos elementos-chave deste programa são a consistência no cuidar, ambiente tranquilo, posicionamento adequado, agrupamento de cuidados, conforto para a família e os cuidados colaborativos, conceito que será abordado mais adiante (Santos, 2011).

Segundo Als (2009), uma abordagem NIDCAP é baseada em três premissas: (1) uma observação detalhada da criança e da sua interação durante os cuidados providencia informações importantes acerca das melhores estratégias para minimizar o stress e otimizar o desenvolvimento daquela criança; (2) a equipa de cuidados beneficia de suporte educacional e implementação de recomendações junto da família; e, por fim, que (3) cuidados adaptados e individualizados irão melhorar o bem estar físico bem como emocional e neurocomportamental das crianças e ainda irão melhorar a capacidade e confiança parental.

Resumindo, nesta filosofia, tal como na Teoria Sinactiva apresentada anteriormente, o prematuro é considerado como sendo ativo e colaborante no seu próprio processo de cuidados dando indícios a quem dele cuida qual está a ser a sua tolerância a determinada manipulação através de respostas fisiológicas e/ou comportamentais (Santos, 2011).

3.3. Modelo Integrativo de Desenvolvimento Neonatal

O foco no estudo acerca de estratégias de promoção do desenvolvimento infantil tem aumentado nos últimos anos tendo em conta os estudos realizados até então. Altimier e Phillips estudaram o desenvolvimento e crescimento dos prematuros acabando por desenvolver o Modelo Integrativo de Desenvolvimento Neonatal (Anexo II, modelo este baseado no modelo dos cuidados centrados na família e dos cuidados para o desenvolvimento apresentado por Mary Coughlin onde eram identificadas cinco medidas padrão para a prestação de cuidados neuroprotetores. Segundo as autoras, a adoção deste modelo por partes dos profissionais permitirá dar suporte ao frágil

sistema neurológico dos prematuros de forma a diminuir os efeitos negativos que o desenvolvimento extrauterino pode ter (Altimier & Phillips, 2013).

O conceito de neuroprotecção é definido pelas estratégias implementadas que sejam capazes de prevenir a morte de células cerebrais. Assim, com base no modelo de Coughlin surge o Modelo Integrativo de Desenvolvimento Neonatal de Altimier e Phillips composto por sete medidas padrão neuroprotetoras de preocupação e intervenção: (1) ambiente terapêutico, onde se incluem aspetos relacionais com os ambientes físicos e sensoriais das unidades; (2) a parceria com as famílias, onde é reforçada a importância da prestação de cuidados colaborativos e centrados na família; (3) posicionamento e toque, em que incentivam à promovam de posicionamentos adequados de forma a diminuir o gasto energético do prematuro, promovendo ainda redução do stress vivenciado pelos mesmos em determinados cuidados como a mudança da fralda; (4) salvaguardar o sono, uma vez que a privação de sono leva a uma redução da plasticidade cerebral das crianças; (5) minimizar o stress e a dor, uma vez o stress promover um maior gasto de energia, uma diminuição do crescimento e alterações no desenvolvimento cerebral; (6) proteger a pele, já que a pele de um prematuro é imatura mas continua a ser essencial para a saúde do mesmo; (7) otimizar a nutrição (Altimier & Phillips, 2013). Neste modelo, as autoras apresentam o objetivo de cuidados e as intervenções neuroprotetoras para cada uma das medidas padrão referidas anteriormente, as quais irão ser abordadas mais adiante no relatório.

3.4. Modelo de Cuidados Centrados na Família

O Modelo de Cuidados Centrados na Família (CCF) foi desenvolvido por Wright e Leahey. A filosofia CCF baseia-se na premissa de que as necessidades dos pais e das crianças são centrais e personalizadas durante todo o processo de cuidar, sendo a família reconhecida como uma constante na vida da criança (OE, 2011). Pelo bem da criança, o objetivo de prestar cuidados centrados na família é desenvolver uma parceria essencial e com significado de forma a assegurar cuidados seguros, satisfatórios e de qualidade atingindo os melhores resultados possíveis (Griffin & Celenza, 2014). Os enfermeiros devem, então, envolver as famílias nos processos de decisão sendo constantemente desafiados na inclusão das “(...) preferências da família e da criança, a fim de diminuir a tensão, minimizar os efeitos negativos da

hospitalização, maximizar os benefícios da hospitalização, garantir o planejamento e a preparação adequada da alta e proporcionar conforto e apoio total.” (Sanders, 2014, p. 1026). Os CCF consistem em estabelecer parcerias mutuamente benéficas para toda a família utilizando as perspectivas únicas das mesmas de forma a individualizar e, com isso, enriquecer os cuidados prestados (Griffin & Celenza, 2014). Os CCF são o foco na pediatria já que, os cuidados à criança nunca serão os indicados se a família não for considerada cliente como um todo (Sanders, 2014). CCF numa UCIN são cuidados multidisciplinares, compreensivos e holísticos, que têm em conta a dignidade da família (Ramezani et al., 2014). Isto corrobora os quatro pilares essenciais na prestação de CCF: respeito e dignidade, onde os profissionais de saúde devem ouvir e honrar as perspectivas e escolhas das famílias, bem como conhecer os seus valores e as suas crenças; partilha de informação, já que o profissional deve comunicar e partilhar informação com a família; participação, sendo a família incentivada e encorajada a participar nos cuidados e nas tomadas de decisão; e colaboração, onde os profissionais devem capacitar os pais, potenciando a sua força e competência para a prestação de cuidados (Griffin & Celenza, 2014; IPFCC, 2017).

O último pilar mencionado anteriormente direciona-nos para o conceito de Cuidados Colaborativos (CC) enunciados por Coughlin. Para esta autora, os atributos dos CC são a presença parental, o bem-estar emocional e, por fim, a confiança e competência na parentalidade. Estes atributos são considerados essenciais quer para a recuperação da criança como para o desenvolvimento de uma integridade familiar (Coughlin, 2017b). Para além disto, a prestação de CC ajuda na proteção e preservação da integridade da família, favorecem a vinculação, levam a uma melhoria dos resultados a nível neurocomportamental nos prematuros e a uma tendência de um crescimento mais rápidos dos mesmos (Maatman et al., 2020; Coughlin, 2014). Existem critérios para cada um dos três atributos anteriores apresentados por Coughlin que permitem uma melhor compreensão da prestação de CC na prática clínica (Anexo III)

Cuidados que se baseiem nesta filosofia promovem vários benefícios numa UCIN, tais como a melhoria dos resultados a nível neurocomportamental dos prematuros e a tendência para um crescimento mais rápidos dos mesmos (Maatman et al., 2020; Coughlin, 2014). Para além disto, Larocque et al. (2021) referem que a evidência atual suporta o impacto positivo que os CCF têm, não só a nível da satisfação parental, como na redução de custos e dos impactos negativos que a

hospitalização tem para toda a família. Os hospitais e os seus profissionais devem encorajar, nutrir e desenvolver parcerias com os pais durante o internamento do seu filho (Tamez, 2013; Griffin & Celenza, 2014); ajudá-los a sentirem-se parte integrante dos cuidados como forma de maximizar a saúde e de potencializar o papel parental mesmo durante a hospitalização já que o conforto e a consistência que os pais providenciam aos filhos não é substituível (Weber & Harrison, 2019).

3.5. *Trauma-informed care*

Os recém-nascidos e suas famílias internados em UCIN sofrem várias experiências traumáticas durante o internamento. Segundo Coughlin (2017), o trauma corresponde a um estado psíquico ou comportamental desordenado resultante de stress mental ou emocional ou então proveniente de uma lesão física. *The National Child Traumatic Stress Network* (NCTSN) relaciona o conceito de stress com o de trauma, identificando o stress traumático médico pediátrico que define como sendo um conjunto de respostas psicológicas e fisiológicas da criança e família à dor, a lesões e a procedimentos médicos (NCTSN, 2014).

Coughlin (2017a; 2017b) identifica algumas experiências traumáticas vivenciadas pelas famílias na UCIN como a separação e/ou privação materna, o isolamento social, a gestão inadequada da dor e a privação/fragmentação do sono. De forma a complementar esta informação, Weber e Harrison (2019) desenvolveram um estudo cujo objetivo foi rever os impactos do ambiente da UCIN no prematuro hospitalizado, onde concluíram que as crianças prematuras internadas numa UCIN experienciam em média o equivalente a 12 eventos extremamente stressantes num período de apenas 8 horas. Segundo a Direção Geral da Saúde (2010) “as experiências precoces e repetidas de dor no período neonatal parecem exercer influência sobre as experiências posteriores de dor, quer no que respeita à sensibilidade dolorosa, quer no que respeita à forma de lidar com o stress.” (DGS, 2010, p.3) Assim, torna-se notória a importância da prestação de cuidados não traumáticos como estratégia de preservação e promoção do bem-estar familiar e do desenvolvimento da criança.

Com este ideal, surge a filosofia de cuidados informados em trauma, ou *trauma-informed care*. Perante esta filosofia, os cuidados prestados pelos profissionais de saúde devem prevenir/minimizar o impacto que os eventos/procedimentos

potencialmente traumáticos podem ter no cliente pediátrico. Assim, estes devem ser capazes de intervir perante a criança e sua família de forma a minimizar a possibilidade de trauma e maximizar a saúde e a continuidade dos cuidados (NCTSN, 2014).

4. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo, serão abordados os conceitos centrais do relatório, com explicitações acerca dos mesmos e da sua importância, bem como relativamente às relações existentes entre si. Está dividido em subcapítulos, cada um correspondente a tema a aprofundar, tais como a prematuridade, o neurodesenvolvimento na prematuridade, o impacto do stress no desenvolvimento do prematuro e intervenções de enfermagem neuroprotetoras.

4.1. A Prematuridade

A prematuridade é uma realidade em todos os países, independente do seu grau de desenvolvimento. O prematuro é definido como sendo todo o bebé que nasce vivo antes das 37 semanas de gestação (OMS, 2012). Segundo a Organização Mundial da Saúde, existem três categorias no parto prematuro: o extremo prematuro (menos de 28 semanas de gestação), o muito prematuro (entre as 28 e as 32 semanas) e o moderado a tardio prematuro (entre as 32 até as 37 semanas de idade gestacional). Os dados estatísticos da saúde, mostram que é estimado que todos os anos nasçam cerca de 15 milhões de crianças prematuras no mundo, valores que têm vindo a aumentar (OMS, 2018). Existe um grande diferencial em termos percentuais de partos prematuros entre países desenvolvidos e países em desenvolvimento, variando a taxa entre os 5% e os 18%, o que demonstra que é uma área de preocupação e com necessidades de atuação em todo o mundo (OMS, 2018). Em Portugal, e segundo o Instituto Nacional de Estatística (2018), entre 2013 e 2018 verificou-se um aumento da percentagem de nados-vivos prematuros de 7,8% para 8,0%.

Tal como referido anteriormente, a evolução tecnológica e o seu impacto na melhoria e na qualidade dos cuidados prestados tiveram grande impacto a nível da mortalidade, sendo Portugal um dos países com uma maior taxa de sobrevivência de recém-nascidos prematuros (Costa & Calado, 2019). Em Portugal, e segundo publicação no site da OMS, em setembro de 2020, a taxa de mortalidade neonatal tem vindo a diminuir nos últimos anos sendo que em 2011 era de cerca de 2,12/1000 nados vivos e em 2019 essa taxa diminuiu para o 1,97/1000 nados vivos. Apesar desta diminuição e dos avanços nas UCIN, o prematuro é considerado um recém-nascido

de alto risco, sendo que estes se encontram mais expostos a mobilidades, apresentando maior risco de desenvolver sépsis, doenças respiratórias crônicas, displasia broncopulmonar, hemorragias intraventriculares e retinopatia da prematuridade (Als, 2009; Askin & Wilson, 2014; Jarjour, 2015). Tamez (2013) identifica algumas sequelas associadas à prematuridade, incluindo atrasos no desenvolvimento (Anexo IV).

4.1.1. O Neurodesenvolvimento e a Prematuridade

A criança é o ser em constante desenvolvimento, motor, cognitivo, emocional e social. Este desenvolvimento é um processo dinâmico e contínuo que requer passagens de estádios, algo que varia de criança para criança (DGS, 2013). Focando o neurodesenvolvimento, este inicia-se logo na terceira semana de gestação e, quer o desenvolvimento da estrutura cerebral quer o desenvolvimento funcional do mesmo são influenciados pela interação de vários fatores: genética, estimulação interna, endógena e hormonal e por experiências externas resultantes do ambiente onde a criança se encontra. (Altimier & Phillips, 2013). Estas experiências externas ou estímulos podem influenciar o neurodesenvolvimento da criança, positiva ou negativamente. O desenvolvimento e crescimento cerebral ocorrem por fases, as quais estão relacionadas com o tempo gestacional. O nascimento prematuro faz com que exista uma quebra nessa evolução, aumentando nos prematuros o risco de alterações ao nível do neurodesenvolvimento e incapacidades funcionais futuras (Zomignani, Zambelli & Antonio, 2009).

O ambiente intrauterino é considerado o mais adequado para o desenvolvimento e crescimento normal do feto já que o protege contra os estímulos excessivos como a luz, o barulho, promovendo ciclos de sono normais e um contacto com a mãe sem restrições (Altimier & Phillips, 2013). Recém-nascidos prematuros são considerados fetos que se desenvolvem num ambiente extrauterino numa fase de vida em que o cérebro se desenvolve rapidamente (Als, 2009). Corroborando, e segundo Altimier e Phillips (2013), quando uma criança nasce prematura o seu cérebro encontra-se em desenvolvimento num ambiente não familiar, estando exposto e sendo afetado por estímulos continuamente presentes nas UCIN. Segundo Gliorsi et al. (2020), crianças que nasçam prematuras são mais suscetíveis a alterações no

desenvolvimento motor, comportamental e desempenho escolar, afirmando ainda que “as repercussões diretas e indiretas ligadas à prematuridade podem deixar prejuízos que comprometem o futuro desenvolvimento da criança.” (Gliorsi et al., 2020, p. 6409)

A prestação de cuidados nas UCIN é desafiadora pelo facto de influenciar as crianças a vários níveis, tais como neurofisiológico, psicoemocional, neuropsicológico e desenvolvimento psicossocial (Als, 2009). Mesmo em prematuros clinicamente estáveis, os desafios decorrentes do internamento precoce numa UCIN podem aumentar o desenvolvimento de dificuldades no desenvolvimento a longo prazo tais como dificuldades na linguagem, déficit de atenção, vulnerabilidades emocionais e dificuldades no autocontrolo e autoestima (Als, 2009). Esta ideia é corroborada por Costa e Calado (2019) ao referirem que, mesmo no prematuro cujo internamento decorreu sem intercorrências, existe ainda um risco ao nível do neurodesenvolvimento significativo, podendo levar a distúrbios da linguagem, dificuldades na aprendizagem ou perturbações a nível emocional e/ou comportamental. Segundo a OMS (2021), o nascer prematuro tem impactos físicos, familiares, sociais, comportamentais e neurodesenvolvimentais. Focando o último tópico, a OMS (2012) identifica como possíveis consequências no desenvolvimento, a linguagem comprometida, paralisia cerebral e aumento da probabilidade de ansiedade e depressão. Já estão identificadas algumas sequelas graves da prematuridade relacionadas com o grau de imaturidade das crianças, existindo uma relação direta entre a diminuição da idade gestacional e o aumento de morbilidades (Askin & Wilson, 2014). Segundo as mesmas autoras, tem sido relatado em estudos uma maior incidência de paralisia cerebral, déficit de atenção, deficiência cognitiva leve ou profunda e problemas neuromotores em crianças prematuras.

Tamez (2013) identifica inúmeros benefícios na prestação de cuidados promotores do neurodesenvolvimento quer a nível fisiológico (diminuição do número de dias ventilado, da necessidade de suplemento de oxigénio, da ocorrência de hemorragia cerebral intraventricular e da displasia broncopulmonar), quer a nível de desenvolvimento (melhorando a qualidade na interação entre pais-criança, a função cognitiva e a habilidade parental para identificar alterações no comportamento do neonato). Para além disto, apresenta também benefícios a nível de custo como uma diminuição do tempo de internamento e dos custos hospitalares a curto e longo prazo.

4.1.2. O impacto do stress no desenvolvimento do prematuro

Em enfermagem, o conceito de stress é definido como sendo um “sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente; sentimento de desconforto; associado a experiências desagradáveis; associados à dor; sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo.” (OE, 2016, p.86). Nos primeiros anos de vida das crianças, fase em que são mais vulneráveis à hospitalização, estas vivenciam momentos de stress derivado da mudança de ambiente e rotina, apresentando um número limitado de mecanismos de defesa para a sua gestão (Sanders, 2014). Pensando no impacto que este tem em recém-nascidos prematuros, Coughlin (2017a) identifica três níveis de stress (positivo, tolerável e tóxico) a que estes estão expostos constantemente durante o internamento na UCIN (Anexo V). O primeiro, stress positivo, está associado à vida diária e a uma adaptação positiva dos mesmos ao longo dos cuidados. O segundo, tolerável, relaciona-se com eventos mais significativos e potencialmente prejudiciais. O último, stress tóxico, refere-se a uma exposição dor, frequente e prolongada a estímulos stressantes como a separação materna. Também Neuman e Fawcett (2011) tem uma definição para *stressors* referindo que existem fatores ambientais intra, inter e extrapessoal na natureza que têm o potencial de destabilizar um sistema previamente estável. Os seus resultados podem ser positivos e/ou negativos, considerados eustress e distress respetivamente (Neuman & Fawcett, 2011).

Segundo Cong et al. (2017), as experiências potencialmente stressantes no início de vida do prematuro hospitalizado numa UCIN são uma realidade constante já que o tratamento destes implica muitas vezes a ocorrência de procedimentos dolorosos ou stressantes. Num estudo realizado pelas mesmas autoras cujo objetivo era avaliar o impacto da dor e do stress no neurodesenvolvimento do prematuro, chegaram à conclusão que, durante as primeiras 4 semanas de internamento na UCIN, estas crianças eram expostas, em média, a cerca de 643 procedimentos potenciadores de dor e/ou stress, o que corresponde a cerca de 22 por dia, dando uma média de cerca de 15h por dia de estímulo stressante. A exposição constante a este tipo de estímulos nocivos para as crianças está associada a uma morbilidade neurológica, podendo conduzir a condições metabólicas, como a obesidade e a diabetes (Cong et al., 2017). Também Altimier e Phillips (2013) referem que o stress vivenciado pelos prematuros tem consequências como maior gasto energético,

diminuição do crescimento, alterações na estabilidade psicológica e no desenvolvimento cerebral.

Askin e Wilson (2014) referem que a criança quando exposta a frio, pode desencadear respostas indicativas de stress como hipoxia, acidose metabólica e hipoglicémia. Cong et al. (2017) identificaram como fator de stress a separação entre criança e pais, algo considerado como stress tóxico e altamente prejudicial como referido anteriormente. Para além destes, também Halder et al. (2015) identificaram sinais de stress no prematuro, tendo por base a Teoria Sinactiva do Desenvolvimento. Estes estão organizados em três sistemas principais: o autónomo, motor e de estado geral. No primeiro, são identificados como sinais de stress períodos de apneia, taquipneia, alterações na coloração, tossir, espirrar, pequenos grunhidos e contração generalizada. No segundo, os autores identificam a hipertonia, a hipotonia, a mão fechada em formato de murro e uma atividade difusa por parte do prematuro. No último sistema, são enumerados como sinais de stress o sono difuso com vários períodos de alerta, a irritabilidade, o choro agitado e um estado de alerta geral.

Como referido anteriormente, apesar de serem conceitos diferentes, é inevitável associar o conceito de dor aos de trauma e stress. A sua prevenção, gestão e avaliação constituem um desafio nas UCIN (Coughlin, 2017a). Segundo a autora, a vivência de dor e de stress relacionado com a mesma está associada a um comprometimento do crescimento pós-natal e do neurodesenvolvimento inicial, alterações no desenvolvimento cerebral, deficiências cognitivas e motoras e ainda uma diminuição da tolerância à dor no futuro (Coughlin, 2017a). Também Altimier e Phillips (2013) referem que, crianças que são expostas repetidamente a experiências dolorosas têm resultados negativos a nível da organização cerebral, não só a curto como também a longo prazo. Minimizar e atuar no stress vivenciado pelos prematuros é essencial na prática de cuidados já que pode levar a benefícios neurológicos como a redução de respostas anormais ao stress durante a infância e assim promover um crescimento e um desenvolvimento saudável destas crianças (Altimier & Phillips, 2013). Assim, a vivência de acontecimentos potenciadores de stress deve ser evitada, constituindo-se como um dever moral e ético a priorizar por parte dos profissionais de saúde na área de toda a pediatria.

4.2. Intervenções de enfermagem neuroprotetoras

Os cuidados individualizados e focados no desenvolvimento têm tido inúmeros efeitos positivos, quer para os ganhos em saúde para os recém-nascidos e famílias, quer ao nível neurocomportamental para os recém-nascidos de alto risco e prematuros (Askin & Wilson, 2014). A prestação de cuidados neuroprotetores nas UCIN tem sido essencial “(...) à preservação do bem-estar físico e mental do prematuro e, concomitantemente, à prevenção de patologias associadas a uma vivência traumática tão precoce.” (Costa & Calado, 2019, p.1936). A prestação de cuidados que promovam o desenvolvimento saudável tem como objetivo a redução do stress vivenciado pelas crianças, a preservação de energia, a promoção do crescimento e da recuperação, a facilitação da capacidade de autorregulação e, assim, diminuir taxas de mobilidade neonatal (Tamez, 2013). Como referido anteriormente, as UCIN têm impactos e influenciam o desenvolvimento e crescimento das crianças internadas. De forma a diminuir o impacto que estas têm no desenvolvimento dos prematuros, é importante que os cuidados prestados estejam focados nas necessidades fisiológicas, neurocomportamentais e desenvolvimentais dos mesmos (Altimier & Holditch-Davis, 2020).

Cuidados neuroprotetores incluem, segundo Altimier et al. (2015), a criação de um ambiente terapêutico onde se gere o stress e a dor oferecendo uma abordagem calma e calorosa tendo sempre toda a família envolvida nos cuidados e no desenvolvimento da criança. Altimier e Phillips (2013) apresentam várias intervenções neuroprotetoras para as sete medidas padrão do modelo que desenvolveram. Tendo em conta a temática do relatório, irão apenas ser focadas as identificadas para a medida padrão minimizar a dor e o stress. Nesta dimensão, as autoras referem que as crianças apresentam sinais comportamentais e fisiológicos de stress, ideia que corrobora a TSD apresentada anteriormente. Assim, a intervenção de enfermagem tem como objetivo promover uma autorregulação por parte do recém-nascido, promovendo também a sua organização neurodesenvolvimental (Altimier & Phillips, 2013).

Como primeira intervenção, as autoras identificam a prestação de cuidados individualizados que antecipem, priorizem e apoiem as necessidades da criança de forma a minimizar a dor e o stress. Podemos relacionar esta intervenção com a filosofia dos cuidados informados em trauma abordados anteriormente. A importância

da prestação deste tipo de cuidados está também presente no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (RPQCEESCJ, 2015), onde se encontra referido que o papel do EEESIP é promover a diminuição de perturbações emocionais e comportamentais futuras, algo que pode ser realizado através da prestação de cuidados não traumáticos. A segunda intervenção apresentada está relacionada com a utilização regular de escalas, validadas para a população neonatal, de avaliação da dor no recém-nascido (Altimier & Phillips, 2013). Isto torna-se fundamental para a construção da história clínica dos recém-nascidos e assim perceber o seu nível de tolerância a procedimentos e cuidados, adaptando-os previamente diminuindo a possibilidade de ocorrência de stress e/ou dor. O referido anteriormente pode ser pensado como uma forma de promoção de cuidados antecipatórios, algo essencial na primeira etapa da Teoria dos Sistemas apresentada previamente. A importância desta intervenção é reforçada pela OE (2013b) onde refere que a utilização de escalas de avaliação e monitorização da dor deve ser utilizada para a proteção da criança e ainda pela DGS (2010) identificando a avaliação da dor como cuidado essencial em pediatria devido aos impactos que esta pode ter a nível futuro para a criança.

A terceira intervenção identificada pelas autoras é a promoção de estratégias não farmacológicas de alívio de dor e/ou stress através dos posicionamentos, contenção e sucção não nutritiva (SNN) (Altimier & Phillips, 2013). Estas intervenções são reforçadas por Walden e Spruill (2020) reforçando a importância da utilização de estratégias não farmacológicas na gestão da dor na UCIN como a contenção manual, a SNN, a sacarose e o contacto pele-a-pele. Também a OE (2013b) identifica como estratégias o posicionamento do recém-nascido adequado, a SNN e a sacarose. Também Askin e Wilson (2014) reforçam que as técnicas de posicionamento e manipulação promovem conforto e minimizam o stress.

Por fim, são identificadas duas intervenções que estão interligadas: envolver e incentivar a participação dos pais durante a execução de procedimentos potencialmente dolorosos, assistindo, por exemplo, na contenção física ou através da promoção de contacto pele-a-pele; educar os pais acerca das pistas comportamentais que os filhos transmitem durante processos de dor e/ou stress, bem como intervenções que promovam o conforto da criança (Altimier & Phillips, 2013). É impossível dissociar os conceitos de CCF e CC nestas duas intervenções apresentadas pelas autoras. Segundo Als (2009), o futuro das crianças e famílias nas

UCIN depende de cuidados apropriados e implementados tendo por base uma filosofia de cuidados centrados na família. Tal como identificado por Coughlin (2017a, 2017b), a separação parental constitui um fator de stress para o prematuro, algo que deve ser evitado ao máximo por parte dos profissionais de saúde de forma a promover um desenvolvimento e crescimento saudável das crianças. Para Gooding et al. (2011), a presença dos pais durante procedimentos potencialmente dolorosos pode reduzir não só a dor sentida pela criança, como também a ansiedade parental. Também na Carta da Criança Hospitalizada está referido em vários artigos que as crianças têm o direito de ter os pais junto delas, que estes devem ser encorajados a ficar junto dos filhos e que devem ser informados de forma a que participem ativamente nos cuidados (EACH, 2009).⁸ A importância da prestação deste tipo de cuidados é também reforçada no RPQCEESCJ (2015), onde refere que a filosofia de cuidados da enfermagem pediátrica evidencia os cuidados centrados na família e, é considerada “o conjunto de indivíduos que possui a responsabilidade de prestar cuidados à criança/jovem, exercendo uma forte influência no seu crescimento e desenvolvimento (...) sendo os pais, os responsáveis pela maioria dos cuidados prestados (...) são alvo da intervenção...” do EEESIP (RPQCEESCJ, 2015, p.4).

5. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO

Neste capítulo irei identificar a metodologia utilizada, analisar todo o percurso e atividades realizadas, bem como refletir acerca das competências de EE e EEESIP que este percurso de formação me permitiu desenvolver.

Alarcão e Rua (2005) definem competência como sendo a “(...) capacidade de agir em situação, o que implica a manifestação de uma resposta articulada entre: o que fazer, a quem, porquê e para quê (...) implica conhecer os limites do seu saber (...)” . Para as autoras, ser competente implica uma atuação adaptada a cada situação, pressupondo compreensão, juízo e intencionalidade de ação. Também Patricia Benner analisa o conceito de competência referindo que este engloba a capacidade de julgamento clínico, acrescentando ainda que uma enfermeira competente “(...) tem o sentimento de que sabe bem das coisas e que é capaz de fazer frente a muitos imprevistos que são o normal na prática de enfermagem.” (Benner, 2001, p.54).

De acordo com a *Canadian Nurses Association* (2008), os enfermeiros procuram desenvolver conhecimento em determinadas áreas com os objetivos de prestar cuidados mais eficazes, com uma maior profundidade e amplitude de conhecimento, o que proporcionara uma melhoria nos cuidados prestados. Esta procura e esta profundidade irão permitir a prática de uma enfermagem avançada que, segundo a mesma associação, envolve não só a análise como também o uso de conhecimentos e competências, bem como a aplicação de investigação e teorias de enfermagem.

Com o objetivo de desenvolver competências especializadas na área da pediatria e promover uma enfermagem mais avançada, foi desenvolvida uma metodologia de trabalho para a construção do presente relatório descrita de seguida.

5.1. Metodologia

Durante todo o percurso realizado, foi utilizado como esquema metodológico de base o Ciclo PDCA apresentado pela Ordem dos Enfermeiros (2013a), tendo sido interligado com algumas das orientações apresentadas por Freitas (2010) acerca da metodologia de projeto. As letras do Ciclo PDCA correspondem a *Plan*, *Do*, *Check* e

Act/adjust. Em primeiro lugar, e focando a etapa nomeada de *Plan*, é necessário identificar, definir, descrever e perceber a problemática, realizar pesquisa teórica acerca da mesma, escolher o referencial teórico de enfermagem a utilizar, identificar as competências específicas e comuns de enfermeiro especialista a desenvolver e definir objetivos a atingir. A etapa seguinte, *Do*, consiste em planejar o projeto, as atividades a realizar e a identificar quais os resultados esperados. De seguida, na etapa *Check*, é realizada uma aprendizagem experimental (estágios), procedendo à avaliação dos resultados esperados, a uma prática reflexiva e, por fim, à construção do relatório final. A fase final, *Act/Adjust*, relaciona-se a partilha direta de conhecimento e implementação de mudanças de forma a promover uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Este tipo de metodologia é considerada descritiva, crítica e reflexiva, adotando uma abordagem formativa do tipo clínico-reflexiva, tal como indicado como essencial no desenvolvimento profissional por Alarcão e Rua (2005).

Transpondo para este relatório final, comecei por identificar, definir e perceber a problemática, descrevendo-a. Esta proveio do meu contexto profissional e das necessidades sentidas ao nível da avaliação do risco de stress no prematuro durante a prestação de cuidados e do seu impacto no futuro das crianças. Após identificada a problemática, foi realizada pesquisa bibliográfica em bases de dados (CINAHL E MEDLINE) e em livros e publicações de autores de referência na área. Posteriormente, e após essa pesquisa, foi identificada a teoria de enfermagem mais adequada à temática, sendo esta a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman tal como justificado anteriormente. Com as informações e conhecimentos obtidos, foi elaborado um mapa de conceitos (Apêndice I) que permitiu sintetizar os conceitos centrais relacionados com a temática. De seguida, procedi à identificação das competências específicas e comuns do EE a desenvolver através do preenchimento do autodiagnóstico (Apêndice II) e, com isso, delineei os objetivos gerais e específicos a atingir durante o meu percurso. O primeiro objetivo geral é transversal a todos os locais de estágio sendo que o segundo é mais direcionado para a temática abordada no presente relatório, apresentando cada um deles dois objetivos mais específicos:

Objetivo Geral 1. Desenvolver competências específicas e comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria para a prestação de cuidados à criança, jovem e família no seu processo de saúde e doença, nos diferentes contextos e etapas de desenvolvimento:

1.1. Analisar a prática de cuidados do EEESIP nos diferentes contextos de saúde;

1.2. Colaborar na prestação de cuidados à criança, jovem e família nas várias etapas de desenvolvimento.

Objetivo Geral 2. Desenvolver competências no âmbito da gestão do risco de stress ao cuidar da criança prematura internada numa unidade de neonatologia:

2.1. Aprofundar conhecimentos sobre a gestão do risco de stress no prematuro;

2.2. Desenvolver estratégias de gestão do risco de stress no prematuro internado numa UCIN.

Na segunda etapa do ciclo, correspondente ao *Do*, identifiquei as atividades que proponho desenvolver, bem como os resultados esperados. Esta etapa foi desenvolvida através de uma tabela, onde, para cada objetivo específico, foram delineadas atividades e sua descrição, os recursos a utilizar, a duração e o contexto de implementação e os resultados esperados. Tendo em conta as condicionantes encontradas devido à pandemia, existiram ajustes relativos, não só aos locais de estágio e data a realizar, como também às atividades desenvolvidas e às inicialmente propostas. Passando à terceira etapa do Ciclo PDCA, procedi à aprendizagem experimental tendo realizado estágio em cinco contextos de prática de cuidados consoante um cronograma adaptado constante disponibilidade para estudantes por parte dos serviços (Apêndice III), com posterior avaliação dos resultados obtidos. Ao longo destes estágios, concretizei atividades que me permitiram atingir os objetivos a que me tinha proposto, ajudando-me a desenvolver competências de enfermeira especialista, atividades estas que serão abordadas posteriormente e que se encontram em apêndice. Segundo Alarcão e Rua (2005), os estágios clínicos servem para desenvolver atitudes e processos de autorregulação, tendo como objetivo o desenvolver capacidades, atitudes e competências. Também Benner (2001) reforça a importância da experiência clínica, referindo que os conhecimentos que dela provêm são essenciais no progresso da prática da profissão bem como no desenvolvimento da sua ciência, referindo ainda que “a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria.” (p.61). Em cada um dos locais de estágio, foi apresentado o guia orientador de estágio, documento que inclui

a tabela referida anteriormente onde estão identificados os objetivos com as respectivas atividades, (Apêndice IV), tendo sido discutido e adaptado com os enfermeiros orientadores dos diferentes locais de estágio. Por fim, na etapa *Act*, pretendo transmitir os conhecimentos obtidos aos meus colegas a nível profissional, como por exemplo através da realização de sessões de formação e publicação de artigos, de forma a promover uma melhoria dos cuidados prestados no serviço.

5.1.1. Desenvolvimento de Competências Comuns e Específicas enquanto Enfermeiro Especialista

Para dar resposta ao primeiro objetivo, desenvolver competências específicas e comuns de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria para a prestação de cuidados à criança, jovem e família no seu processo de saúde e doença, nos diferentes contextos e etapas de desenvolvimento, foram elaboradas atividades ao longo de todos os estágios realizados. Ao longo deste capítulo, irei destacar quais as experiências vivenciadas e atividades realizadas nos vários contextos de estágio que permitiram não só alcançar o objetivo como desenvolver competências de EE e de EEESIP.

Começando pelos cuidados primários, mais especificamente pelo estágio realizado numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), procurei oportunidades de aprendizagem consoante as lacunas sentidas ao nível da avaliação do desenvolvimento infantil e da utilização de escalas para proceder a essa avaliação. Após discutido com a enfermeira orientadora, esse tornou-se um dos temas a focar durante o estágio, tendo tipo oportunidade de aprofundar conhecimentos ao nível da avaliação do desenvolvimento infantil utilizando a escala de *Mary Sheridan*. Para além disso, durante uma consulta de vacinação que teve por base o esquema do Programa Nacional de Vacinação (PNV), tive oportunidade de observar e participar na avaliação de desenvolvimento de uma criança, B, com cerca de 4 semanas de vida, através da utilização dessa escala (Apêndice V). Esta avaliação decorreu ao longo da consulta do primeiro mês de vida, da observação direta da interação mãe-criança e adaptando os recursos existentes para a sua aplicação, promovendo uma segurança nos cuidados e uma adesão ao PNV. Ao longo da consulta, a família foi sendo incentivada à realização de determinadas atividades, como estimular a criança com objetos coloridos, produzir sons e observar a capacidade de atenção da criança, promover

períodos de conversas suaves e períodos de calma sem demasiado estímulo, limitando sempre as visitas de estranhos, tendo sido referido que, se notassem alguma alteração ou limitação da criança neste tipo de atividades, que nos informassem aquando da próxima consulta.

Esta acabou por ser uma experiência enriquecedora para o meu desenvolvimento já que permitiu aprofundar conhecimentos numa área que não tinha trabalho antes, aumentando a minha consciência acerca da importância da avaliação de desenvolvimento para prevenir futuras complicações a esse nível, promovendo assim cuidados antecipatórios. Para além disso, foi possível observar a prestação de vários cuidados essenciais à criança e família numa só consulta, evitando o constante deslocamento da família à UCSP, incentivando à saúde e promovendo sempre a parceria parental durante as consultas. Tal como referido no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil da DGS (2013), são essenciais a valorização e a prestação de cuidados antecipatórios como forma de promover a saúde e prevenir a doença. A avaliação regular clínica do desenvolvimento permite, não só obter um conhecimento acerca do possível potencial de desenvolvimento da criança como também prever e “(...) intervir no controlo do impacto dos fatores de risco, na prevenção primária, no diagnóstico e terapêutica precoces e no acompanhamento adequado da criança com perturbações do desenvolvimento, bem como da sua família.” (DGS, 2013, p. 59). As atividades referidas em consulta para realização por parte dos pais são consideradas atividades promotoras do desenvolvimento e é esta intervenção de enfermagem que capacita, empodera e valoriza a participação e visão parental (DGS, 2013).

Segundo o RCCEE (2019), o EE assegura o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação¹, implementa medidas de prevenção de práticas de risco², adotando uma conduta que promova cuidados antecipatórios e que garantem a segurança, a privacidade e a dignidade da família³, competências que considero ter adquirido com a experiência e atividade referidas anteriormente. Para além disso, e segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (RCEEEESIP), o EEESIP deve assistir a criança e a sua família na maximização da sua saúde através de estratégias que

¹ A2.1.2 - Assegura o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação.

² A2.2.2 - Implementa medidas de prevenção e identificação de práticas de risco.

³ A2.2.3 - Adota conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.

incentivem e negoceiem a participação da criança e da família no processo⁴, utilizando estratégias que motivem a adoção dos seus papéis em saúde⁵ (RCEEEESIP, 2018). Deve também proporcionar conhecimento e habilidades que facilitem o desenvolvimento de competências para a gestão da própria saúde⁶, procurando constantemente oportunidades para trabalhar com a família na adesão e aquisição de conhecimentos e a comportamentos promotores de saúde⁷. Acrescentando ao referido anteriormente, fui também capaz de aprofundar e demonstrar conhecimentos acerca do desenvolvimento infantil⁸, bem como utilizar uma escala de avaliação de desenvolvimento⁹, transmitindo sempre que possível orientações/intervenções antecipatórias a adotar por parte da família para a maximização do desenvolvimento infantil.¹⁰

Ainda no âmbito dos cuidados primários e logo no início do estágio, a enfermeira orientadora referiu ser o elemento de referência do Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR) daquela UCSP. Isto foi de extrema importância para o meu desenvolvimento já que, previamente a este estágio, não sabia da existência destes núcleos. Primeiramente aprofundei conhecimentos acerca dos mesmos, da sua missão e dos seus objetivos e, perto do final do estágio, tive a oportunidade de vivenciar uma situação de referência ao NACJR de uma criança que apresentava sinais de negligência, situação esta descrita e analisada numa análise reflexiva (Apêndice VI).

Com esta atividade, foi possível perceber, não só novamente a importância dos cuidados antecipatórios e de prevenção (prevenção primária), como também atuar perante situações que representem perigo para a criança de forma a prevenir complicações futuras (prevenção secundária). Os NACJR são multidisciplinares e baseiam-se no encaminhamento e colaboração de várias disciplinas, incentivando à

⁴ E1.1.1. - Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar.

⁵ E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde.

⁶ E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.

⁷ 1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; E1.2.8. Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.

⁸ E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento.

⁹ E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.

¹⁰ E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.

parceria entre as mesmas. É de extrema importância a “detecção precoce, acompanhamento e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a saúde da criança (...)” (DGS, 2013, p.3). Na situação descrita, fui capaz de elencar sinais de negligência ao bem-estar daquela criança, tendo também sido capaz de perceber que era uma situação a ser encaminhada para outros prestadores de cuidados de saúde, competência comum importante enquanto EE ¹¹. Este encaminhamento é realizado através do preenchimento de uma ficha de sinalização e, segundo o Despacho nº31292 de 2008 publicado em Diário da República, devem ser sinalizadas ao NACRJ todas as situações onde exista a possibilidade de algum tipo de risco e/ou perigo para a criança/jovem. A importância de proteger a criança está enunciada também no documento elaborado pela *United Nations Children's Fund* (UNICEF) relativo à Convenção sobre os Direitos da Criança onde é reforçada a importância de que estas devem ser protegidas “(...) contra todas as formas de violência física ou mental, dano ou sevícia, abandono ou tratamento negligente, maus-tratos ou exploração (...)” (UNICEF, 2019, p.16). Esta importância está ainda descrita no Artigo 102º do Código Deontológico de Enfermagem (CDE), onde refere que o enfermeiro respeita os valores humanos, sendo responsável por salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as contra qualquer forma de abuso (CDE, 2015).

Uma das competências enquanto EE que vai ao encontro do código deontológico da profissão de enfermagem é a promoção de cuidados que visem a proteção e defesa dos direitos humanos ¹². Considero que ao longo deste estágio e desta experiência, para além de ter ido ao encontro do código deontológico, consegui desenvolver várias competências descritas no RCEEEESIP (2018) ¹³ tal como a identificação de situações que podem pôr em causa o bem-estar físico e/ou psicológico da criança, identificando evidências fisiológicas e procedendo ao encaminhamento para outros profissionais, providenciando assim cuidados antecipatórios.

¹¹ C1.1.4 - Reconhece quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde.

¹² A1.1.5 - Orienta a tomada de decisão na observância da deontologia profissional; A1.1.7 - Promove o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido. A2.1.1 - Assume a defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional.

¹³ E 1.2.2. Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais; E1.2.3. Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico; E1.2.4. Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus-tratos, negligência e comportamentos de risco); E1.2.6. Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos; 2.1.1. Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória.

Ao longo do estágio no contexto dos cuidados primários, procurei perceber quais os temas e as lacunas dos pais/famílias sentidas por parte dos profissionais que nela trabalham. Um dos temas identificados foi a falta de conhecimento por parte da família e de divulgação de informação na UCSP relativamente ao sono na infância. Assim, e com o objetivo de, primeiramente, aprofundar conhecimentos na temática e posteriormente preencher uma lacuna sentida no serviço a nível da maximização da saúde da criança e família, foi elaborado um póster (Apêndice VII). Segundo a OE (2010a), o sono é essencial para o desenvolvimento da criança, quer a nível físico, como cerebral e emocional e a criação de rituais de sono é considerada uma atividade promotora de desenvolvimento. A abordagem desta temática às famílias e a possibilidade de estas lerem informações adaptadas à idade da sua criança, evitará problemas a nível da gestão do sono naquela família. Tendo em conta a população alvo desta UCSP, o póster foi elaborado em português e em inglês de forma a abranger o maior número de famílias possível, tendo sido afixado na sala de enfermagem. A disponibilização de informação em dois idiomas, em especial o inglês - idioma perceptível para grande parte das famílias acompanhadas por este UCSP - , acaba por demonstrar conhecimento acerca da população alvo, indo ao encontro das suas necessidades, tendo por base uma visão de cuidados culturalmente competentes e que incentivem à confiança e à partilha de informação por parte das famílias. Para além disso, fui capaz de colmatar uma dificuldade/falha sentida pela UCSP, facilitando a aquisição de conhecimentos, quer dos profissionais como das famílias. Concluindo, foi-me possível desenvolver novas e fortalecer competências de EE ¹⁴ e EEESIP¹⁵ previamente adquiridas em contexto de trabalho, tendo contribuído para o meu desenvolvimento profissional.

Focando agora a hospitalização, para além de ser considerada um evento inesperado para as famílias, esta pode levar a sentimentos como dor, stress e sofrimento (OE, 2015). Os principais *stressors* da hospitalização identificados por

¹⁴ B3.1.1 - Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo; B3.1.2 - Envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais; C2.1.5 - Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade; C2.2.1 - Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos; D2.2.4 - Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem; D2.2.6 - Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

¹⁵ E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.

Sanders (2014) são a separação parental, o medo do desconhecido, a perda de autonomia e de controlo e a lesão corporal que pode resultar em sentimentos como o desconforto e a dor. Segundo a mesma autora, o stress vivenciado durante a hospitalização pode ter efeitos negativos na criança, a curto e a longo prazo. Enquanto enfermeiros, cabe-nos incentivar à participação parental e adotar estratégias de redução do stress vivenciado pelas crianças, algo que se tornou evidente durante o meu estágio no Internamento Pediátrico (IP). Como estratégias utilizadas, o serviço disponha de material adequado às várias faixas etárias que eram utilizados como auxiliares nas estratégias de redução do stress. Todas as intervenções de enfermagem potencialmente dolorosas e/ou stressantes (exemplo: punção venosa) eram realizados na sala de tratamentos, sala própria e de ambiente calmo (aspectos importantes segundo a DGS ([2012]), onde existia um KIT SOS Dor composto por material didático dividido por faixa etária, material este que era utilizado durante os procedimentos consoante o interesse da criança. Outras estratégias observadas foram o constante reforço positivo dado às crianças e suas famílias durante todo o internamento e a possibilidade da presença parental 24h/dia junto da criança, ideia corroborada pela OE ao referir que “as crianças sentem-se mais seguras com os seus pais junto delas, pelo que estes devem poder estar presentes durante o procedimento” (OE, 2013, p.25). Para além do referido anteriormente, cheguei a observar a utilização da mistura equimolar de protóxido de azoto numa criança com 13 anos que se encontrava ansiosa perante a realização de uma punção para colheita de sangue. O protóxido de azoto tem características analgésicas, com início rápido, e é utilizado através de um método inalatório, não sendo invasivo para a criança, promovendo um efeito ansiolítico e, assim, induz a calma (Escobar et al., 2019). Segundo a DGS (2012), a utilização deste tipo de medicação é indicada quando é necessário diminuir a ansiedade ou agitação da criança já que, tanto o medo como a ansiedade, são considerados fatores agravantes da dor.

Uma estratégia a adotar para o alívio do stress da hospitalização mencionada pela OE (2011) é a entrega às crianças de certificados de coragem e de superação do internamento de forma a reduzir o medo por elas vivenciado. Assim, e tendo por base o referido e após perceber que era algo que não existia no serviço, foi discutido com o enfermeiro orientador a relevância e aplicabilidade da elaboração de certificados de coragem. Após consentimento, foram então elaborados Certificados

de Coragem (feminino e masculino) (Apêndice VIII) que ficaram disponíveis para entregar às crianças no momento da alta.

A gestão da dor e a implementação de estratégias não farmacológicas é de extrema importância na pediatria como analisado anteriormente ao longo do presente relatório. Tal como evidenciado pela DGS (2012), a dor é considerada o 5º sinal vital, tendo tido nos últimos anos um aumento de preocupação na sua gestão tendo em conta os impactos que pode ter a nível do bem-estar já que, quando não tratada, “(...) pode ativar processos físicos, bioquímicos e celulares que modificam a resposta futura à dor (...) as suas consequências estão evidenciadas também na relação entre a ausência de tratamento da dor e os sintomas de stress pós-traumático (...)” (DGS, 2012, p.4)

Ao longo dos estágios, fui capaz de, não só identificar estratégias utilizadas pelos EEESIP orientadores em diferentes contextos (UCSP, IP e UCIN), como de as relacionar com as orientações da OE e ainda com as competências de EE e EEESIP (Apêndice IX). Apesar de ser um tema com o qual lido na minha prática diária, o aprofundar conhecimentos nesta área permitiu-me identificar estratégias de gestão de dor adequadas às várias idades e etapas de desenvolvimento, dando-me uma visão mais global e mais complexa acerca da temática. Relativamente às duas atividades realizadas referidas anteriormente, ambas remetem para situações onde foi evidenciada a importância da gestão da dor e do stress em pediatria, bem como estratégias implementadas por vários EEESIP perante essa mesma temática. A prestação de cuidados de enfermagem à criança hospitalizada “(...) previne ou minimiza a separação, diminui a perda de controlo, minimiza a lesão corporal e a dor, utiliza jogos e outras atividades expressivas para diminuir o stress (...)” (Sanders, 2014, p. 1058), algo que foi possível observar ao longo de todos os estágios. Assim, consegui identificar e colaborar na gestão da dor e do stress das crianças e suas famílias e revelei possuir conhecimentos importantes para uma gestão diferenciada da dor. Com isto, incentivei e promovi o bem-estar físico, psicológico e emocional

daquela criança e família, atingindo competências que caracterizam um EE¹⁶ e, mais especificamente, um EEESIP segundo o RCEEEESIP (2018)¹⁷.

Focando o estágio realizado em contexto de urgência pediátrica (UP), e após discussão com a enfermeira orientadora acerca da temática central do projeto, foi elaborado um pôster direcionado para os profissionais a afixar no serviço relativo ao stress no recém-nascido (Apêndice X). A necessidade de cuidados urgentes e/ou emergentes à criança e sua família é uma experiência geradora de stress. Este stress vivenciado pelos mesmos pode levar a regressões a nível do desenvolvimento e crescimento da criança (Brazelton, 2013). Assim, cabe ao EEESIP atuar na minimização do stress da criança, diminuindo os impactos negativos que a ida à UP pode ter neste âmbito. Uma necessidade na equipa segundo a enfermeira orientadora centrava-se ao nível do conhecimento do impacto do stress no recém-nascido e no seu desenvolvimento futuro, bem como estratégias a implementar por parte dos enfermeiros, tendo sido essa uma das razões para a realização da atividade em apêndice identificada anteriormente. Neste estágio, tive mais oportunidades de colaborar nos cuidados na ala de internamento de curta duração (crianças admitidas na UP há mais de 24h), onde consigo identificar alguns aspetos promotores de um desenvolvimento saudável, tais como a presença parental, o incentivo à sua autonomia e a existência de um ambiente calmo e privado.

Apesar deste estágio decorrer num menor período de tempo, também tive a oportunidade de colaborar nos cuidados no momento da triagem e nas intervenções necessárias em sala de tratamentos. Em ambos, entrei mais em contacto com crianças na idade pré-escolar e adotei estratégias promotoras de conforto e de confiança como utilizar um tom de voz calmo, falar sobre os acessórios utilizados principalmente pelas meninas (elogiar vestidos, malas, etc), utilizar discurso alusivo a desenhos animados e, aquando de procedimentos dolorosos, incentivar os pais ao toque e contenção física, enquanto eu distraía a criança com cantorias e/ou brincadeiras tipo “cucu”, adequando sempre o discurso à criança e família a quem colaborava na prestação de cuidados. O brincar é considerada uma oportunidade de

¹⁶ A2.1.4 - Fomenta o respeito pelo direito do cliente à privacidade; A2.1.5 - Assegura o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde; B3.1.3 - Assegura a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares.

¹⁷ E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas: E2.2.1. Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem; E2.2.2. Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor; E2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.

relação e estabelecimento de confiança entre enfermeiro-criança, sendo igualmente uma estratégia promotora de desenvolvimento infantil importante a adotar em meio hospitalar (OE, 2010a). Sanders (2014) corrobora o referido anteriormente, acrescentando que o brincar é “(...) um dos aspectos mais importantes da vida de uma criança e uma das ferramentas mais eficazes para gerir o stress.” (p. 1041), sendo essencial para o bem-estar emocional, social e mental das crianças. Algumas das estratégias implementadas referidas anteriormente são referidas por Diogo (2012) como estratégias que ajudam na promoção de um ambiente seguro e afetoso (cantar, brincar, recorrer a personagens de desenhos animados), algo que irá tornar a experiência da hospitalização e até da doença mais positiva. A experiência vivida neste contexto foi importante para o meu desenvolvimento profissional e para a aquisição de competências enquanto EE e EEESIP¹⁸. Permitiu-me atuar perante situações de emergência/urgência, aumentando os meus conhecimentos acerca de situações de instabilidade, tendo promovido a oportunidade de cuidar com crianças de várias faixas etárias, algo que incentivou o aprofundar de conhecimentos não só sobre estratégias de comunicação, como também estratégias promotoras da relação enfermeiro-criança em contexto de UP.

Abordando, por fim, o estágio realizado num Centro de Desenvolvimento Infantil que requeria internamento essencialmente de reabilitação, foi elaborada uma análise reflexiva acerca da prestação de cuidados à criança com paralisia cerebral (Apêndice XI). Este estágio permitiu-me entrar em contacto e colaborar na prestação de cuidados a crianças com necessidades de reabilitação física, algumas delas com alterações ao nível do desenvolvimento. Uma das crianças a quem colaborei na prestação de cuidados e com quem fui capaz de estabelecer uma relação é uma criança com uma Paralisia Cerebral (PC) grave. Apesar de curto temporariamente, ao longo do estágio consegui desenvolver estratégias para comunicar com esta e outras crianças adequando o discurso consoante o estágio de desenvolvimento das mesmas. Para além disto, vivenciei uma situação de um adolescente que, devido a traumatismo medular, ficou com paraplegia. Num turno, esse adolescente encontrava-se bastante prostrado, sem vontade de brincar/jogar, com tendência a isolar-se no quarto a chorar.

¹⁸E1.1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; E3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; E3.3.2. Relaciona -se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.

Num momento que achei oportuno, e uma vez já ter entrado em contacto e iniciado uma relação terapêutica previamente com este adolescente, entrei no quarto a adotei algumas estratégias facilitadoras da relação e da comunicação como o toque, o olhar, o sentar-me ao mesmo nível, o dar espaço físico e à partilha de emoções e o silêncio (Chalifour, 2008; Phaneuf, 2005). A adoção destas estratégias permitiu-me chegar mais perto daquela criança e perceber o que realmente se passava. Foi posteriormente falado com a enfermeira orientadora acerca do estado emocional e depressivo deste adolescente, tendo sido pedido o apoio da psicologia e do pedopsiquiatra¹⁹. Para além disto, uma dificuldade sentida por este adolescente era a realização de esvaziamentos vesicais de forma autónoma. Perante a relação estabelecida, falei com a enfermeira orientadora e, combinado com o adolescente qual a melhor altura, fui reforçar os ensinamentos e esclarecer as dúvidas sentidas²⁰. Durante a conversa, e utilizando algumas das estratégias de comunicação em cima referidas, consegui incentivar à partilha de emoções, tendo realizado reforço positivo regular e dado suporte emocional, tendo sempre por base uma relação empática. Este tipo de relação irá permitir que a criança se sinta realmente compreendida e encorajada a partilhar a sua experiência e a procurar respostas para as dificuldades sentidas (Chalifour, 2008). Esta situação permitiu-me, não só aprofundar conhecimentos acerca das estratégias de comunicação, mais especificamente com o adolescente, como também interligar diferentes áreas de atuação terapêutica necessitadas pelo adolescente, áreas essas que transcendiam a enfermagem.

Com as experiências vividas e atividades desenvolvidas neste contexto de estágio, consegui ter oportunidades únicas para desenvolver competências essenciais enquanto enfermeiro especialista,²¹ já que fui capaz de comunicar com a criança e o jovem utilizando estratégias apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento, adaptando o discurso e as estratégias a utilizar tendo demonstrando

¹⁹ E1.2.2. Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais; E2.5.6. Referência crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário.

²⁰ E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.

²¹ E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde.

conhecimentos acerca de técnicas de relação e comunicação²². Segundo o RCEEEESIP (2018), o EEESIP é aquele que responde eficazmente promovendo sempre a maximização do potencial de desenvolvimento das crianças, considerando as suas especificidades e exigências, assistindo sempre a criança a maximização da sua saúde, algo que penso ter conseguido atingir neste contexto clínico. Para além disto, considero também que fui capaz de atingir os objetivos propostos, não só o geral como ambos os específicos (analisar a prática de cuidados do EEESIP nos diferentes contextos de saúde; colaborar na prestação de cuidados à criança, jovem e família nas várias etapas de desenvolvimento).

Posteriormente, para dar resposta ao segundo objetivo geral, desenvolver competências no âmbito da gestão do risco de stress ao cuidar da criança prematura internada numa unidade de neonatologia, foram identificadas quais as atividades e experiências vivenciadas que permitiram, não só desenvolver competências enquanto EE e EEESIP, como também atingir os objetivos específicos identificados anteriormente.

Tal como indicado ao longo do relatório, a UCIN é caracterizada por ser um ambiente potencialmente stressante para o recém-nascido prematuro, stress esse que irá influenciar todo o seu crescimento e desenvolvimento, bem como o bem-estar familiar. Assim, torna-se evidente a importância de atuar nesses *stressors*, algo que consegui observar durante o meu período de estágio. Este estágio foi realizado numa UCIN de referência do país, que disponibilizada mais vagas e uma maior variedade de patologias/causas de internamento, sendo a maior delas a prematuridade, algo importante tendo em conta a temática central deste relatório. Tendo em conta o vivenciado, foi elaborado uma análise reflexiva acerca das práticas neuroprotetoras desta UCIN, tendo como foco principal o ambiente (Apêndice XII). Este documento foi realizado com o intuito de ser posteriormente publicado numa revista científica, não apenas para partilhar a experiência vivenciada, como também disseminar conhecimento acerca de estratégias e intervenções neuroprotetoras a utilizar por parte dos profissionais a trabalhar em UCIN e tendo como foco o ambiente, promovendo assim práticas baseadas na evidência e uma prestação de cuidados com maior

²² E3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; E3.3.2. Relaciona-se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura; E3.3.3. Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem; E3.4.1. Facilita a comunicação expressiva de emoções; E3.4.5. Negoceia contrato de saúde com o adolescente.

segurança e qualidade para o RN e sua família. Com a realização dessa análise reflexiva, foram identificadas várias estratégias implementadas pelos profissionais de saúde ao nível da gestão do ambiente terapêutico que são consideradas por Altimier e Phillips (2013) e Coughlin (2017a) neuroprotetoras, entre elas: a realização de procedimentos potencialmente invasivos e/ou dolorosos no interior da incubadora, a proteção dos olhos aquando necessário foco de luz, a utilização de capas protetoras de luz nas incubadoras, o incentivo à participação parental e a promoção de cuidados centrados na família, sendo que grande parte da equipa considera os pais como elementos essenciais ao cuidado dos recém-nascidos. O foco no ambiente onde a criança se desenvolve torna-se importante já que é considerada uma competência específica enquanto EE ²³e ainda tendo em conta que, “na prática de cuidados, os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, necessitam de focalizar a sua intervenção na interdependência criança/jovem/família e ambiente, considerando os fatores protetores e *stressors* associados às suas vivências.” (RPQCEEESCJ, 2015, p. 16661). Assim, importa refletir sobre esta temática à luz da Teoria dos Sistemas de Betty Neuman já que estamos a atuar ao nível da prevenção primária, uma vez que os cuidados neuroprotetores ajudam a prevenir e evitar a exposição aos *stressors* existentes nas UCIN e vivenciados pelos RN e suas famílias, enfatizando a importância da prestação de cuidados que antecipem o perigo e promovam o desenvolvimento infantil.

Para além disto, uma das necessidades de abordagem identificadas em conjunto com a enfermeira orientadora foi relativa aos posicionamentos do RN. Um posicionamento adequado dos RN tem inúmeras vantagens como promover o desenvolvimento neuromotor e musculoesquelético, promover o desenvolvimento das funções fisiológicas básicas (pele, sono e atividade cerebral) e prevenir alterações no formato da cabeça, bem como as suas consequências no crescimento cerebral (Altimier & Phillips, 2013; Tamez, 2013). Para além disto, e segundo os mesmos autores, tem grande impacto a nível neurodesenvolvimento já que promove o conforto, a redução do stress, a maturação neurosensitiva e ainda um desenvolvimento físico, social e psicológico adequado, com benefícios a curto e a longo prazo. Se este tipo de cuidados considerados neuroprotetores não forem providenciados, pode levar a atrasados de desenvolvimento dos RN (Altimier & Phillips, 2013).

²³ B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro: B3.1 - Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo.

Tendo em conta o referido anteriormente, torna-se evidente a importância de abordar a temática junto dos profissionais que cuidam destas crianças diariamente. Para isso, foi elaborado um plano de sessão e a respetiva sessão de formação (Apêndice XIII), sessão esta que foi realizada via online para vários profissionais de vários hospitais (a apresentação inclui fotografias tiradas em contexto de trabalho a bebés cujos pais autorizaram a utilização das mesmas através do preenchimento de um consentimento informado realizado com conhecimento da enfermeira chefe e que também se encontra no apêndice suprarreferido). Isto permitiu, não só aprofundar conhecimento na área como também promover esse aprofundamento pelos pares, incentivando à reflexão acerca das práticas, promovendo a disseminação de conhecimento científico, melhorando as práticas exercidas e, como isso, promovendo a adoção de estratégias e intervenções que sejam promotoras de um desenvolvimento e crescimento infantil saudável.

Segundo o RCEEEESIP (2018), o EEESIP presta cuidados específicos e em resposta ao ciclo de vida e de desenvolvimento da criança, algo que ocorre através da prestação de cuidados que promovam o crescimento e desenvolvimento infantil, a vinculação, comunicando e estabelecendo parcerias nos cuidados entre os profissionais, a criança e a família. Durante este estágio, fui aprofundando conhecimentos acerca, não só de cuidados neuroprotetores como também acerca da gestão do stress no prematuro e qual o impacto que este tem no seu desenvolvimento. Para além disto, consegui identificar estratégias referenciadas por autores de referência na área como estratégias redutoras de stress, tendo transmitido esse conhecimento através não só de sessões de formação, como também através da realização de um artigo para futura publicação, e ainda através da conversa e partilha de experiências com os profissionais. Segundo Eraut (2007), a aprendizagem pode também ocorrer a nível informal (como a conversa e a partilha), tendo chegado à conclusão de que, maior parte das aprendizagens adquiridas num estudo realizado pelo mesmo, tinham sido através de formas informais de aprendizagem. Segundo o mesmo autor, debater, conversar e refletir um problema com o outro permite oportunidades únicas de aprendizagem. Para além disto, foi assegurada a confidencialidade dos dados e a liberdade de participação e escolha por parte dos pais, algo que é essencial, não só enquanto EE mas, também, enquanto enfermeiro.

5.2. De Enfermeiro Generalista a Enfermeiro Especialista

Ao longo de todo o percurso de formação enquanto futura EE, desenvolvi atividades que me permitiram atingir competências essenciais à prática de uma enfermagem especializada. Tal como referido no RCCEE (2019, p. 4744), “(...) enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados (...)”.

Para além das competências adquiridas referidas anteriormente, considero que existem várias que são transversais a todo o percurso e a todos os estágios. Tentei, sempre que possível, promover a parceria com o cliente construindo estratégias conjuntas, suportando sempre a tomada de decisão, não só na evidência científica, como também os conhecimentos adquiridos pela experiência e ainda os princípios éticos e deontológicos da profissão.²⁴ Respeitei sempre os direitos da criança e da sua família, assegurando o seu direito à informação, à confidencialidade, à privacidade e à escolha, tendo sempre assegurado o respeito pelos valores e crenças de quem cuidava e promovendo sempre cuidados antecipatórios promotores de segurança.²⁵

Em contexto de trabalho, durante o período em que estive em estágio, tive a oportunidade de orientar uma aluna de enfermagem, algo que me fez refletir acerca da importância do enfermeiro especialista na orientação e supervisão de outrem (Apêndice XIV). A Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) tem benefícios não só para o cliente, através da melhoria das práticas, como também para o enfermeiro, a nível profissional e pessoal (Lyth, 2000). Segundo a mesma autora, a SCE irá promover uma prática reflexiva e uma consciencialização sobre a qualidade e a segurança nos cuidados. Assim, considero que a SCE é também uma estratégia de desenvolvimento, ideia corroborada pela OE (2010b) ao referirem como eixos centrais da supervisão clínica a ação, a reflexão e a colaboração. Esta experiência permitiu-me desenvolver competências de gestão de cuidados de enfermagem, mais

²⁴ A1.1 - Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas

²⁵ A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais: A2.1 - Promove a proteção dos direitos humanos; A2.2 - Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.

especificamente de supervisão, garantindo sempre a segurança e a qualidade dos cuidados prestados²⁶.

Todas as competências até então mencionadas como adquiridas foram direcionadas para o cliente e para os cuidados. Para além destas, ao longo de todo o estágio e realização deste relatório, e com o auxílio das constantes reflexões acerca das práticas e da constante busca de conhecimento, considero ter-me desenvolvido enquanto pessoa. Consegui desenvolver autoconhecimento e autocrítica, reconhecendo a minha importância enquanto profissional e pessoa, ²⁷algo que foi acontecendo de uma forma crescente e inicialmente inconsciente. Isto torna-se importante na medida em que

o Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional. (RCCEE, 2019, p. 4749).

Ao longo de todos os estágios, e com as atividades desenvolvidas, considero que fui capaz de basear os meus cuidados em evidência científica, considerando também que aumentei consideravelmente os meus conhecimentos e, assim, regularmente, a minha prática foi-se tornando cada vez mais numa Prática Baseada na Evidência (PBE) promotora de cuidados seguros e de qualidade. Quero salientar a importância desta temática indo ao encontro do RCCEE (2019) onde refere que o enfermeiro baseia a sua prática clínica especializada na evidência científica, alicerçando nela os processos de tomada de decisão.²⁸

Com a disseminação de informação, quer através de pósteres, como através de sessões de formação e ainda através da elaboração de um artigo reflexivo para publicação, consigo ser elemento facilitador de aprendizagem, atuando como formador quando necessário, identificando áreas a aprofundar, dinamizando e incentivando sempre a procura do novo conhecimento e, assim, a PBE. Assim, e como forma de conclusão, é importante pensar acerca da importância e das especificidades

²⁶ C1.2.1 - Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar; C1.2.2 - Cria guias orientadores das tarefas a delegar; C1.2.3 - Utiliza uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar; C1.2.4 - Avalia a execução das tarefas delegadas.

²⁷ D1 - Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade: D1.1 - Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro; D1.2 - Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.

²⁸ D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica: D2.1 - Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho; D2.2 - Suporta a prática clínica em evidência científica

que tem o enfermeiro especialista na promoção de um enfermagem mais enfermagem, enfermeiro este que, independentemente da sua área de especialização, tem determinadas competências que são “(...) demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.” (RCCEE, 2019, p. 4745).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relatório apresentado reflete o percurso formativo realizado, bem como as atividades e aprendizagens realizadas e adquiridas que contribuíram e incentivaram ao desenvolvimento de competências características de EE e EEESIP. Todo este percurso de desenvolvimento pessoal e profissional realizado permitiu aumentar conhecimentos essenciais à prática clínica na área da pediatria, promovendo assim uma enfermagem mais avançada e que se baseiam numa prática baseada na evidência.

Segundo o RPQCEESCJ (2015), o cuidado enquanto EE requer uma prestação de cuidados de nível avançado e com competência, promovendo a segurança e a satisfação das necessidades da criança e da sua família. Assim, cabe ao enfermeiro e mais especificamente ao EEESIP a promoção de atividades que visem a minimização do impacto dos fatores potencialmente stressantes, visando sempre a promoção da saúde, a prevenção de complicações e o autocuidado e bem-estar (RPQCEESCJ, 2015; OE, 2015). Isto deve ser feito respeitando os princípios éticos e deontológicos da profissão, incentivando a parceria e capacitação da família, algo que penso estar claro neste relatório.

Ao longo de todo o percurso, fui procurando oportunidades constantes de aprendizagem e desenvolvimento, demonstrando compaixão e empatia e adequando e personalizando sempre os cuidados às famílias, promovendo a prestação de cuidados não traumáticos e promotores de desenvolvimento e crescimento saudável, algo fundamental enquanto EEESIP. Para além disto, fui capaz de perceber a diferenciação importante que existe entre EG e EE, não só na teoria como na prática e nos cuidados observados ao longo dos estágios, tendo também sido capaz de interligar os cuidados entre várias especialidades consoante as necessidades da criança e família para atingir um bem-estar holístico.

Focando a temática central, considero ter sido capaz de desenvolver e aprofundar conhecimentos na área da gestão do risco de stress, percebendo o impacto que a exposição regular e constante a este pode ter ao nível do desenvolvimento e crescimento infantil das crianças de quem cuido. Acrescento ainda que fui elemento dinamizador no serviço, tendo contribuído para o aumento do conhecimento nesta área a vários profissionais, reforçando a importância que temos no futuro destes

recém-nascidos. Assim, penso que a concretização deste relatório e das atividades nele descritas permitiram responder à problemática identificada em contexto de trabalho, dando respostas críticas e baseadas em evidência importante.

Apesar das dificuldades sentidas ao longo dos últimos meses e da instabilidade vivida mundialmente durante a realização dos estágios devido à pandemia COVID-19, considero ter sido capaz de adaptar as atividades a desenvolver de forma a promover o meu desenvolvimento e crescimento profissional. Infelizmente, devido a essas mesmas dificuldades, algumas das atividades propostas não foram atingidas, tendo sido arrançadas soluções adequadas e igualmente pertinentes que não influenciaram a minha aquisição de competências enquanto EE e EEESIP. Considero, assim, que apesar deste fatores, consegui atingir os objetivos a que me tinha proposto no início deste percurso, sendo agora mais capaz de exercer uma enfermagem que seja mais enfermagem, mais arte, mais cuidar.

Finalizando, e segundo o Artigo 109º do CDE, o enfermeiro deve manter a atualização contínua dos seus conhecimentos através da formação permanente e aprofundada das ciências humanas, algo que pretendo continuar a desenvolver ao longo do meu percurso profissional enquanto enfermeira.

7. PROJETOS FUTUROS

A procura pelo autodesenvolvimento constante é algo essencial durante toda a vida. Finalizada esta etapa de desenvolvimento, pretendo continuar a investir e a desenvolver-me profissional e pessoalmente já que “(...) a enfermeira é um profissional clínico (...) cuja complexidade e responsabilidade do papel profissional requer um desenvolvimento contínuo e a longo termo.” (Benner, 2001, p.201).

Apesar dos avanços na área da neonatologia, e mais especificamente na área do stress neonatal, esta temática necessita ainda de aprofundamentos e pesquisa, principalmente ao nível da avaliação do risco de stress nos prematuros através da utilização de uma escala. Como um dos projetos futuros, pretendo desenvolver um projeto de investigação nesta área com o objetivo de desenvolver uma escala de avaliação de risco de stress no prematuro internado numa neonatologia com posterior validação e proposta de utilização a nível nacional.

Outro projeto que pretendo desenvolver brevemente é o curso e formação FINE (*Family and Infant Neurodevelopmental Education*), oportunidade que surgiu em contexto de trabalho após discutido com a enfermeira chefe. Este é um curso internacional com uma filosofia idêntica ao NIDCAP referido anteriormente no relatório e tem como objetivos treinar e educar profissionais que trabalhem em neonatologia para a prestação de cuidados de qualidade que visem o cuidado centrado na família promotor de desenvolvimento. É baseado na evidência, aumentando a qualidade dos cuidados prestados, dando aos profissionais conhecimento e competências específicas para cuidar de crianças no início do seu processo de desenvolvimento, direcionando os cuidados para as necessidades individuais de cada recém-nascido e família, sempre com compaixão, empatia e competência. Para além das competências que irei adquirir com esta formação, considero que será uma mais-valia para o serviço onde exerço uma vez não ser uma UCIN creditada por nenhum destes cursos, podendo vir a ser elemento de referência e até formador nesta área, área onde tenho um interesse extremo e onde pretendo investir futuramente.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 14(3), 373-382;
- Als, H. (2009). Newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP): New frontier for neonatal and perinatal medicine. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*, 2(3), 135-147;
- Altimier, L., & Holditch-Davis, D. (2020). Neurobehavioral Development. In C. Kenner, L. Altimier & M. Boykova (Eds.), *Comprehensive neonatal nursing care*, (6th ed.), (pp. 675-712). Springer Publishing Company;
- Altimier, L., & Phillips, R.M. (2013). The neonatal integrative developmental care model: Seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13(1), 9-22;
- Altimier, L., Kenner, C., & Damus, K. (2015). The wee care neuroprotective NICU program (Wee Care): The effect of a comprehensive developmental care training program on seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care of premature neonates. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 15(1), 6-16;
- Antunes, S., Fuertes, M., & Moreira, J. (2021) Um olhar sobre a grande prematuridade: a investigação com bebés nascidos com menos de 32 semanas de gestação. in M. Fuertes, C. Nunes, J. Rosa, A.R. Almeida & S. Esteves (Eds.), *Teoria, práticas e investigação em intervenção precoce II* (pp. 25-48). Escola Superior de Educação, Instituto Politécnico de Lisboa;
- Askin, D., & Wilson, D. (2014). Recém-nascido de alto risco e a família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente*, (9th ed.), (pp. 331-411). Lusociência;
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto;
- Braga, L., Salgado, P., Souza, C., Prado-Júnior, P., Prado, M., Melo, M., & Parreira, P. (2018). O modelo de Betty Neuman no cuidado ao doente com cateter venoso periférico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(19), 159-167;

- Brazelton, T. B. (2013). *O grande livro da criança: O desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (13th ed.). Editorial Presença;
- Canadian Nurses Association (2008). *Advanced nursing practice - A national framework*;
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Lusodidacta;
- Cong, X., Wu, J., Vittner, D., Xu, W., Hussain, N., Galvin, S., ... & Henderson, W. (2017). The impact of cumulative pain/stress on neurobehavioral development of preterm infants in the NICU. *Early human development*, 108, 9-16;
- Consórcio Português de Dados Obstétricos. (2021, Novembro 29). *Dados obstétricos*. <https://cpdo.virtualcare.pt/dados-obstetricos>;
- Costa, M., & Calado, G. (2019). Therapeutic environment and premature newborns development. *Revista Ibero-americana de saúde e envelhecimento*, 5(3), 1872-1888;
- Coughlin, M. E. (2017). Trauma-informed, neuroprotective care for hospitalized newborns and infants. *Infant*, 13(5), 176-179;
- Coughlin, M. E. (2014). *Transformative nursing in the NICU: Trauma-informed age appropriate care*. Springer Publishing Company;
- Coughlin, M. E. (2017a). *Trauma-informed care in the NICU: Evidenced-based practice guidelines for neonatal clinicians*. Springer Publishing Company;
- Diogo, P. (2012). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar*. Lusociência;
- Direção-Geral da Saúde (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1mês a 18 anos). Orientação nº022/2012 de 18/12/2012;
- Direção-Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013. Norma nº 010/2013 de 31/05/2013;
- Direcção-Geral da Saúde (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Orientação nº014/2010 de 14/12/2010;

- European Association for Children in Hospital (2009). *Carta da criança hospitalizada* (2^aed.);
- Eraut, M. (2007). Learning from other people in the workplace. *Oxford review of education*, 33(4), 403-422;
- Escobar, C. A., Silva, M., & Marques, S. (2019). Controlo da dor em pediatria - a experiência de utilização da mistura equimolar de protóxido de azoto. *Cadernos de Saúde*, 11(1), 36-41;
- Freese, B. (2004). Betty Neuman: Modelo de sistemas. In A. Tomey & M. Alligood (Eds.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem*, (5^aed.), (pp. 563- 589). Lusociência;
- Freitas, A. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, (15), 1-37;
- Gliorsi, M. J., Salerno, G. R. F., Callegari, M. R., Fernandes, M. F., Tropiano, L. M. D. C. C., & de Assis, S. M. B. (2020). Desenvolvimento de lactentes pré-termos– Série de casos. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(3), 6407-6423;
- Gooding, J. S., Cooper, L. G., Blaine, A. I., Franck, L. S., Howse, J. L., & Berns, S. D. (2011). Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact. *Seminars in perinatology*, 35(1), 20-28;
- Griffin, T., & Celenza, J. (2014). *Family-centered care for the newborn: The delivery room and beyond*. Springer Publishing Company;
- Halder, P., Bera, D., & Banerjee, A. (2015). Developmentally supportive care in neonatal intensive care unit (NICU): A review. *Indian Journal of Medical Research and Pharmaceutical Sciences*, 2(2), 17-23;
- Instituto Nacional de Estatística (2018). *Estatísticas Demográficas 2017*;
- Institute for Patient and Family-centered Care (s.d.). *Patient and family centered care*. <https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>;
- Jarjour, I. T. (2015). Neurodevelopmental outcome after extreme prematurity: a review of the literature. *Pediatric neurology*, 52(2), 143-152;

- Jong, M., Verhoeven, M., Lasham, C. A., Meijssen, C. B., & van Baar, A. L. (2015). Behaviour and development in 24-month-old moderately preterm toddlers. *Archives of Disease in Childhood*, 100(6), 548-553;
- Kim, A., Tak, Y., Shin, Y., Yun, E., Park, H., & Lee, H. (2020). Mothers' perceptions of quality of family-centered care and environmental stressors in neonatal intensive care units: predictors of and relationships with psycho-emotional outcomes and postpartum attachment. *Maternal and Child Health Journal*, (24), 601-611;
- Larocque, C., Peterson, W. E., Squires, J. E., Mason-Ward, M., Mayhew, K., & Harrison, D. (2021). Family-centred care in the neonatal intensive care unit: A concept analysis and literature review. *Journal of Neonatal Nursing*, 27(5), 1-7;
- Lei nº 156/2015 (2015). Procede à segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a lei nº 2/2013, de 10 de janeiro. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (Nº181 de 16-09-2015), 8059-8105. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>;
- Lyth, G. M. (2000). Clinical supervision: A concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 31(3), 722-729;
- Maatman, S. M. O., Bohlin, K., Lilliesköld, S., Garberg, H. T., Uitewaal-Poslawky, I., Kars, M. C., & van den Hoogen, A. (2020). Factors influencing implementation of family centered care in a neonatal intensive care unit. *Frontiers in Pediatrics*, 8 (222), 1-7;
- McGrath, L. & Vittner, D. (2020). Family: Essential partner in care. In C. Kenner, L. Altimier, & M. Boykova (Eds.), *Comprehensive neonatal nursing care*, (6th ed.), (pp. 753-783). Springer Publishing Company;
- Neuman, B. M., & Fawcett, J. (2011). The Neuman systems model.;
- Ogundeko, C. A., Sowunmi, C., Owopetu, C. A., Ore, T. O., & Ogunmuyiwa, A. O. (2021). Outcome of nurse-led educational intervention on synactive theory of development among nurses in neonatal intensive care unit in selected hospitals, lagos state, Nigeria. *International Journal of Academic Research in Business, Arts and Science*, 3(5), 64-74;

- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Guias Orientadores de Boas Práticas - Entrevista ao Adolescente, Promover o Desenvolvimento na Criança* (Volume 1);
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Modelo de desenvolvimento profissional: Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização de sistema de certificação de competências.*;
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Diminuir o medo da cirurgia, Assistir a criança com Diabetes Mellitus I, Assistir a criança com estoma.* (Volume 2);
- Ordem dos Enfermeiros (2013a). *Guião para a organização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem – Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*;
- Ordem dos Enfermeiros (2013b). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor da criança.* Cadernos da OE, Série 1, N6;
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização* (Série I);
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE versão 2015 - Classificação internacional para a prática de enfermagem*;
- Phaneuf, M., Salgueiro, N., Salgueiro, R. P., & Coutinho, E. C. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.* Lusociência;
- Ramada, N. C. O., Almeida, F. D. A., & Cunha, M. L. D. R. (2013). Therapeutic touch: influence on vital signs of newborns. *Einstein*, 11(4), 421-425;
- Ramezani, T., Shirazi, Z. H., Sarvestani, R. S., & Moattari, M. (2014). Family-centered care in neonatal intensive care unit: A concept analysis. *International journal of community based nursing and midwifery*, 2(4), 268-278;
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (RCEEEESIP), Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 133 de 12-08-2018), 19192-19194;
- Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 26 de 06-02- 2019), 4744-4750;

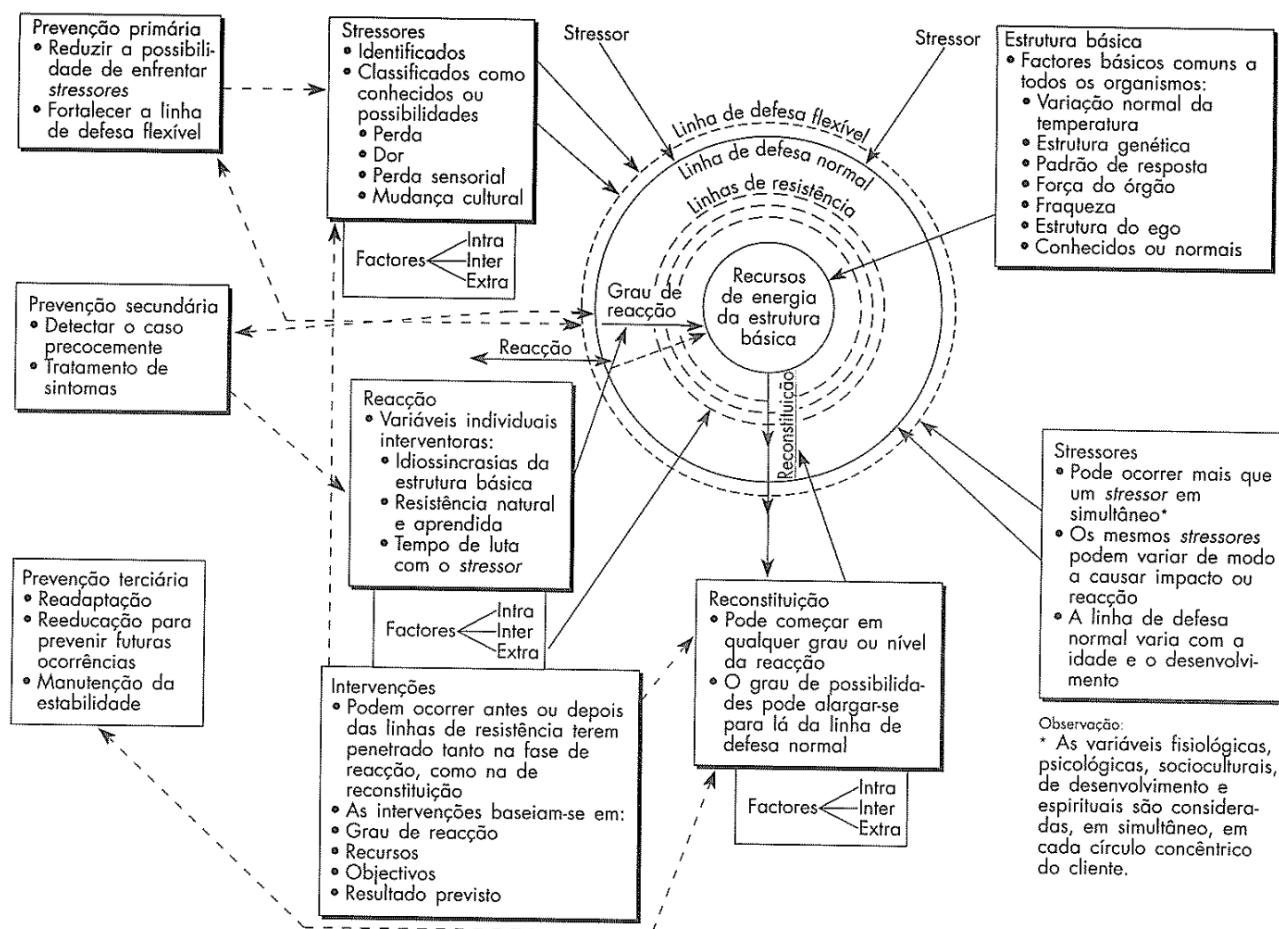
- Regulamento nº 351/2015 (2015). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem da saúde da criança e do jovem. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (Nº 119 de 22-06-2015), 16660-16665;
- Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente*, (9th ed.), (pp. 1025-1057). Lusociência;
- Santos, A. O. (2011). NIDCAP: Uma filosofia de cuidados. *Nascer e Crescer*, 20(1), 26-31;
- Tamez, R.N. (2013). *Enfermagem na UTI Neonatal* (5^a ed.). Editora Guanabara Koogan Ltda;
- The National Child Traumatic Stress Network. (2014). *Pediatric medical traumatic stress – A comprehensive guide.*;
- UNICEF (2019). *Convenção sobre os direitos da criança e protocolos facultativos*. Comité Português para a UNICEF;
- Walden, M., & Spruill, C. (2020). Pain in the Newborn and Infant. In C. Kenner, L. Altimier, & M. Boykova (Eds.), *Comprehensive Neonatal Nursing Care* (6th ed), (pp. 539-555). Springer Publishing Company;
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Lusociência;
- Weber, A., & Harrison, T. M. (2019). Reducing toxic stress in the neonatal intensive care unit to improve infant outcomes. *Nursing outlook*, 67(2), 169-189;
- World Health Organization (2012). *Born too soon: the global action report on preterm birth.*;
- World Health Organization. (2018, February 19). *Preterm birth*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>;
- World Health Organization. (2021, September 22). *The global health observatory*. [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/neonatal-mortality-rate-\(per-1000-live-births\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/neonatal-mortality-rate-(per-1000-live-births));

Zomignani, A. P., Zambelli, H. J. L., & Antonio, M. Â. R. (2009). Desenvolvimento cerebral em recém-nascidos prematuros. *Revista Paulista de Pediatria*, 27 (2), 198-203.

Anexos

Anexo I

Modelo dos Sistemas de Betty Neuman



Fonte: Freese, B. (2004). Betty Neuman: Modelo de sistemas. In A. Tomey & M. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem*, (5ªed.) (pp. 563-589). Lusociência.

Anexo II

Modelo Integrativo do Desenvolvimento Neonatal



Fonte: Altimier, L. & Phillips, R. M. (2013). The neonatal integrative developmental care model: Seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13(1), 9-22.

Anexo III

Critérios dos Cuidados Colaborativos segundo Mary Coughlin

Attributes	Criteria
Parents are integral to the comprehensive care of their hospitalized infant(s).	1. Parents have 24-hour unrestricted access to their infant(s). 2. Parents are invited and encouraged to be present and participate in bedside rounds. 3. Supportive spaces and resources are readily available for parents to include restrooms, comfortable seating, designated space for personal belongings, and other comfort resources that support parent presence.
Assessing and supporting the emotional well-being of parents are an expressed priority.	1. The unit has appropriate staffing ratios of licensed mental health professionals. 2. Parents are assessed/reassessed routinely for postpartum depression and acute stress disorder; all staff are competent and responsible for this assessment. 3. Appropriate, effective therapeutic interventions and additional crisis support resources are available, to include family support groups, a peer-to-peer support network, and other support resources (e.g., spiritual, financial).
Competence and confidence in parenting skills are mentored, supported, and validated over the hospital stay.	1. Competency-based education is provided to all parents across all facets of the core measures for age-appropriate care to include (but not limited to) breastfeeding skills, skin-to-skin (S2S) care, safe sleep, bathing and hygiene practices, infant communication cues, nonpharmacologic pain and stress strategies, and so on.
	2. All staff are culturally competent to support the parenting needs of their unique patient demographics. 3. Parents are empowered and supported in relationship building and role validating activities with their infant(s) such as the provision of routine infant caregiving, feeding activities, supporting their infant during painful/stressful procedures, and so on.

Fonte: Coughlin, M. E. (2017a). *Trauma-informed care in the NICU: Evidenced-based practice guidelines for neonatal clinicians*. Springer Publishing Company.

Anexo IV

Sequelas da Prematuridade

Sequelas físicas	Sequelas psicossociais e emocionais
Respiratórias ■ Doença crônica pulmonar/dislusia broncopulmonar ■ Propensão a infecções respiratórias ■ Complicações decorrentes de intubação prolongada ■ Síndrome de morte infantil súbita	Cognitiva ■ Deficiência cognitiva com diminuição dos coeficientes de inteligência e comportamental
Cardiovasculares ■ Hipertensão arterial ■ Hipertrofia do ventrículo direito ■ Insuficiência cardíaca congestiva	Distúrbios do aprendizado ■ Falta de coordenação visual e/ou auditiva ■ Deficiência em coordenar, planejar e organizar ■ Atraso no início da fala
Gastrointestinais ■ Refluxo gastroesofágico ■ Síndrome do intestino curto devido à enterocolite necrosante ■ Crescimento insuficiente devido à dificuldade de se alimentar, seja por aversão oral adquirida por intubação prolongada ou por inabilidade de ingerir a quantidade de nutrientes necessários para a promoção do crescimento	Emocionais e sociais ■ Autoestima baixa ■ Falta de confiança em si próprio ou nos outros ■ Muito dependente ■ Tendência à depressão e ansiedade ■ Aumento da irritabilidade ■ Falta de consciência social: comportamentos violentos ou agressivos contra si mesmo e/ou contra os outros ■ Falta de remorso ou senso de culpa
Deficiências sensoriais ■ Problemas visuais: visualização deficiente, cegueira parcial ou completa, estrabismo, astigmatismo, miopia ■ Dificuldades ou perdas auditivas	Deficiências no comportamento ■ Dificuldade em se acalmar ■ Hiperatividade ■ Dificuldade em se adaptar a novas situações ■ Deficiência de atenção ■ Alienação: autismo
Atrasos no desenvolvimento ■ Comprometimento neurológico: convulsões, paralisia cerebral ■ Deformidades relacionadas com o posicionamento incorreto e/ou prolongado na mesma posição durante a estadia na UTI neonatal	Impacto na família ■ Estresse financeiro ■ Estresse familiar, conjugal e individual ■ Envelhecimento precoce e aparecimento de problemas físicos associados com a idade avançada

Fonte: Tamez, R.N. (2013). *Enfermagem na UTI Neonatal* (5ª ed.). Guanabara Koogan Ltda;

Anexo V

Tipos de stress segundo Mary Coughlin

Positive stress

- Stress associated with everyday life, for example, immunization
- Short episode of autonomic reactivity, supported by a caring adult
- Positive adaption

Tolerable stress

- Stress associated with a more significant event and has the potential to be harmful (i.e., surgery—with appropriate or inappropriate pain management)
- The presence or absence of a supportive adult can ease or exacerbate the stress

Toxic stress

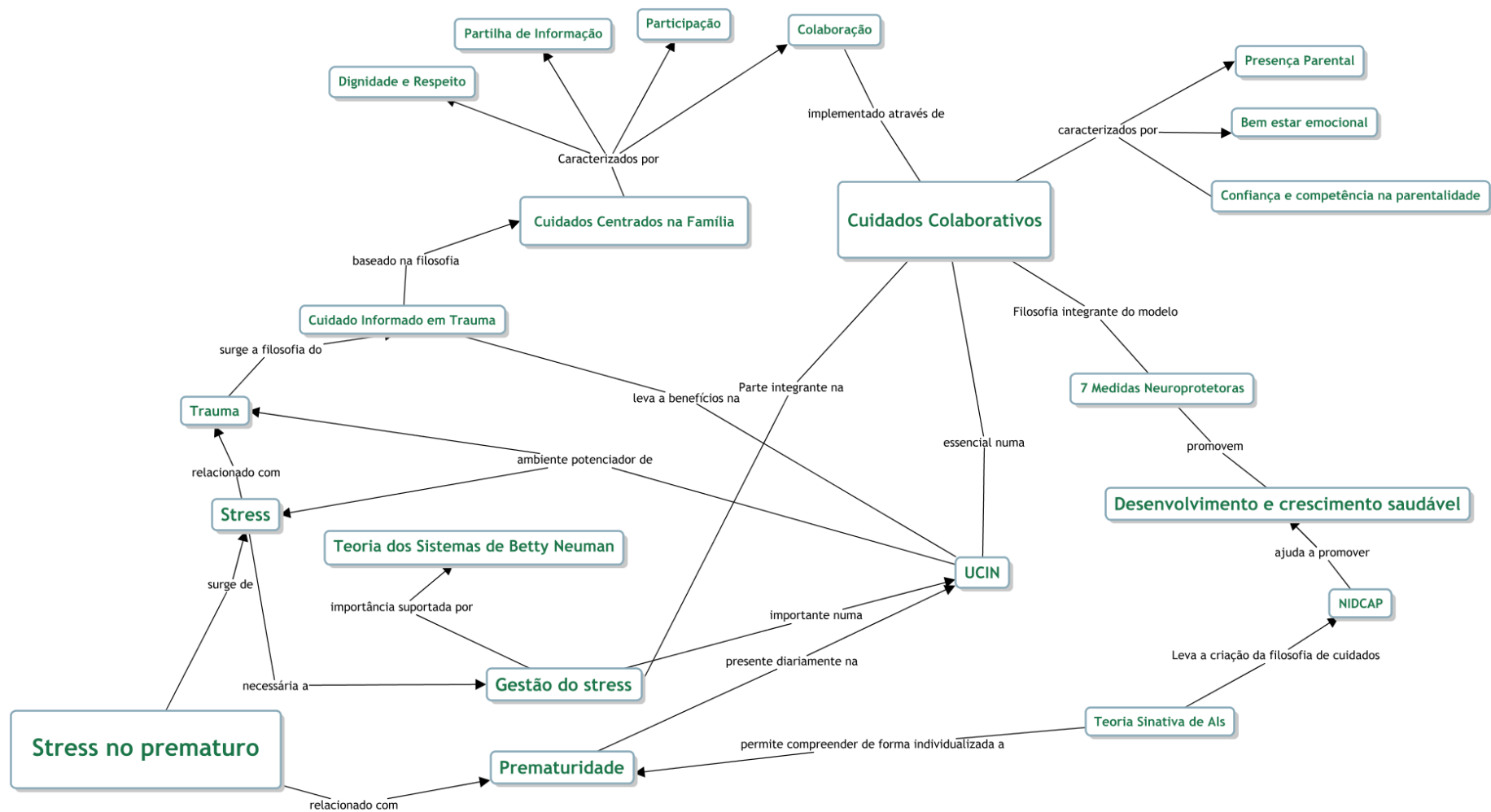
- Strong, frequent, prolonged periods of unmanaged/unrecognized stress
- Maternal separation
- Unresponsive care/caring from an adult

Fonte: Coughlin, M. E. (2017a). *Trauma-informed care in the NICU: Evidenced-based practice guidelines for neonatal clinicians*. Springer Publishing Company.

Apêndices

Apêndice I

Mapa de Conceitos



Apêndice II

Autodiagnóstico

Desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem

Competência E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.

Descritivo: considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da optimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percecionado <1 >4
E1.1 — 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. E1.1.1 — Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar. E1.1.2 — Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis. E1.1.3 — Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde. E1.1.4 — Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às Crianças / jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença. E1.1.5 — Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde. E1.1.6 — Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar. E1.1.7 — Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados. E1.1.8 — Intervém em programas no âmbito da saúde escolar. E1.1.9 — Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais. E1.1.10 — Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.		Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1_____2_____3_____4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1_____2_____3_____4 Experiência de mobilização em situação clínica 1_____2_____3_____4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1_____2_____3_____4 Observações:

E1.2 — Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem. E1.2.1 — Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas. E1.2.2 — Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais. E1.2.3 — Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal - estar psíquico. E1.2.4 — Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco). E1.2.5 — Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção. E1.2.6 — Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus -tratos. E1.2.7 — Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde. E1.2.8 — Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.		Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Observações:

Competência E2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.

Descritivo - Mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percebido
E2.1 — Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados. E2.1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória. E2.1.2 — Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico. E2.1.3 — Aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.		Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1_____2_____3_____4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1_____2_____3_____4 Experiência de mobilização em situação clínica 1_____2_____3_____4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1_____2_____3_____4 Observações:
E2.2 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. E2.2.1 — Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem. E2.2.2 — Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor. E2.2.3 — Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.		Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1_____2_____3_____4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1_____2_____3_____4 Experiência de mobilização em situação clínica 1_____2_____3_____4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)

		1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Observações:
E2.3 — Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados. E2.3.1 — Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas. E2.3.2 — Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras.		Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 ☒ 3 _____ 4 _____ Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 ☒ 3 _____ 4 _____ Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 ☒ 3 _____ 4 _____ Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 ☒ 3 _____ 4 _____ Observações:
E2.4 — 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. E2.4.1 — Demonstra conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros relativamente às terapias complementares na prática de enfermagem. E2.4.2 — Demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/ jovem. E2.4.3 — Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar		Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 ☒ 3 _____ 4 _____ Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 ☒ 3 _____ 4 _____ Experiência de mobilização em situação clínica 1 ☒ 2 _____ 3 _____ 4 _____ Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 ☒ 3 _____ 4 _____

		Observações:
E2.5 — Promove a adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade. E2.5.1 — Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem. E2.5.2 — Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação. E2.5.3 — Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada. E2.5.4 — Adequa o suporte familiar e comunitário. E2.5.5 — Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança. E2.5.6 — Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário.		Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Observações:

--	--	--

E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Descritivo - Considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, responde eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percebido
E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil. E3.1.1 — Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento. E3.1.2 — Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem. E3.1.3 — Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.		Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1_____2_____3_____4_____ Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1_____2_____3_____4_____ Experiência de mobilização em situação clínica 1_____2_____3_____4_____ Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1_____2_____3_____4_____ Observações:
E3.2 — Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais. E3.2.1— Avalia o desenvolvimento da parentalidade. E3.2.2 — Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo. E3.2.3 — Utiliza estratégias promotoras de esperança realista. E3.2.4 — Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN. E3.2.5 — Promove a amamentação.		Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1_____2_____3_____4_____ Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1_____2_____3_____4_____ Experiência de mobilização em situação clínica 1_____2_____3_____4_____

E3.2.6 — Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN. E3.2.7 — Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce.		Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 <u>4</u> Observações:
E3.3 — Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. E3.3.1 — Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família. E3.3.2 — Relaciona -se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. E3.3.3 — Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.		Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 <u>3</u> _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 <u>2</u> _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 <u>3</u> _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 <u>3</u> _____ 4 Observações:

E3.4 — Promove a autoestima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde. E3.4.1— Facilita a comunicação expressiva de emoções. E3.4.2 — Reforça a imagem corporal positiva se necessário. E3.4.3 — Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis. E3.4.4 — Reforça a tomada de decisão responsável. E3.4.5 — Negoceia contrato de saúde com o adolescente.		Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 Observações:
---	--	--

Notas Finais

Estudante: Carolina Melo França

Apêndice III

Cronograma de Estágios

[illegible]

Apêndice IV

Guia Orientador de Estágios



**11º Curso Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Guia Orientados das Atividades de Estágio

A gestão do risco de stress no prematuro:
Os cuidados colaborativos na Unidade de Neonatologia

**Carolina Matos de Sá Melo França
Nº5796**



**Lisboa
2020**



**11º Curso Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Guia Orientados das Atividades de Estágio

A gestão do risco de stress no prematuro:
Os cuidados colaborativos na Unidade de Neonatologia

**Carolina Matos de Sá Melo França
Nº5796**

Orientador: Prof.^a Maria Alice Curado



**Lisboa,
novembro de 2020**

LISTA SIGLAS/ABREVIATURA

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CMRA-CDI – Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão – Centro de Desenvolvimento Infantil

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

HFF – Hospital Fernando Fonseca

HSFX – Hospital São Francisco Xavier

MAC – Maternidade Dr. Alfredo da Costa

NCTSN - *The National Child Traumatic Stress Network*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PQCEEESCJ – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos/Intermédios Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ÍNDICE

Introdução	4
Fundamentação	5
Objetivos e Atividades.....	8
Referências Bibliográficas	14

INTRODUÇÃO

O presente documento foi desenvolvido da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e tem como objetivo resumir e providenciar o meu projeto de estágio aos enfermeiros orientadores, bem como estruturar o percurso de formação.

Este acaba por estar inserido numa das etapas do meu processo de desenvolvimento enquanto enfermeira especialista, focando temas que considero necessitar de aprofundamento. A temática central do relatório a elaborar no futuro surge de necessidades sentidas em contexto de trabalho relacionadas com a gestão do risco de stress no prematuro e a importância dos cuidados colaborativos numa neonatologia nesta gestão. Para além disso, é também um tema de extremo interesse pessoal onde pretendo investir futuramente.

Começarei por fundamentar a importância da temática na área da enfermagem e, posteriormente, seguindo-se os objetivos e as atividades que propus desenvolver para os atingir de forma a desenvolver competências comuns e específicas enquanto Enfermeira Especialista (EE), mais especificamente Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP).

FUNDAMENTAÇÃO

O ideal de que enfermagem é uma profissão que assenta no cuidar existe desde a sua criação. Para Jean Watson o cuidar é visto como o ideal moral da enfermagem, consistindo “(...) em tentativas transpessoais de humano-para-humano para proteger, aumentar e preservar a humanidade, ajudando a pessoa a encontrar significado na doença, no sofrimento, na dor e na existência” (Watson, 2002, p. 96).

O nascimento de crianças prematuras é considerado por Altimier & Holditch-Davis (2020) uma ameaça à sobrevivência, bem-estar e desenvolvimento da criança, devendo ser alvo de reflexão por parte de quem deles cuida. Os avanços ao nível da medicina têm permitido a sobrevivência de muitas crianças que nascem prematuras. Com estes avanços, e segundo Blencowe et al. (2012), mais de um em cada dez bebés nasce prematuro e a prematuridade é uma preocupação a nível mundial já que é responsável pela maioria de admissões na UCIN (Askin & Wilson, 2014).

A UCIN é caracterizada por ser um ambiente onde as crianças são sujeitas a inúmeras experiências potencialmente traumáticas e stressantes como a separação materna, o isolamento social e a gestão inadequada da dor (Coughlin, 2017). Para além disto, a mesma autora diz que a hospitalização numa UCIN representa para toda a família um trauma desenvolvimental complexo, sendo essencial pensar e refletir acerca das práticas diárias e do impacto que estas têm no futuro das crianças. Esta ideia é reforçada por Altimier e Phillips (2013) referindo que, crianças expostas constante e repetidamente a experiências dolorosas tem impacto a nível da organização cerebral da mesma, quer a curto com a longo prazo.

Assim, surge a necessidade de pensar o conceito de stress para a enfermagem. Este é definido como sendo um

“sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente; sentimento de desconforto; associado a experiências desagradáveis; associados à dor; sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo.” (OE, 2016, p.86).

Coughlin (2017) refere que existem três tipos de stress: positivo, relacionado com os eventos que ocorrem no dia-a-dia e deles surge uma adaptação positiva; o tolerável, relacionado com eventos potencialmente mais prejudiciais e significativos; e o tóxico, eu remete à presença se um estímulo stressante de forma prolongada, forte

e frequente. Tendo em conta o referido anteriormente, torna-se importante falar do conceito de trauma já que este, segundo a mesma autora, é definido como um estado psíquico e/ou comportamental desorganizado resultante de stress ou lesão física Coughlin (2017). Este conceito foi também pensado na área da pediatria médica – stress traumático médico pediátrico – pela *The National Child Traumatic Stress Network* (NCTSN), identificando este stress como sendo um conjunto de respostas da criança e da família à dor, a lesões e a procedimentos, respostas estas que podem ser do foro psicológico e fisiológico.

Torna-se então imperativo atuar nos stressors existentes no ambiente envolvente do prematuro. Para atuar no âmbito do stress vivenciado pelos clientes, Betty Neuman desenvolveu a sua teoria de enfermagem – Teoria dos Sistemas. Para a mesma, a pessoa é considerada um ser holístico e dinâmico, cujas partes se encontram em constante interação. Betty Neuman defende que a atuação de enfermagem deve focar-se na estabilidade e no bem-estar do cliente, algo que pode ser atingido através da gestão e prevenção de eventos potenciadores de stress prestando cuidados antecipatórios (Braga et al., 2018; Neuman & Fawcett, 2011; Freese, 2004). Existem, segundo a autora, três tipos de prevenção: a primária, cujo objetivo é evitar a possibilidade de stress; a secundária, correspondendo à deteção precoce e tratamento dos sintomas de stress; a terciária, que consiste na promoção de uma readaptação e reeducação com o objetivo de prevenir eventos futuros semelhantes.

Posteriormente, Heidelise Als desenvolveu a Teoria Sinactiva de Desenvolvimento, onde relacionou os conceitos de stress e prematuridade. Segundo a mesma, é essencial adaptar uma abordagem neuroprotetora ao cuidar de prematuros internados nas UCIN com o objetivo de reduzir os impactos que este tipo de hospitalização tem no desenvolvimento destas crianças, algo que pode ser obtido através da gestão e prevenção do stress (Askin & Wilson, 2014; Santos, 2011). Com o objetivo de estudar o crescimento e desenvolvimento dos prematuros, Altimier e Phillips desenvolveram o Modelo Integrativo do Desenvolvimento Neonatal. Neste, os autores identificam sete medidas padrão neuroprotetoras, enumerando intervenções de enfermagem neuroprotetoras para cada uma dessas medidas delas (Altimier & Phillips, 2013). Uma dessas medidas corresponde à diminuição da dor e do stress, demonstrando a importância deste modelo perante a temática central do documento. Algumas das intervenções identificadas pelas autoras são a promoção de cuidados

individualizados e antecipatórios e envolver e incentivar os pais na prestação de cuidados, ideia que remete para o modelo dos cuidados centrados na família, modelo este que é baseado numa parceria entre profissionais e famílias, considera a filosofia de cuidados essencial em pediatria (Maatman et al., 2020; PQCEEESCJ, 2015; Altimier & Phillips, 2013). Este tipo de abordagem na UCIN irá promover vários benefícios tais como a melhoria dos resultados a nível neurocomportamental dos prematuros, bem como promover uma tendência para o seu crescimento mais rápido (Maatman et al., 2020; Coughlin, 2014).

Resumindo, torna-se notória a importância da prestação de cuidados que promovam o neurodesenvolvimento dos prematuros enquanto futura EEESIP, cuidados baseados em evidência e que irão promover uma melhoria dos mesmos, com aumento da segurança para a criança e família. Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (PQCEEESCJ), o EEESIP tem como focos de intervenção “(...)

(...) a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida (...) (PQCEEESCJ, 2015, p. 16661).

e presta cuidados com um elevado nível de segurança e competência.

OBJETIVOS E ATIVIDADES

De modo a desenvolver competências de EE e EESIP, foram delineados os objetivos apresentados em seguida, sendo o primeiro mais direcionado para o desenvolvimento infantil em todas as faixas etárias e de desenvolvimento e o segundo mais focado na temática central do relatório a realizar:

1. Desenvolver competências específicas e comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria para a prestação de cuidados à criança, jovem e família no seu processo de saúde e doença, nos diferentes contextos e etapas de desenvolvimento:

- 1.1. Analisar a prática de cuidados do EEESIP nos diferentes contextos de saúde
- 1.2. Colaborar na prestação de cuidados à criança, jovem e família nas várias etapas de desenvolvimento

2. Desenvolver competências no âmbito da gestão do risco de stress ao cuidar da criança prematura internada numa neonatologia

- 2.1. Aprofundar conhecimentos sobre a gestão do risco de stress no prematuro
- 2.2. Desenvolver estratégias de gestão do risco de stress no prematuro internado numa UCIN

Para cada um destes objetivos (gerais e específicos), foram delineadas atividades que pretendo desenvolver consoante as experiências possíveis em contexto de estágio. Assim, foi elaborada uma tabela com as atividades, a sua descrição, o contexto onde pretendo desenvolver e a duração, bem como os recursos utilizados e os resultados esperados, finalizando com as competências identificadas no Regulamento das Competências Comuns de EE (2019) e no Regulamento das Competências Específicas do EEESIP (2018) associadas.

Objetivo Geral: Desenvolver competências específicas e comuns do EEESIP para a prestação de cuidados à criança, jovem e família no seu processo de saúde e doença, nos diferentes contextos e etapas de desenvolvimento			
Objetivo Específico: Analisar a prática de cuidados do EEESIP nos diferentes contextos de saúde			
Atividades/Descrição	Contexto/Duração	Recursos	Resultados Esperados
Acompanhamento e colaboração com o EEESIP na prestação de cuidados à criança, jovem e família nos diferentes contextos de saúde - Identifica aspetos de organização e funcionamento do serviço - Observação da atuação do EEESIP aquando a prestação de cuidados e a tomada de decisão - Observação do EEESIP como parte integrante da equipa multidisciplinar - Consulta de normas e protocolos em vigor nos diferentes contextos	<u>UCIN MAC</u> 23 Nov – 20 Dez <u>CMRA - CDI</u> 1 Mar – 14 Mar <u>UCSP Alameda</u> 15 Mar – 28 Mar 6 Abr – 16 Abr <u>IP HFF</u> 19 Abr – 16 Mai <u>UP HSFEX</u> 17 Mai – 11 Jun	Materiais: - Protocolos/normas existentes nos serviços - Legislação - Documentos da Ordem dos Enfermeiros Humanos: - EEESIP orientado no contexto de ensino clínico - Professora Orientadora	- Realização de introspeções acerca da importância da atuação do EEESIP nos diferentes contextos de cuidados
Competências Comuns do EE: A- Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal (A1.1.2.; A1.1.3; A1.1.5.; A1.2.2.; A1.2.3.); B- Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (B1.1.; B2.1.; B3); C- Domínio da Gestão dos Cuidados (C1; C2.1.); D- Domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D1; D2)			
Objetivo Específico: Colaborar na prestação de cuidados à criança, jovem e família nas várias etapas de desenvolvimento			

<i>Atividades/Descrição</i>	<i>Contexto/Duração</i>	<i>Recursos</i>	<i>Resultados Esperados</i>
Acompanhamento e colaboração com o EEESIP na prestação de cuidados à criança, jovem e família tendo com foco o desenvolvimento - Aprofundamento de conhecimentos acerca do crescimento e desenvolvimento da criança ao longo do ciclo de vida - Aprofundamento de conhecimentos acerca de instrumentos de avaliação de crescimento e desenvolvimento infantil - Colaboração com o EEESIP na avaliação e registo dos indicadores de crescimento e desenvolvimento	<u>UCIN MAC</u> 23 Nov – 20 Dez <u>CMRA - CDI</u> 1 Mar – 14 Mar <u>UCSP Alameda</u> 15 Mar – 28 Mar 6 Abr – 16 Abr <u>IP HFF</u> 19 Abr – 16 Mai <u>UP HSFX</u> 17 Mai – 11 Jun	Materiais: - Documentos existentes nos diferentes serviços - Bibliografia de referência - Referenciais teóricos - Computador - SClínico Humanos: - EEESIP orientador no contexto de ensino clínico - Professora Orientadora	- Aplicação de instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil em diferentes contextos - Realização de estudo de caso acerca de uma criança com alterações de desenvolvimento e sua família (caso possível)

Acompanhamento e colaboração com o EEESIP na prestação de cuidados à criança, jovem e família tendo com foco a comunicação • Aprofundamento de conhecimentos acerca da comunicação em pediatria, especialmente com crianças com alterações a nível do desenvolvimento • Observação participante e identificação das estratégias de comunicação ao cuidar da criança, jovem e família nos diferentes contextos • Treino de técnicas e estratégias de comunicação apreendidas durante a colaboração na prestação de cuidados • Entrevista exploratória ao EEESIP sobre estratégias de comunicação com a criança	<u>UCIN MAC</u> 23 Nov – 20 Dez <u>CMRA - CDI</u> 1 Mar – 14 Mar <u>UCSP Alameda</u> 15 Mar – 28 Mar 6 Abr – 16 Abr <u>IP HFF</u> 19 Abr – 16 Mai <u>UP HSFX</u> 17 Mai – 11 Jun		- Reflexão escrita acerca da importância da adaptação da comunicação ao cuidar de crianças com alterações a nível do desenvolvimento e suas famílias
Competências Específicas do EEESIP: E1- Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1.1.2; E1.1.4; E1.1.5; E1.1.8; E1.2); E3- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.1; E3.3)			

Objetivo Geral: Desenvolver competências no âmbito da gestão do risco de stress ao cuidar da criança prematura internada numa neonatologia

Objetivo Específico: Aprofundar conhecimentos sobre a gestão do risco de stress no prematuro

<i>Atividades/Descrição</i>	<i>Contexto/Duração</i>	<i>Recursos</i>	<i>Resultados Esperados</i>
Acompanhamento e colaboração com o EEESIP na prestação de cuidados ao prematuro e sua família, tendo com foco a gestão do stress • Consolidação de conhecimentos acerca do stress na criança e no jovem - O stress na criança, mais especificamente no prematuro - Fatores de stress no prematuro - Indicadores de risco de stress no prematuro • Entrevista exploratória ao EEESIP acerca dos protocolos/normas existentes no serviço acerca do stress	UCIN MAC 23 Nov – 20 Dez	Materiais: • Documentos existentes nos serviços • Bibliografia de referência Humanos: • EEESIP orientado no contexto de ensino clínico • Professora Orientadora	- Documento escrito com a pesquisa realizada, descrevendo os fatores e indicadores de stress no prematuro identificados

Objetivo Específico: Desenvolver estratégias de gestão do risco de stress no prematuro internado numa UCIN			
Atividades/Descrição	Contexto/Duração	Recursos	Resultados Esperados
Acompanhamento e colaboração com o EEESIP na prestação de cuidados ao prematuro e sua família, tendo com foco a gestão do stress • Identificação de estratégias utilizadas pelo EEESIP na gestão do risco de stress • Identificação de instrumentos utilizados para a avaliação do risco de stress • Observação participante na diminuição do risco de stress aquando o cuidado ao prematuro • Participação nos cuidados, promovendo a parentalidade e a vinculação seguras • Esclarecimento de dúvidas junto do EEESIP e da professora orientadores	UCIN MAC 23 Nov – 20 Dez	Materiais: • Documentos existentes nos diferentes serviços • Bibliografia de referência Humanos: • EEESIP orientado no contexto de ensino clínico • Professora Orientadora • Pais e respetivos filhos	- Realização de um Protocolo de Revisão <i>Scoping</i> - Início da pesquisa para a construção de uma escala de avaliação de risco de stress a aplicar em contexto de trabalho - Realização de sessão de formação em contexto de trabalho
Competências Específicas do EEESIP: E1- Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1.1.1; E1.1.6; E1.2.3; E1.2.7; E1.2.8); E2- Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (E2.1.1; E2.2.1; E2.5.1.); E3- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3.1; E3.2)			

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier, L., & Holditch-Davis, D. (2020). Neurobehavioral Development. In C. Kenner, L. Altimier & M. Boykova (Eds.), *Comprehensive neonatal nursing care*, (6th ed.), (pp. 675-712). Springer Publishing Company;
- Altimier, L., & Phillips, R.M. (2013). The neonatal integrative developmental care model: Seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13(1), 9-22;
- Askin, D., & Wilson, D. (2014). Recém-nascido de alto risco e a família. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente*, (9th ed.), (pp. 331-411). Lusociência;
- Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M., Chou, D. & Moller, A., (2012). *Born too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth*. Organização Mundial de Saúde (OMS);
- Braga, L., Salgado, P., Souza, C., Prado-Júnior, P., Prado, M., Melo, M., & Parreira, P. (2018). O modelo de Betty Neuman no cuidado ao doente com cateter venoso periférico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(19), 159-167;
- Coughlin, M. E. (2014). *Transformative nursing in the NICU: Trauma-informed age appropriate care*. Springer Publishing Company;
- Coughlin, M. E. (2017a). *Trauma-informed care in the NICU: Evidenced-based practice guidelines for neonatal clinicians*. Springer Publishing Company;
- Freese, B. (2004). Betty Neuman: Modelo de sistemas. In A. Tomey & M. Alligood (Eds.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem*, (5^aed.), (pp. 563- 589). Lusociência;
- Maatman, S. M. O., Bohlin, K., Lilliesköld, S., Garberg, H. T., Uitewaal-Poslawky, I., Kars, M. C., & van den Hoogen, A. (2020). Factors influencing implementation of family centered care in a neonatal intensive care unit. *Frontiers in Pediatrics*, 8 (222), 1-7;
- Neuman, B. M., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman systems model*;

- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *CIPE versão 2015 - Classificação internacional para a prática de enfermagem*;
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (RCEEEESIP), Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 133 de 12-08-2018), 19192-19194;
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 26 de 06-02- 2019), 4744-4750;
- Regulamento n.º 351/2015 (2015). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem da saúde da criança e do jovem. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (Nº 119 de 22-06-2015), 16660-16665;
- Santos, A. O. (2011). NIDCAP: Uma filosofia de cuidados. *Nascer e Crescer*, 20(1), 26-31;
- The National Child Traumatic Stress Network. (2014). *Pediatric medical traumatic stress – A comprehensive guide*;
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Lusociência.

Apêndice V

Avaliação do Desenvolvimento Infantil utilizando a escala de
Mary Sheridan

Nome B. Data de nascimento __ / __ / Processo n.º

	4 – 6 Semanas	3 M	6 M	9 M	12 M
Postura e Motricidade Global	- Em decúbito ventral – levanta a cabeça. ➡ - Em decúbito dorsal – a postura deve ser assimétrica; membro superior do lado da face em extensão. ➡ - Em tração pelas mãos – a cabeça cai. ➡ - Quando sentado(a) – dorso em arco e mãos fechadas. ➡ - Em suspensão vertical – cabeça ereta membros semi-fletidos. ➡	- Em decúbito ventral – apoio nos antebraços. - Em decúbito dorsal – postura simétrica, membros com movimentos ritmados. - Em tração pelas mãos – cabeça ereta e coluna dorsal direita. - De pé – flete os joelhos, não faz apoio.	- Em decúbito ventral – apoia-se nas mãos. - Em decúbito dorsal – levanta cabeça, membros inferiores na vertical com dedos fletidos. - Em tração pelas mãos – faz força para se sentar. - Mantém-se sentado(a) sem apoio. - De pé faz apoio.	- Senta-se sozinho(a) e fica sentado(a) 10 a 15 minutos. - Põe-se de pé com apoio mas não consegue baixar-se.	- Passa de decúbito dorsal a sentado(a). - Tem equilíbrio sentado(a). - Gatinha. - Põe-se de pé e baixa-se com o apoio de uma ou duas mãos.
Visão e Motricidade Fina	Segue uma bola pendente a 20-25 cm em ¼ de círculo (do lado até à linha média).	- Mantém mãos abertas – junta-as na linha média e brinca com elas. - Segura brevemente a roca e move-a em direção à face. - Segue uma bola pendente ¾ círculo e horizontal. - Apresenta convergência ocular. - Faz pestaneio de defesa.	- Tem preensão palmar. - Leva os objetos à boca. - Transfere objetos. - Esquece imediatamente o objeto quando este cai. - Apresenta boa convergência (estrabismo anormal).	- Tem preensão e manipulação. - Leva tudo à boca. - Aponta com o indicador. - Faz pinça. - Atira os objetos ao chão deliberadamente. - Procura o objeto que caiu ao chão.	- Explora com energia os objetos e atira-os sistematicamente ao chão. - Procura um objeto escondido. - Tem interesse visual para perto e longe.
Audição e Linguagem	Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido. ➡	Atende e volta-se geralmente aos sons.	- Segue os sons a 45 cm do ouvido. - Vocaliza sons monossílabos e dissílabos. - Dá gargalhadas.	- Tem atenção rápida para os sons perto e longe. - Localiza sons suaves a 90 cm abaixo ou acima do nível do ouvido. - Repete várias sílabas ou sons do adulto.	- Tem resposta rápida aos sons suaves, mas habitua-se depressa. - Dá pelo nome e volta-se. - Jargão (vocaliza incessantemente em tom de conversa, embora completamente impercetível). - Compreende ordens simples “dá, cá e adeus”.
Comportamento e Adaptação Social	- Fixa a face da mãe quando o alimenta. ➡ - Tem sorriso presente às 6 semanas. ➡ - Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer. ➡	- Sorri. - Tem boa resposta social à aproximação de uma face familiar.	É muito ativo(a), atento(a) e curioso(a).	- Leva uma bolacha à boca. - Mastiga. - Distingue os familiares dos estranhos.	- Bebe pelo copo com ajuda. - Segura a colher mas não a usa. - Colabora no vestir levantando os braços. - É muito dependente do adulto. - Demonstra afeto.

Sinais de Alarme

1 MÊS	3 M	6 M	9 M	12 M
- Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado(a). - Apresenta hipertonidade na posição de pé. - Nunca segue a face humana. - Não vira os olhos e a cabeça para o som (voz humana). - Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos.	- Não fixa, nem segue objetos. - Não sorri. - Não há qualquer controlo da cabeça. - Tem as mãos sempre fechadas. - Tem os membros rígidos em repouso. - Apresenta sobressalto ao menor ruído. - Chora e grita quando se toca. - Pobreza de movimentos.	- Ausência de controlo da cabeça. - Tem membros inferiores rígidos e faz passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar. - Não olha nem pega em qualquer objeto. - Apresenta assimetrias. - Não reage aos sons. - Não vocaliza. - Tem desinteresse pelo ambiente. - Apresenta irritabilidade. - Tem estrabismo manifesto e constante.	- Não se senta. - Permanece sentado(a) e imóvel sem procurar mudar de posição. - Apresenta assimetrias. - Não tem preensão palmar, não leva objetos à boca. - Não reage aos sons. - Vocaliza monotonamente ou perde a vocalização. - É apático(a), sem relação com familiares. - Engasga-se com facilidade. - Tem estrabismo.	- Não aguenta o peso nas pernas. - Permanece imóvel, não procura mudar de posição. - Apresenta assimetrias. - Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão. - Não responde à voz. - Não brinca nem estabelece contacto. - Não mastiga.

Apêndice VI

A criança e o jovem em situação de risco: Análise Reflexiva



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

A criança e o jovem em situação de risco:

Análise Reflexiva

Carolina Matos de Sá Melo França

Lisboa

2021



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

A criança e o jovem em situação de risco:

Análise Reflexiva

Carolina Matos de Sá Melo França

Orientador: Prof.^a Maria Alice Curado



**Lisboa,
abril de 2021**

Nota Introdutória

No meu estágio de cuidados de saúde primários realizado num Centro de Saúde (CS) tive a oportunidade de ser orientada pela enfermeira de referência do Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR) presente nesta Unidade de Saúde. Ao longo do estágio, fomos discutindo acerca da importância deste núcleo, bem como a sua organização e funcionamento. O presente trabalho relata as informações obtidas acerca dos NACRJ, quer junto da enfermeira orientadora quer após pesquisa, bem como a sua importância na promoção da saúde infantil e na redução dos riscos que a podem comprometer. Para além disto, relata também uma situação vivenciada durante o estágio com posterior sinalização de uma criança em risco.

Nos últimos anos, tem existido um aumento da atenção às crianças e jovens em risco por parte não só da sociedade, como também das entidades com competência para a vigilância, sendo atualmente considerado como problema de saúde pública. Estes têm impactos negativos ao longo de todo o ciclo de vida, quer a nível do bem-estar físico, como psicológico, comportamental, sexual, reprodutivo e/ou sociais, tendo repercussões negativas no crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade destas crianças.

Análise

Apesar de não lidar com esta área no meu dia-a-dia, os maus-tratos às crianças e jovens continuam a ser uma realidade na nossa sociedade. Os maus tratos na infância "(...) dizem respeito a qualquer acção ou omissão não accidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afectivo da vítima." (DGS, 2011, p. 7). A DGS considera ainda que existem vários tipos de maus tratos: negligência (incluindo abandono e mendicidade), abuso sexual, físicos e psicológicos/emocionais. Focando a negligência, esta é considerada a incapacidade de promover a satisfação das necessidades básicas da criança essenciais ao seu crescimento e desenvolvimento saudável (higiene, alimentação, afeto, educação e saúde) (DGS, 2011). Segundo a mesma entidade, existem sinais e sintomas de que a criança possa estar a sofrer de negligência tais como a carência de higiene, hematomas ou lesões inexplicadas, acidentes de repetição e o incumprimento do Programa Nacional de Vacinação, entre outros.

De forma a dar resposta a este problema de saúde pública, em 2008, foi criada a Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco (ASCJR), cujo objetivo principal foi a criação de uma resposta estruturada do Sistema Nacional de Saúde relativamente aos maus tratos, surgindo posteriormente a implementação da Rede Nacional de Núcleos de Apoio às Crianças e Jovens em Risco (RNNACJR), quer a nível de cuidados primários como hospitalares. A criação desta ação de saúde e da RNNACJR teve como objetivos a promoção dos direitos das crianças e jovens através da prevenção de maus tratos, da deteção precoce dos contextos, fatores de risco e sinais de alarme, do acompanhamento e posterior sinalização/encaminhamento dos casos identificados como de risco.

Os NACJR são constituídos por equipas de saúde multidisciplinares, incluindo enfermeiros, assistentes sociais, médicos e psicólogos. Têm como competências contribuir para a informação prestada à população, bem como sensibilizar os profissionais dos diferentes serviços acerca da problemática das crianças em risco. Desenvolvem programas de sensibilização juntamente com outras entidades, como é exemplo o Calendário dos Afetos (ANEXO I) que se encontra afixado na sala de consulta infantil de enfermagem, elaborado com o apoio das Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) como forma de sensibilização para o mês de abril, mês de prevenção dos maus tratos na infância.

Devem ser sinalizadas ao NACJR todas as situações passíveis de representar algum tipo de risco e/ou perigo para a integridade física e/ou psicológica para a criança. Todos os profissionais de saúde podem e devem proceder a esta sinalização já que, e por inerência à profissão, “(...) têm responsabilidade particular na deteção precoce de factores de risco, sinais de alarme e na sinalização de crianças e jovens em risco (...)” (Despacho nº 31292/2008, p. 49208). Esta sinalização deve ser feita diretamente com o responsável da unidade de saúde referente ou via correio eletrónico diretamente para o núcleo, através do preenchimento de uma ficha de sinalização publicada pela DGS (ANEXO II).

Estes Núcleos de Apoio à Criança e Jovem em Risco realizam reuniões em equipa semanalmente para discussão de novos casos assinalados, assegurando a articulação com outros NACJR e NHACJR (correspondem aos núcleos em meio hospitalar), com as CPCJ, com o Ministério Público e ainda com parceiros sociais.

Segundo documento fornecido pela enfermeira orientada e elaborado pelo NACJR, em 2020, o núcleo acompanhou 387 processos, sendo que a maioria das sinalizações foram relacionadas com negligência passiva (46,9%) – fragilidade social, económica e cultural suscetíveis de colocar em risco a saúde de desenvolvimento da criança – a negligência ativa (21,9%) e os maus tratos psicológicos e emocionais (17,2%). Neste documento, foi identificada em 2020 uma diminuição do número de casos abertos/referenciações ao qual relacionam com o vivenciar da pandemia COVID-19, já que esta levou a restrições no acesso aos cuidados de saúde por parte das famílias, bem como à diminuição das consultas de vigilância.

Segundo a DGS (2011) e tal como publicado em Diário da República, é essencial fazer a distinção entre os conceitos de risco e de perigo, sendo que o primeiro diz respeito à vulnerabilidade da criança/jovem de vir a sofrer maus tratos enquanto que o segundo corresponde à objetivação do risco. A intervenção nestas situações tem como objetivos proteger a criança e/ou jovem; intervir no risco para prevenir evolução para o perigo e evitar a recorrência. Foram identificados vários fatores que influenciam a ocorrência de risco de maus tratos, sendo eles os fatores de risco, de proteção e de agravamento/crises de vida.

Situação Específica Vivenciada

A., criança com 10 dias de vida, vinda referenciada de um hospital para vigilância por parte do NHACJR devido a historial materno passado de consumo de drogas e situação anterior de sem-abrigo. Mãe com 28 anos, desempregada, primeira filha. Solteira, atualmente a viver com companheiro, pai da criança, 34 anos. Bebê de termo, com um peso à nascença de 2650g, sem malformações aparentes. Tinha-se deslocado ao Centro de Saúde (CS) para realização do Diagnóstico Precoce ao 5º dia de vida da criança, tendo um peso de 2160g na altura. Segundo a enfermeira, foram reforçados ensinamentos acerca da amamentação e importância do aumento ponderal da criança, tendo voltado ao CS ao 10º dia de vida de A. para consulta de vigilância de peso, mantendo o peso de 2160g. Isto significa que ainda não tinha recuperado o peso à nascença, apresentando, segundo a enfermeira, sinais de desidratação grave, tendo sido encaminhada para a urgência pediátrica.

Ao pensar acerca da situação acima descrita, e em discussão com a enfermeira orientadora, foram identificados alguns fatores considerados de risco segundo a DGS (2011), baseada no Despacho nº 31292/2008 publicado em Diário da

República (Anexo III): relativamente às características do sistema familiar que podem potenciar contextos de risco, estão identificados como de risco a toxicodependência dos pais e contextos de crise, como o desemprego. Foi também identificado um sintoma associado aos maus tratos em geral - a desidratação ou má nutrição, sendo a má progressão ponderal desta criança considerada como um indício de uma situação de negligência. Assim, e após preenchimento da respetiva folha referida anteriormente, esta criança foi sinalizada e encaminhada para o NACJR.

Contributos ao nível da aquisição de competências enquanto EEESIP

Segundo o RPQCEESCJ (2015), o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem deve proceder à “identificação de situações de risco para a criança e jovem, onde se incluem os maus-tratos, situações de negligência e privação, abuso e comportamentos de risco.” (p. 8). Corroborando, e segundo as Competências Específicas do EEESIP (2018), este deve diagnosticar precocemente e intervir nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade da mesma da criança e jovem (E1.2.), sendo capaz de identificar situações de risco para a criança e jovem, como maus-tratos e negligência (E1.2.3), algo que foi realizado na situação anteriormente descrita.

Referências Bibliográficas

- Despacho nº 5656/2017 (2017). Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. II Série (N.º 123 de 28 de junho de 2017), 13094-13095;
- Despacho nº 31292/2008 (2008). Gabinete da Ministra. *Diário da República*. II Série (N.º 236 de 5 de dezembro de 2008), 49207-49231;
- DGS (2011). *Maus tratos em crianças e jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*;
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (RCEEEESIP), Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 133 de 12-08-2018), 19192-19194;
- Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 26 de 06-02- 2019), 4744-4750;
- Regulamento nº 351/2015 (2015). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem da saúde da criança e do jovem. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (Nº 119 de 22-06-2015), 16660-16665.

Anexo I

Calendário dos Afetos

CALENDÁRIO DOS AFETOS

SEREI O QUE ME DERES...
QUE SEJA *amor*

Uma ideia para para cada dia do mês de abril...

segunda	terça	quarta	quinta	sexta	sábado	domingo
			1 LIGA A ALGUÉM QUE NÃO VÊS HÁ MUITO TEMPO 	2 JOGA ÀS ESCONDIDAS COM ALGUÉM DA TUA FAMÍLIA 	3 LÊ UM LIVRO 	4 PINTA OVOS DA PÁSCOA BOA PÁSCOA! 
5 FAZ UM PUZZLE EM FAMÍLIA 	6 DANÇA 	7 LIMPA O TEU QUARTO 	8 PRÁTICA DESPORTO 	9 FAZ UM PIQUENIQUE EM CASA 	10 FAZ UMA CAÇA AO TESOURO EM CASA 	11 VÊ FOTOS ANTIGAS 
12 FALA COM A TUA FAMÍLIA SOBRE SEGURANÇA 	13 CANTA COM A TUA FAMÍLIA 	14 SEMEIA UM FEIJÃO 	15 DESENHA COM A TUA FAMÍLIA 	16 FAZ ALGUÉM sorrir 	17 COZINHA EM FAMÍLIA 	18 AJUDA NUMA TAREFA DOMÉSTICA 
19 APRENDE UMA MÚSICA 	20 FAZ RECORTES DE UM JORNAL/REVISTA E CRIA UMA OBRA DE ARTE 	21 FAZ UM BOLO 	22 VÊ AS ESTRELAS DA TUA JANELA 	23 VÊ UM FILME EM FAMÍLIA 	24 FAZ UM ELOGIO A ALGUÉM 	25 JOGA A UM JOGO DE TABULEIRO COM A TUA FAMÍLIA 
26 ENSINA ALGUÉM A BRINCAR 	27 DESCOBRE UM TALENTO 	28 FAZ UM TEATRO PARA A TUA FAMÍLIA 	29 LÊ UMA HISTÓRIA A ALGUÉM 	30 MONTA UMA TENDA EM TUA CASA E FAZ UM ACAMPAMENTO 		

ABRIL — MÊS DA PREVENÇÃO
MAUS TRATOS NA INFÂNCIA 2021



LISBOA
CÂMARA MUNICIPAL

Anexo II

Ficha de Sinalização e Articulação para os Serviços de Saúde

Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco
- Ficha de Sinalização e Articulação para os Serviços de Saúde -

A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM			
Nome:		Masc. ☐ Fem. ☐	Data Nasc.: ____/____/____ Idade: ____ e ____
Morada:		Localidade:	Cód. Postal: ____-____
Telefone:	Telemóvel:	N.º Utente:	
Centro de Saúde:		Jardim de Infância/Escola:	
Médico de Família:			
Dados da Mãe/Pai ou Pessoa Responsável:		Outras informações de interesse:	
B - MOTIVO DE SINALIZAÇÃO			
Identificação da suspeita de situação de mau-trato			
Mau-trato físico ☐	Negligência grave ☐		
Mau-trato psicológico/emocional ☐	Abandono ☐		
Abandono afectivo ☐	Disfuncionalidade parental/familiar ☐		
Abuso sexual (suspeita) ☐	Abuso sexual (confirmado) ☐		
Problemas comportamentais - agressividade contra outros (família, amigos, professores), agitação ☐	Problemas comportamentais (auto-agressividade, ideação suicida, desorientação, confusão, apatia) ☐		
Comportamentos aditivos nos cuidadores (álcool, substâncias ilícitas, jogo, etc.) ☐	Absentismo escolar ☐		
Dificuldade de aprendizagem sem défice cognitivo ☐	Outros motivos ou comentários		
Solicita-se que os sinais/sintomas/indicadores e/ou factores de risco, observados para a presente sinalização, sejam identificados no documento em anexo.			
Grau de Suspensão ☐ Suspeita: ☐ Obs. isolada ☐ Obs. reiterada ☐		Evidência: ☐ Obs. isolada ☐ Obs. reiterada ☐	
Gravidade/Intensidade	Ligeiro ☐	Médio ☐	Grave ☐ Muito Grave ☐

Anexo III

Intervenção na deteção de fatores de risco/proteção/agravamento nos maus tratos
da DGS

Detecção			Objectivos da intervenção	Intervenções a realizar	Metodologia	Responsável pela intervenção
Factores de risco	Factores de protecção	Factores de agravamento				
Na criança/jovem: ■ Nascimento prematuro/baixo peso ■ Temperamento difícil ■ Filho não desejado ■ Défice físico ou psíquico ■ Doença crónica ou perturbações do desenvolvimento ■ Problemas de comportamento (agressividade, oposição, mentiras, absentismo escolar, etc.) ■ Insatisfação das expectativas dos pais (sexo, saúde, temperamento, etc) ■ Excessiva dependência ou alheamento ■ Viver em lar ou instituição Familiares/contextos de vida ■ Cuidadores vítimas de maus tratos em criança ■ Défice de competências parentais ■ Perturbações emocionais, mentais ou físicas que os impedem de reconhecer e responder adequadamente às necessidades da criança ■ Disciplina demasiado rígida e autoritária ou inconsistente ■ História de comportamento violento e/ou anti-social ■ Desajustamento psicossocial / comportamentos aditivos (abuso de substâncias, criminalidade, prostituição, etc.) ■ Relações familiares conflituosas ■ Inexistência de condições de habitabilidade ■ Incapacidade de procurar/utilizar os recursos comunitários ■ Ausência de suporte socio-familiar ■ Ausência prolongada de um dos cuidadores ■ Família disfuncional ■ Insegurança económica /pobreza	Na criança/jovem: ■ Bom nível de desenvolvimento global ■ Temperamento fácil ■ Vinculação segura à família/adulto de referência ■ Capacidade de resolução de problemas e/ou pedir ajuda quando necessário ■ Sucesso escolar ■ Desejo de autonomia e comportamento exploratório ■ Grupo de pares pró-social Familiares/contextos de vida ■ Boas competências parentais ■ Boa rede de suporte familiar e social ■ Família organizada, com regras e controle da criança ■ Boa integração comunitária ■ Capacidade de acesso aos serviços de apoio comunitários (serviços sociais, educação, saúde, entre outros) ■ Segurança económica	■ Ruptura e reconstituições familiares (separação, divórcio, cisão, conflito, etc.) ■ Luto ■ Doença súbita grave ■ Início de cuidados a pessoa dependente ■ Desemprego ■ Migração ■ Alteração brusca da situação laboral/económica ■ Institucionalização ■ Detenção/prisão ■ Desastre natural ■ Conflito armado	■ Prevenir o aparecimento dos maus tratos ■ Colaborar com os cuidadores no desenvolvimento das competências parentais	■ Manter atitude activa e receptiva na recolha da informação ■ Observar continuamente a evolução dos factores de risco/de protecção e especificamente o aparecimento de sinais de alerta e/ou de sinais ou sintomas de maus tratos ■ Apoiar os pais nas intervenções específicas e reforçar as competências que revelam	■ Programa-tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil - Recolha e registo de informação relacionada com os factores de risco e/ou com as suas consequências no cuidar da criança/jovem ■ Aumento da frequência dos actos de vigilância, se necessário ■ Avaliação da gravidade da situação ■ Observação periódica ■ Visitação Domiciliária, quando possível ■ Observação periódica ■ Articulação entre os profissionais das diferentes Unidades Funcionais do ACES, dos hospitais e de outros parceiros do 1.º nível de intervenção	■ Médico/ Enfermeiro/ Psicólogo, se aplicável ■ Médico/ Enfermeiro/ Psicólogo, se aplicável ■ Enfermeiro/ Assistente Social ■ Médico/ Enfermeiro/ Assistente Social/ Psicólogo

Apêndice VII

Póster: *Dormir bem, Crescer saudável/Sleep well to Grow Healthy*

DORMIR BEM CRESCER SAUDÁVEL

FUNÇÕES DO SONO

- Permite o crescimento e desenvolvimento do Sistema Nervoso Central;
- Promove a recuperação de energia, a capacidade de defesa contra as infeções e assegura várias funções hormonais;
- Filtra toda a informação do dia facilitando o processo de retenção de memória.



Sabia que existe o Dia Mundial do Sono?



INTERVÉM

Capacidade de concentração
Aprendizagem
Controlo de emoções
Vida Familiar

Horas de sono recomendadas

Idade:	Tempo Recomendado:
0 - 3 meses	14 - 17 horas
4 - 11 meses	12 - 16 horas
1 - 2 anos	11 - 14 horas
3 - 5 anos	10 - 13 horas
6 - 13 anos	9 - 11 horas
14 - 17 anos	8 - 10 horas
18 - 25 anos	7 - 9 horas

Segundo a Sociedade Portuguesa de Pediatria e Associação Portuguesa do Sono
Horas e de acordo com a idade, distribuídas pelas 24 horas do dia

Consequências da privação do sono na criança



Curto Prazo

- Irritabilidade/birras
- Maior reatividade emocional
- Humor variável
- Falta de atenção
- Incapacidade de concluir tarefas
- Perturbação da memória
- Agressividade
- Impulsividade
- Diminuição da destreza motora
- Aumento de lesões acidentais e quedas frequentes

Longo Prazo

- Mau rendimento escolar
- Défice de atenção
- Ansiedade / Depressão
- Hipertensão arterial
- Obesidade



Conselhos de Higiene do Sono

- 1 Ter uma rotina de sono regular e consistente
- 2 Promover um ambiente seguro, calmo, confortável e silencioso
- 3 Incluir atividades relaxantes e calmantes, organizadas segundo a mesma ordem todas as noites (como contar histórias, dar banho ou cantar músicas de embalar)

A partir da Idade Escolar

- 4 Diminuir a exposição a equipamentos eletrónicos
- 5 Evitar alimentos e bebidas estimulantes à noite, não ingerindo líquidos em excesso antes de dormir
- 6 Evitar atividades energéticas como o exercício físico nas horas que antecedem o deitar

ars|lv
Lúcia e Val de Paix

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Março, 2021

Trabalho realizado no âmbito do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria por Carolina Melo França e Inês Cavalaria

Bibliografia

Patino, Y., Del, R., & Maman, A. (2016). Sleep quality and obesity in young subjects: a meta-analysis. *Obesity reviews*, 17(11), 1154-1166. Rang, T. (2019). Sleep and Early Brain Development. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 44-53. Mindell, J. A., & Williamson, A. A. (2014). Benefits of a bedtime routine in young children: Sleep, development, and beyond. *Sleep Medicine Reviews*, 19-30. Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. A. (2020). Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Lúcia. Sociedade Portuguesa de Pediatria. (1 de Junho de 2017). Sociedade e Serviços da SP - Pediatria Social Para os Pais. Obtida da Sociedade Portuguesa de Pediatria: <https://www.spp.pt/comunicacao/educacao/10-087>. Sociedade Portuguesa de Pediatria e Associação Portuguesa do Sono. (16 de Março de 2016). Dia Mundial do Sono. Obtida de Criança e Família: <http://criancaefamilia.spp.pt/promocao-da-saude/dia-mundial-do-sono.aspx>

SLEEP WELL TO GROW HEALTHY



SLEEP FUNCTIONS

- Enables **growth** and **development** of the **Central Nervous System**;
- Promotes **energy recovery**, defense against **infections** and assures several **hormonal functions**;
- **Filters** all the information of the day promoting the **memory** retention process.

Did you know that the World Sleep Day exists?



INTERVENE

Concentration capacity
Learning
Control of emotions
Family Dynamics



Recommended sleep hours

Age:	Recommended time:
0 - 3 months	14 - 17 hours
4 - 11 months	12 - 16 hours
1 - 2 years	11 - 14 hours
3 - 5 years	10 - 13 hours
6 - 13 years	9 - 11 hours
14 - 17 years	8 - 10 hours
18 - 25 years	7 - 9 hours

Claimed by the Portuguese Pediatrics Society and by the Portuguese Sleep Association according to age, distributed for the 24 hours/day



Repercussions of sleep deprivation in childhood

Short Term

- Irritability/tantrums
- Greater emotional reactivity
- Variable mood
- Lack of attention
- Inability to complete tasks
- Memory impairments
- Aggressiveness
- Impulsivity
- Decrease of motor dexterity
- Increase in accidental injuries and frequent falls

Long Term

- Poor school performance
- Short attention span
- Anxiety/ Depression
- Arterial hypertension
- Obesity



Sleep Hygiene Advice

- 1 Have a **regular and consistent** sleep routine
- 2 Promote a **safe, calm, comfortable and quiet** environment
- 3 Include **relaxing and soothing activities organized in the same order every night** (like telling stories, giving bath or sing lullabies)

From School Age On

- 4 Decrease exposure to **electronic equipment**
- 5 Avoid **energizing food and drinks at night**, avoiding ingestion of liquids in excess before bed.
- 6 Avoid **energetic activities** such as physical exercise in hours before bedtime

arsivt
Linha 1 Vão de Nô

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

March, 2021

Work carried out within the scope of the 11th Master's Course in Nursing in the Specialization Area of Child Health Nursing and Pediatrics by Carolina Melo França and Inês Cavalaria

Bibliography

Faloutsos, Y., Dai, R., & Maman, A. (2004). Sleep quality and obesity in young subjects: a meta-analysis. Obesity reviews, 7(11), 1154-1166. Wang, F. (2019). Sleep and Early Brain Development. Annals of Nutrition and Metabolism, 44-53. Mindell, J. A., & Williamson, A. A. (2010). Benefits of a bedtime routine in young children: Sleep, development, and beyond. Sleep Medicine Reviews, 12(10), 500-508. Rutter, A. L., & Bartlett, J. (2010). Excess weight in children and young people. The British Medical Journal, 340, c7000. Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2017). Sociedade e Saúde da Infância. (10 de Março de 2016). Dia Mundial do Sono. Obtido de Criança e Família. <http://criancaefamilia.agg.pt/promocao-de-saude/dia-mundial-do-sono.aspx>

Apêndice VIII

Certificados de coragem



CERTIFICADO DE CORAGEM

Certifica-se que



superou o internamento com bravura!



O/A ENFERMEIRO/A



CERTIFICADO DE CORAGEM

Certifica-se que



superou o internamento com bravura!



O/A ENFERMEIRO/A

Apêndice IX

Estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança



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

**Estratégias não farmacológicas no alívio da dor na
criança:
Vivência nos contextos de estágio**

Carolina Matos de Sá Melo França



**Lisboa
2021**



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

**Estratégias não farmacológicas no alívio da dor na
criança:
Vivência nos contextos de estágio**

Carolina Matos de Sá Melo França



Orientador: Prof.^a Maria Alice Curado



**Lisboa,
agosto de 2021**

A ocorrência de procedimentos potencialmente dolorosos, stressantes ou a sensação de medo é uma realidade diária na pediatria. Segundo o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem da Ordem dos Enfermeiros (2011), existe um número crescente de crianças com perturbações emocionais e cognitivas que podem ser diminuídas aquando uma gestão da dor adequada (OE, 2011). A *International Association for the Study of Pain* (IASP) define dor como sendo uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou relacionada com uma dano real ou potencial (IASP, 2017).

A dor é caracterizada por ser uma experiência pessoal, influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais e, embora esteja associada a um papel adaptativo, esta pode ter efeitos nocivos a nível do bem-estar social e psicológico (IASP, 2017). Pensando em pediatria, a dor pode evocar respostas fisiológicas, metabólicas, emocionais, comportamentais e motoras negativas nas crianças (Walden & Spruill, 2020; OE, 2013). Atualmente, e devido à sua importância nos cuidados, no bem-estar do cliente e na sua qualidade de vida, a dor é considerada como o 5º sinal vital, algo que enfatiza a importância de, enquanto enfermeiros, atuarmos para a prevenirmos (OE, 2013; DGS, 2003). Também no Artigo 4º da Carta da Criança Hospitalizada é reforçada a importância da gestão da dor, referindo que as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo (EACH, 2009).

Então, e tal como referido pela OE (2013), os enfermeiros devem adotar estratégias de forma prevenir a dor, monitorizar a intensidade da mesma através de escalas, utilizar estratégias não farmacológicas e farmacológicas no controlo da dor e envolver as famílias nas mesmas. Assim, e enquanto EEESIP, o modelo de cuidados a utilizar deve centrar-se na necessidade de preservação da segurança e bem-estar da criança e família, independentemente da sua situação (OE, 2013). Compete então aos EEESIP a gestão diferenciada da dor e do bem-estar referido anteriormente através de medidas não farmacológicas no combate à mesma.

Tendo em conta o suprarreferido, foram elaboradas tabelas referentes aos cuidados antecipatórios não farmacológicos de controlo da dor na criança observados e realizados durante o estágio em alguns contextos. Para além disto, foi estabelecida uma relação entre as intervenções de enfermagem, as orientações dos Cadernos da Ordem dos Enfermeiros (OE) e as competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP) adquiridas.

Observado e realizado em estágio (UCIN)	Orientações OE	Benefícios para a criança e família	Competências de EEESIP Adquiridas
- utilização de capas protetoras nas incubadoras; - utilização de meios de contenção para posicionamento terapêutico; - presença e participação dos pais nos cuidados; - utilização do método canguru; - utilização da sucção não nutritiva e da sacarose a 24%; - promover a amamentação / extração do leite materno; - tentativa de concentrar os cuidados com os restantes profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, terapeutas da fala e fisioterapeutas) o que nem sempre foi possível.	- redução da incidência de luz sobre o recém-nascido; - posicionamento adequado do recém-nascido; - método canguru; - sucção não nutritiva; - utilização do leite materno; - utilização da sacarose 24%; - concentração de manipulações	- intervenções que promovem o alívio de dor (contacto físico com os pais, sacarose 24%, SNN e leite materno); - promovem a neuroprotecção e, com isso, um crescimento e desenvolvimento saudável das crianças; - promove a vinculação; - promovem a presença e participação parental.	E2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor; E3.2.2. Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo; E3.2.3. Utiliza estratégias promotoras de esperança realista; E3.2.4. Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN; E3.2.5. Promove a amamentação; E3.2.6. Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN; E3.2.7. Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce.

Observado e realizado em estágio (Cuidados Primários)	Orientações OE	Benefícios para a criança e família	Competências de EEESIP Adquiridas
- presença e participação dos pais / elementos de referência; - realização do diagnóstico precoce com a criança ao colo de um dos pais; - explicação das etapas e da importância dos procedimentos a executar (como a vacinação e o diagnóstico precoce), adequando o discurso à cultura e língua falada por parte da criança/família (inglês e em algumas situações com o auxílio de plataformas de tradução para facilitar a comunicação); - utilização da sucção não nutritiva e da sacarose a 24%; - amamentação / extração do leite materno;	- pais vistos como principais cuidadores da criança, devendo, sempre que possível e desejado, estarem presentes e participar; - informar a criança e família acerca da importância do procedimento a ser executado; - posicionamento adequado do recém-nascido; - sucção não nutritiva; - utilização do leite materno; - utilização da sacarose 24%;	- intervenções que promovem o alívio de dor (contacto físico com os pais, sacarose 24%, SNN e leite materno); - promovem um crescimento e desenvolvimento saudável das crianças; - promove a vinculação; - promovem a presença e participação parental; - promove confiança e posterior procura pelos cuidados primários quando necessário;	E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde; E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; E1.1.5. Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; E1.1.6. Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar;

			E2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor; E3.2.2. Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo; E3.2.4. Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN; E3.2.5. Promove a amamentação; E3.2.6. Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN; E3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família; E3.3.2. Relaciona -se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura
--	--	--	--

Observado e realizado em estágio (Internamento Pediátrico)	Orientações OE	Benefícios para a criança e família	Competências de EEESIP Adquiridas
- explicitação prévia sobre em que consiste o procedimento a realizar, adequando o discurso à idade da criança e à família; - exemplificação do procedimento num boneco ou elemento significativo da família (exemplo observado: medicação da temperatura, colocação de oxigénio por máscara, realização de medicação nebulizadora e punção venosa); - utilização de técnicas de distração como o cantar, brincadeiras como o 'cucu' e exercícios de respiração; - incentivo à participação da criança e dos pais, através de reforço positivo e elogiando a criança ao longo do procedimento (elaborado Certificado de Coragem para incentivar este tipo de intervenção); - presença da equipa Nariz Vermelho através de um <i>robot</i> (isto devido às	- fornecer informação antecipatória; - distrair, utilizando técnicas que direciona a atenção da criança para outras situações que não o procedimento doloroso; - reforço positivo; - imaginação guiada; - simulação ou modelação, através da demonstração do procedimento noutra criança/adulto; - arteterapia, como a música, teatro, escrita e desenho.	- reduz ansiedade e medo, tornando a experiência o menos traumática possível para a criança e família; - promove o elogio e com isso sensação de superação da criança; - permite informar a criança e sugerir comportamentos que a ajudem a lidar com a dor; - pode ajudar a criança a falar e a ganhar controlo sobre a sua dor; - permite o desenvolvimento de estratégias cognitivas, comportamentais e sensoriais que favorecem o controlo da dor associada aos procedimentos, estimulando a criatividade.	E1.1.1. Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar; E1.1.2. Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; E1.1.3. Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde; E1.1.4. Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença; E1.2.1. Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas; E1.2.2. Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais; E1.2.3. Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal -estar psíquico;

limitações de visitas nos serviços tendo em conta a pandemia); - presença de brinquedos nos quartos das crianças bem como material para pintar; - existência de um kit dor na sala de tratamentos, composto por material didático distribuído por idades, a utilizar aquando procedimentos potencialmente dolorosos; - possibilidade de a criança ir para o bloco operatório através de um carro elétrico em substituição à maca; - presença de um acompanhante significativo 24h junto da criança; - paredes com desenhos coloridos e estimulantes; - cuidados prestados através de uma equipa multidisciplinar, incluindo terapeutas educacionais e ocupacionais.			E2.2.1. Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem; E2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor; E2.5.2. Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de <i>coping</i> e de adaptação; E3.1.1. Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento; E3.1.2. Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem; E3.1.3. Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.
---	--	--	---

Referências Bibliográficas

- Direção-Geral da Saúde (2003). A Dor como 5º sinal vital – Registo sistemático da intensidade a Dor. *Circular Normativa nº9*;
- European Association for Children in Hospital (2009). *Carta da criança hospitalizada* (2ªed.);
- Ordem dos Enfermeiros (2013b). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor da criança*. Cadernos da OE, Série 1, N6;
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (RCEEEESIP), Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 133 de 12-08-2018), 19192-19194;
- Regulamento nº 351/2015 (2015). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem da saúde da criança e do jovem. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (Nº 119 de 22-06-2015), 16660-16665;
- Walden, M., & Spruill, C. (2020). Pain in the Newborn and Infant. In C. Kenner, L. Altimier, & M. Boykova (Eds.), *Comprehensive Neonatal Nursing Care* (6th ed), (pp. 539-555). Springer Publishing Company;
- International Association for the Study of Pain. (2017, December 14). *Terminology*. Terminology | International Association for the Study of Pain (iasp-pain.org).

Apêndice X

Póster: *O Stress no Recém-nascido*

O Stress no Recém-Nascido

Definido como:

- sentimento de ansiedade e pressão, não sendo capaz de funcionar adequadamente física e mentalmente;
- sentimento de desconforto associado a experiências desagradáveis e à dor (OE, 2016).

EVENTOS POTENCIADORES DE STRESS NO RECÉM NASCIDO

- Hospitalização ● Fome ● Separação Parental
- Procedimentos potencialmente dolorosos ● Frio

Afeta o desenvolvimento e crescimento saudável do recém-nascido, diminuindo a qualidade de vida e o bem-estar de toda a família

Intervenções de Enfermagem que reduzem o stress

Prestar cuidados não traumáticos

Cuidados baseados na filosofia *trauma-informed care* (ou cuidados informados em trauma)

Os cuidados devem prevenir e/ou minimizar o impacto negativo nos procedimentos potencialmente traumáticos

Exemplos de estratégias promotoras de cuidados não traumáticos:

- Sucção não nutritiva
- Utilização da Sacarose 24%
- Toque/contenção
- Agrupar os cuidados de forma a não interromper os ciclos de sono do recém nascido
- **Incentivar e promover a presença parental**

Promover os cuidados centrados na família

Parceria entre profissionais e família nos cuidados ao recém-nascido

Promovem:

- Satisfação parental
- Melhoria dos resultados a nível neurocomportamental dos recém-nascidos
- Tendência mais rápida de crescimento

Tipos de stress

- **positivo** - associado à vida do dia a dia e a uma adaptação positiva;
- **tolerável** - relacionado com eventos mais significativos e potencialmente prejudiciais;
- **tóxico** - refere-se a uma exposição forte, frequente e prolongada a um estímulo stressante (como a dor e a separação parental).

(Coughlin, 2017a)

IMPACTO DO STRESS NOS RECÉM-NASCIDOS

- consequências a nível físico, cognitivo, afetivo e comportamental;
- contribui para o desenvolvimento de perturbações de ansiedade e depressão futuras;
- afeta domínios como a linguagem, memória e atenção;
- pode levar a um menor controlo comportamental e ao isolamento social;
- aumenta a suscetibilidade de desenvolver dor crónica a longo prazo.

Trabalho Realizado por Carolina Melo França no âmbito do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria em Maio 2021. Enfermeira Orientadora: Rosário Almeida; Professora Orientadora: Mª Alice Curado.

Bibliografia: Barquet López, M., Míndez López, M., & Arias Pérez, J. L. (2017). Impact of stress in childhood: Psychobiological alterations. *Antecedentes, Psicoterapia, Burke, N. N., Finn, D. P., McGuire, B. E., & Roche, M. (2017). Psychological stress in early life as a predisposing factor for the development of chronic pain: clinical and preclinical evidence and neurobiological mechanisms. Journal of neuroscience research, 95(6), 1257-1270; Coughlin, M. E. (2017a). Trauma-informed care in the NICU: Evidence-based practice guidelines for neonatal clinicians. New York: Springer Publishing Company; Coughlin, M. (2017b). Trauma-informed, neuroprotective care for hospitalized newborns and infants. *Infant, 13(5), 176-179; Lipp, M. (2020). Stress em crianças e adolescentes. Papirus Editora; Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Cadernos da OE, 1(6); Ordem dos Enfermeiros. (2016). CPE versão 2015 - Classificação internacional para a prática de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.**

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Apêndice XI

A criança com paralisia cerebral: Análise reflexiva



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

A criança com paralisia cerebral:

Análise Reflexiva

Carolina Matos de Sá Melo França

**Lisboa
2021**



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

A criança com paralisia cerebral:

Análise Reflexiva

Carolina Matos de Sá Melo França

Orientador: Prof.^a Maria Alice Curado

**Lisboa,
abril de 2021**

Nota Introdutória

Neste local de estágio, os internamentos surgiam de procedimentos cirúrgicos (como amputações e cirurgia corretiva de luxação das ancas) e necessidade de reabilitação física, relacionada com lesões medulares provenientes de acontecimentos traumáticos como quedas. Durante o mesmo, tive oportunidade de colaborar nos cuidados a várias crianças, principalmente com paralisia cerebral ou lesões medulares. Acabei por me focar mais numa criança com uma paralisia cerebral grave, internamente para tratamento cirúrgico de luxação das ancas, criança esta que já se encontrava institucionalizada previamente ao internamento devido ao seu nível de dependência. Esta situação em específico tornou-se do meu interesse pois a criança em questão tinha sido um extremo prematuro e tinha um valor de 21 na Escala de Medida de Independência Funcional (MIF), valor este que, segundo a DGS (2011) implica um incapacidade funcional grave

Análise Reflexiva

A temática relacionada com atrasos no desenvolvimento tem sido uma área de interesse e investigação por várias áreas da saúde. Segundo Silveria, Werle, Soccol e Tisott (2021), o avanço tecnológico e os achados na saúde têm, cada vez mais, possibilitando um aumento da sobrevida na infância, algo que contribui para a manutenção da vida de crianças com doenças graves e/ou incapacitantes, como é o caso da Paralisia Cerebral (PC).

A paralisia cerebral é a deficiência motora mais frequente na infância afetando, nos países mais desenvolvidos, entre 1,7% e 2,2% das crianças (PVNPC5A, 2018). A PC é resultado de lesões não progressivas que ocorreram no cérebro imaturo, caracterizada por comprometimentos neuromotores variados do movimento e da postura que causam limitações em atividades funcionais (Barbosa, 2014). As suas repercussões são variadas, podendo determinar alterações motoras, posturais, sensoriais, comportamentais, cognitivas e da comunicação (Magalhães et al, 2011). Os défices sensoriais, como a audição e a visão, o défice cognitivo e as perturbações da comunicação e da função oromotora são fatores essenciais que influenciam e

limitam a interação da criança com o meio que a envolve (Magalhães et al, 2011). A evolução e melhoria dos cuidados e apoios disponíveis nos países mais desenvolvidos tem permitido uma sobrevivência das crianças com PC até à idade adulta (PVNPC5A, 2018). Assim, “(...) o custo individual e social provocado pela paralisia cerebral grave é imenso. Os graves déficits motores apresentados influenciam o comportamento emocional e social da criança, resultando num desenvolvimento global atrasado.” (Souza & Mitre, 2009).

Existem vários fatores de risco para a ocorrência de PC na infância como socio-demográficos e relacionados com a gravidez, o parto e o período neonatal. A prematuridade é considerada um dos fatores de risco mais predominantes, sendo que quanto mais baixa a idade gestacional ao nascer, maior o risco de desenvolver PC (tabela 1).

Tabela 1. Taxa de incidência de PC relacionada com a prematuridade

	<28 semanas	28-31 semanas	32-36 semanas	>36 semanas
Nados-vivos	2.634	7.231	69.358	989.863
Casos registados	152	231	251	790
Taxa de incidência (‰ NV)	57,71	31,95	3,61	0,80
IC95% taxa de incidência	49,43 – 67,27	28,13 – 36,25	3,20 – 4,09	0,74 – 0,86

Fonte: Barbosa, J. (2014). Orientações sobre cuidados de crianças com paralisia cerebral para cuidadores e profissionais da saúde: um manual prático. Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais – Brasil.

Existem vários tipos de PC sendo a mais predominante a espática que é caracterizada pela ocorrência de uma lesão no sistema piramidal resultando num aumento do tônus, espasmos musculares e uma hipereflexia levando a um padrão anormal da postura e movimento (PVNPC5A, 2017; Ferreira, Sales, Ribeiro, Tavares e Montenegro, 2021).

Voltando a focar a criança referida anteriormente, apesar do elevado grau de dependência física (para se alimentar, para vestir, cuidados de higiene, mobilizações), era capaz de verbalizar algumas palavras simples e realizava determinados sons quando queria comunicar com a equipa. Aqui, fica claro a importância da

comunicação, essencialmente da interpretação da comunicação não verbal desta criança. Segundo Phaneuf (2005), esta forma de comunicação é definida como uma troca sem palavras cuja informação é transmitida por outros processos linguísticos como gestos, mímicas e sons como os suspiros e os risos. Com a colaboração na prestação dos cuidados continua a esta criança, era capaz de identificar quando é que ela tinha fome, quando era necessário mudar a fralda, quando sentia dor, quando queria mudar de posição, quando se sentia feliz e confortável, inclusive quando queria ligar a televisão, dando-lhe o comando para que este pudesse mudar para o canal desejado com a minha ajuda. As crianças com PC desenvolvem os seus próprios métodos de comunicação, podendo direccionar olhar o partes do corpo e emitir sons, estabelecendo assim formas diferenciadas de comunicar (Baltor, Borges & Dupas, 2014). Margot Phaneuf refere ainda que “a comunicação é uma ferramenta de base para instauração da relação de ajuda, mobilidade importante de intervenção em cuidados de enfermagem.” (Phaneuf, 2005, p. 15), relação esta que é obtida através de trocas calorosas e eficazes entre enfermeira-pessoa e é essencial para o cuidar. Apesar das dificuldades que achei poder sentir, devido à minha experiência familiar a lidar com crianças com PC, considero que, mesmo em pouco tempo, fui capaz de estabelecer uma relação terapêutica com esta criança, dando constantemente atenção aos sinais que esta era capaz de me transmitir, valorizando sempre a sua capacidade para ajudar nos cuidados.

Para além do referido anteriormente, e focando agora o serviço, uma das características que achei mais interessante foi a colaboração que existe entre os profissionais de várias valências – enfermeiros (especialistas em saúde infantil e pediatria mas também em reabilitação), médicos/pediatras, psicólogos, pedopsiquiatras, nutricionistas, assistentes sociais, professoras e assistentes de educação. As crianças e adolescentes com algum tipo de necessidade especial em saúde necessitam de um acompanhamento que vai além dos cuidados médicos e/ou de enfermagem, sendo essencial a prestação de cuidados na área de reabilitação, apoio educacional, social e familiar. Esta ideia é corroborada por Ferreira, Sales, Ribeiro, Tavares e Montenegro (2021), ao referirem que a intervenção perante a paralisia cerebral deve ser realizada através e por uma equipa multiprofissional e multidisciplinar, para, assim, promover o desenvolvimento, a aquisição de

habilidades funcionais, e corrigir e/ou prevenir deformidades. No serviço, existiam períodos ao longo do dia em que as crianças iam para uma sala com terapeutas educacionais e ocupacionais, com o intuito de brincarem e se entreterem. Existiam jogos didáticos para todas as idades e consoante as faixas de desenvolvimento das crianças, existindo inclusive uma *Playstation*. O brincar é essencial para as crianças e é considerado um importante recurso para a redução dos danos causados pela hospitalização, potenciando a interação e favorecendo o processo de desenvolvimento e construção de confiança da criança (Souza & Mitre, 2011). Também a OE (2010), considera o brincar como atividade essencial do desenvolvimento infantil, sendo uma oportunidade de construção de relação entre criança e profissional.

Contributos ao nível da aquisição de competências enquanto Enfermeiro Especialista

Assim, este estágio tornou-se extremamente enriquecedor pois foi um local onde a necessidade e o impacto da colaboração entre várias áreas é visível no desenvolvimento e crescimento das crianças. Esta parceria existente tornou-se também importante pois permite conhecer a criança e a sua família em várias dimensões, ajudando a personalizar e individualizar os cuidados prestados. Para além disso, permitiu-me desenvolver competências ao nível da comunicação, não só com a criança referida anteriormente mas também com outras crianças/famílias internadas, e também desenvolver conhecimentos (teórico e prático) acerca da importância do brincar para o desenvolvimento e crescimento infantil. Consegui também perceber o impacto que o enfermeiro especialista tem neste serviço, considerando bastante interessante a interligação que existe e os cuidados que são prestados em conjunto entre especialistas em saúde infantil e pediatria e em reabilitação, existindo um complemento claro e vantajoso entre as duas para as crianças e famílias.

Apesar de ser um serviço onde algumas das crianças têm algum tipo de comprometimento a nível do desenvolvimento, não existe uma avaliação regular realizada pela equipa acerca do mesmo. Fazem outros tipos de avaliações, mais

focadas para a dependência física (principal razão dos internamentos que ali ocorrem) utilizando escalas como a Escala de Medida de Independência Funcional referida anteriormente (Anexo I). Assim, foi-me possível desenvolver competências inseridas no Regulamento de Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (RCEEEESIP), tendo prestado cuidados específicos, tendo em conta as necessidades de desenvolvimento da criança e família (E3), mas especificamente toda a unidade de competência E3.3. – “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e cultura” (RCEEEESIP, 2018, p. 19194).

Referências Bibliográficas

- Baltor, M. R. R., Borges, A. A., & Dupas, G. (2014). Interação com a criança com paralisia cerebral: comunicação e estigma. *Escola Anna Nery*, 18, 47-53;
- Barbosa, J. (2014). *Orientações sobre cuidados de crianças com paralisia cerebral para cuidadores e profissionais da saúde: um manual prático*. Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais;
- Direcção-Geral da Saúde (2011). Norma nº 054/2011. *Acidente vascular cerebral: Prescrição de medicina física e de reabilitação*;
- Ferreira, A., Sales, E., Ribeiro, A., Tavares, F. & Montenegro, K. (2021). O brincar como recurso terapêutico ocupacional no tratamento de crianças com Paralisia Cerebral. *Revista Eletronica Acervo Saude*, 13(5), 1-9;
- Magalhães, S., Lopes, R., Simas, F., Reis, V., Vasconcelos, M. A., & Batalha, I. (2011). Paralisia cerebral na criança: caracterização clínica e funcional. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*, 20(2), 16-20;
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Guias Orientadores de Boas Práticas - Entrevista ao Adolescente, Promover o Desenvolvimento na Criança* (Volume 1);
- Phaneuf, M., Salgueiro, N., Salgueiro, R. P., & Coutinho, E. C. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência;
- Silveira, A., Werle, M. P., Soccol, K. L. S., & Tisott, Z. L. (2021). Cuidado de crianças e adolescentes com necessidades especiais de saúde: estudo de revisão narrativa. *Disciplinarum Scientia| Saúde*, 21(1), 203-213;
- Souza, B. L. D., & Mitre, R. M. D. A. (2009). O brincar na hospitalização de crianças com paralisia cerebral. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25, 195-201.

Anexos

Anexo I

MIF

Anexo IV – Escala de Medida de Independência Funcional (MIF)

APELIDO _____	NOME _____	IDADE _____	SEXO _____	P.U.nº _____	
DIAGNÓSTICO _____					

INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL								
NÍVEIS	7 Independência completa(em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada(dispositivo)						SEM AJUDA	
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Ajuda mínima (indivíduo >=75%) 3 Ajuda moderada (indivíduo >=50%) Dependência completa 2 Ajuda máxima (indivíduo >=25%) 1 Ajuda total (indivíduo <25%)						AJUDA	

	SEMANAS OU MESES	ANTES	1M		4M		12M	
	DATA	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____

AUTO-CUIDADOS								
A. Alimentação								
B. Higiene pessoal								
C. Banho								
D. Vestir metade superior								
E. Vestir metade inferior								
F. Utilização da sanita								
CONTROLO DOS ESFÍNCTERES								
G. Bexiga								
H. Intestino								
MOBILIDADE								
TRANSFERÊNCIAS								
I. Leito, Cadeira, Cadeira de Rodas								
J. Sanita								
K. Banheira, Duche								
LOCOMOÇÃO								
L. Marcha/Cadeira de Rodas								
M. Escadas								
COMUNICAÇÃO								
N. Compreensão								
O. Expressão								
CONSCIÊNCIA DO MUNDO EXTERIOR								
P. Interação social								
Q. Resolução dos problemas								
R. Memória								
TOTAL								

NOTA: Não deixe nenhum item em branco, se não testável marque 1

Fonte: Direcção-Geral da Saúde (2011). Norma nº 054/2011. Acidente vascular cerebral: Prescrição de medicina física e de reabilitação. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0542011-de-27122011-jpg.aspx>

Apêndice XII

A importância do ambiente nas UCIN no neurodesenvolvimento dos recém-nascidos prematuros: Uma reflexão sobre as práticas



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

**A importância do ambiente nas UCIN no
neurodesenvolvimento dos recém-nascidos
prematurados:**

Uma Reflexão sobre as práticas

**Lisboa
2021**



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

**A importância do ambiente nas UCIN no
neurodesenvolvimento dos recém-nascidos
prematurados**

Uma Reflexão sobre as práticas



Orientador: Prof.^a Maria Alice Curado



**Lisboa,
fevereiro de 2021**

RESUMO

Enquadramento: Os recém-nascidos internados numa unidade de neonatologia estão constantemente expostos a fatores que influenciam o seu desenvolvimento e crescimento saudável. Nos primeiros momentos de vida destes recém-nascidos, as Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais (UCIN) têm um papel preponderante na construção do desenvolvimento e do crescimento destes bebés, sendo essencial que os profissionais que nelas trabalham promovam cuidados neuroprotetores cujo principal objetivo é a proteção destas crianças e do seu desenvolvimento.

Objetivo: Refletir acerca das práticas nas UCIN e do impacto que estas têm no neurodesenvolvimento dos prematuros

Principais tópicos em análise: Os cuidados neuroprotetores, em especial a promoção de um ambiente terapêutico nas UCIN.

Conclusão: O ambiente de cuidados desempenha um papel essencial no desenvolvimento saudável do recém-nascido prematuro, influenciando positiva e negativamente o neurodesenvolvimento. Apesar de existirem algumas falhas na implementação de intervenções de enfermagem neuroprotetoras do desenvolvimento, algumas das estratégias apresentadas na evidência científica já são utilizadas nas UCIN.

Palavras-chave: Ambiente, UCIN, neurodesenvolvimento e prematuro

INTRODUÇÃO

Os avanços na área da medicina neonatal têm levado a um aumento do número de nascimentos prematuros e a uma diminuição da taxa de mortalidade neonatal (Jarjour, 2015). Associado ao aumento da taxa de sobrevivência, está um aumento da taxa de morbidades nestes recém-nascidos. O nascimento de prematuros com idades gestacionais extremamente baixas é considerado como sendo uma ameaça, não só à sobrevivência da criança, como também à sua saúde, bem-estar e desenvolvimento (Altimier & Holditch-Davis, 2020) a curto, médio e longo prazo. Mesmo no prematuro cujo internamento decorreu sem intercorrências, existem riscos a nível do seu neurodesenvolvimento que podem ser sentidos na vida futura desta criança, tais como alterações a nível da linguagem e perturbações emocionais e/ou comportamentais (Costa & Calado, 2019).

Os recém-nascidos internados numa unidade de neonatologia estão constantemente expostos a fatores que influenciam o seu desenvolvimento e crescimento saudável, temática esta que tem sido cada vez mais evidenciada pela comunidade científica. O recém-nascido de alto risco é definido como sendo aquele que apresenta uma maior probabilidade de morbilidade e mortalidade relativamente à média de todos os outros recém-nascidos, como é o caso dos prematuros (Askin & Wilson, 2014; Blencowe et al., 2012). Enquanto enfermeira a exercer funções numa UCIN, torna-se essencial uma intervenção centrada na criança e família e no seu crescimento e o desenvolvimento tendo como premissa a diminuição dos efeitos negativos do ambiente da UCIN (Altimier & Phillips, 2013).

Relativamente à metodologia utilizada, recorreu-se a uma reflexão das práticas baseada na evidência científica acerca da prática clínica numa UCIN. A pesquisa foi feita com recurso às bases de dados da EBSCOhost e o Google Scholar, utilizando as seguintes palavras chave: Recém-nascido de alto risco, prematuro, ambiente, UCIN, neurodesenvolvimento. Para além disto, foram também utilizados livros de autores de referência na área da prematuridade e dos cuidados neuroprotetores. Ademais, foram também abordados temas e filosofias de cuidados de referência na área da enfermagem pediátrica, tais como os Cuidados Centrados na Família, os Cuidados Colaborativos e a Parceria de Cuidados.

Assim, com este artigo pretendo fazer uma reflexão sobre as práticas de cuidados ao recém-nascido de alto risco internado numa UCIN diferenciada na área da grande Lisboa, tendo como suporte a teoria dos cuidados neuroprotetores do desenvolvimento.

DESENVOLVIMENTO

A Importância dos Cuidados Neuroprotetores para Recém-nascido Prematuro

Devido ao parto prematuro, o desenvolvimento cerebral que deveria ocorrer num ambiente intrauterino acaba por acontecer na UCIN, unidade caracterizada por um ambiente potencialmente stressante e traumático para o recém-nascido. Mesmo num ambiente extrauterino, o cérebro dos prematuros continua em processo de crescimento e desenvolvimento, sendo essencial prestar cuidados que promovam esse crescimento e desenvolvimento de forma saudável.

A ideia de que o ambiente influencia o estado de saúde das pessoas surgiu há várias décadas com a Teoria Ambientalista de Florence Nightingale. A autora refere que o enfermeiro deve conservar a energia do doente através da promoção de um ambiente potenciador de desenvolvimento, identificando como responsabilidade do enfermeiro a criação de um ambiente promotor do processo terapêutico (Medeiros, Enders & Lira, 2015). Nightingale refere ainda que, existem dimensões no ambiente que são essenciais a este desenvolvimento, sendo elas a ventilação, a limpeza, o calor, os ruídos, odores e a alimentação (Nightingale, 2010). Esta ideia emerge em frases como “(...) qualquer ruído que desperte de repente o doente do seu sono determinará nele, invariavelmente, um estado de excitação maior e ocasionará danos muito maiores e mais sérios do que qualquer outro barulho, ainda que maior.” (Nightingale, 2010, p.65) ou “ (...) sem luz solar, o corpo e a mente degeneram-se” (Nightingale, 2010, p.122). Esta visão da autora acresce ainda importância e a essencialidade de um ambiente saudável para a cura.

Ao longo dos últimos anos, surgiram vários autores que investigaram e desenvolveram teorias e modelos que permitem analisar as práticas e prestar cuidados promotores de um desenvolvimento saudável. Heidelise Als desenvolveu a Teoria Sinactiva do Desenvolvimento da criança, teoria esta que permite compreender o desenvolvimento da criança pré-termo relacionando o desenvolvimento cerebral com o ambiente das UCIN (Askin & Wilson, 2014; Coughlin, Gibbins & Hoath, 2009). A autora reforça a ideia de que qualquer recém-nascido é capaz de comunicar através de respostas físicas e comportamentais, dando aos profissionais que cuidam um

quadro de informações que permitirá a prestação de cuidados individualizados. Esta individualização de cuidados tem impacto positivo para os recém-nascidos de alto risco, não apenas a nível comportamental como também de desenvolvimento (Askin & Wilson, 2014). Posteriormente, Als e a sua equipa desenvolveram o programa NIDCAP - *The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*, sendo considerada uma estratégia que permite responder a preocupações relativas ao impacto negativo que o ambiente das UCIN têm nos recém-nascidos prematuros (Santos, 2011). Um dos grandes objetivos deste programa é a criação de um ambiente de suporte para o prematuro e suas famílias, sendo elementos chave a consistência no cuidar e os cuidados colaborativos (Santos, 2011).

Também outros investigadores desenvolveram esta linha de pesquisa, dos quais salientamos Mary Coughlin. A autora trabalhou os cuidados centrados no desenvolvimento neonatal, identificando cinco medidas padrão consideradas como o primeiro paço para a operacionalização de uma prática baseada na evidência promotora de cuidados neuroprotetores. As cinco medidas padrão apresentadas pela autora são o proteger o sono, a gestão e avaliação do stress e da dor, as atividades de vida diárias (onde se inclui o posicionamento, a alimentação e os cuidados à pele), os cuidados centrados na família e o ambiente terapêutico (Coughlin, 2014). Cada uma destas medidas permite organizar atividades e intervenções que reconhecem as necessidades holísticas da criança e família dentro da UCIN e, assim, individualizando os cuidados prestados, bem como promovendo cuidados neuroprotetores.

Altimier e Phillips trabalharam as cinco medidas apresentadas anteriormente e desenvolveram o *The Neonatal Integrative Developmental Care Model*. Este modelo tem como objetivo ajudar à prestação de cuidados que visem proteger o sistema neurológico dos prematuros, diminuindo os efeitos negativos deste se desenvolver num ambiente extrauterino (Altimier & Phillips, 2013). É constituído por sete medidas padrão neuroprotetoras centrais que se relacionam entre si, sendo elas o ambiente envolvente, a parceria com as famílias, o posicionamento terapêutico, salvaguardar o sono, minimizar o stress e a dor, proteger a pele e otimizar a nutrição (Figura 1).

Figura 1. *The Neonatal Integrative Care Model* de Altimier e Phillips



Fonte: Altimier, L. & Phillips, R. M. (2013). *The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care*. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13 (2013), 9-22.

O Ambiente Terapêutico

O Ambiente Terapêutico é uma das medidas padrão no modelo de Altimier e Phillips (2013) - o *The Neonatal Integrative Developmental Care Model*. Nos primeiros momentos de vida dos recém-nascidos prematuros, a UCIN tem um papel preponderante na construção do desenvolvimento e do crescimento destes bebês, sendo essencial que os profissionais que nelas trabalham promovam cuidados neuroprotetores cujo principal objetivo é a proteção destas crianças e do seu desenvolvimento (Altimier & Phillips, 2013). Para estas autoras, o conceito de ambiente terapêutico surge há várias décadas e sugere que tudo o que envolve o cliente sujeito de cuidados pode influenciar não só a sua recuperação, como também tornar a experiência e os resultados da mesma mais positivos. Intervenções neste âmbito irão promover um ambiente seguro e protetor do recém-nascido, onde privilegia a minimização do efeito dos *stressores* ambientais. No modelo identificado anteriormente, são identificados dois tipos de ambiente: o físico e o sensorial. Em relação ao ambiente físico, são essenciais o isolamento, a temperatura ambiente e a própria configuração em termos de estrutura e organização. O ambiente sensorial, este está dividido em temperatura/toque; cheiro/sabor; som/barulho; e luz (Altimier & Phillips, 2013).

Focando a temperatura, é essencial que seja providenciado ao bebê um ambiente térmico neutro onde o gasto energético seja diminuído. O ambiente ótimo identificado pelos mesmos autores para uma temperatura estabilizada é através do

método canguru, ou seja, através do contacto pele-com-pele entre mãe/pai e bebé. Quando este não é possível, posicionar o bebé utilizando material de contenção também ajuda a estabilizar e manter uma temperatura corporal ótima para o prematuro. Relativamente ao cheiro, nos prematuros este sentido é estimulado em primeira linha por odores desagradáveis tais como produtos de limpeza e desinfetantes, produtos presentes diariamente nas UCIN (Altimier & Phillips, 2013). Focando o ruído, um dos seus efeitos negativos imediatos é a interrupção dos ciclos normais de sono afetando assim o desenvolvimento normal e saudável do bebé. Segundo Altimier e Phillips (2013), este leva a alterações fisiológicas imediatas como o aumento da frequência cardíaca, da tensão arterial e da frequência respiratória, podendo levar a episódios de apneia, bradicardia, hipoxia e aumento da pressão intracraniana. Níveis elevados de ruído afetam, não só os bebés como os profissionais e as famílias, aumentando o nível de stress existente. Por fim, a luminosidade também apresenta um papel importante já que existem vários prematuros que desenvolvem problemas de visão ao longo da infância. Como no ambiente intrauterino não existe qualquer tipo de luz, o sistema visual não se encontra totalmente desenvolvido aquando um parto prematuro, pelo que importa adequar a luminosidade a cada recém-nascido, individualizando-os de acordo com a sua idade gestacional e estado de desenvolvimento (Altimier & Phillips, 2013).

Nas UCIN, e de forma a diminuir o impacto negativo que estas têm no desenvolvimento dos prematuros, é essencial que sejam adotados cuidados baseados em filosofias que foquem as necessidades específicas de cada recém-nascido e família (Altimier & Holditch-Davis, 2020). Os Cuidados Centrados na Família (CCF), a parceria de cuidados e os cuidados não traumáticos são exemplos de filosofias promotoras de cuidados individualizados, onde os pais/família são considerados os principais cuidadores das crianças (McGrath & Vittner, 2020). Este tipo de cuidados, além de ajudarem à preservação do bem-estar físico e mental do prematuro e sua família, também irão promover uma diminuição do trauma vivenciado por todos os elementos da família durante a experiência do internamento (Costa & Calado, 2019). Do modelo de CCF, Mary Coughlin desenvolve o conceito de cuidados colaborativos, referindo que estes são essenciais nas UCIN e devem ser considerados como um dos objetivos a atingir por parte dos profissionais uma vez promoverem a

maximização da saúde da criança e sua família, e, como isso, um melhor desempenho do papel parental, uma maior confiança e o estabelecimento de uma relação entre pais e bebé que irá promover um desenvolvimento e crescimento saudável deste ao longo da sua vida (Coughlin, 2017).

Na revisão de literatura realizada por Costa e Calado (2019), cujo objetivo foi identificar as melhores medidas de forma minimizar o impacto que o ambiente das UCIN tem no desenvolvimento dos recém-nascidos prematuros, foram identificadas várias medidas que influenciam o ambiente vivenciado na UCIN, tornando-o mais terapêutico e promotor de um desenvolvimento e crescimento saudável. Algumas das medidas apresentadas foram: a utilização do método canguru, a utilização de capas protetoras nas incubadoras, a realização de procedimentos ao prematuro dentro das incubadoras, manutenção dos ritmos circadianos, o empoderamento parental, cuidado extremo com o contacto com as incubadoras (fechar as portas de forma suave e não colocar objetos em cima da mesma), promoção de sucção não nutritiva, evitar a utilização de álcool e antissépticos juntos do bebé, utilização de contenção, quartos familiares individuais, preferir a luz natural e diminuir a luminosidade intensa, proteger os olhos do prematuro aquando a realização de procedimentos, redefinição do som dos alarmes e paredes e chão com materiais absorvíveis de ruído. Na minha prática clínica, são adotadas por parte dos profissionais grande parte das medidas apresentadas anteriormente. Também Altimier et al. (2015) identificaram medidas e intervenções neuroprotetoras relativamente ao ambiente terapêutico, tais como a manutenção de um espaço privado para o bebé e família, facilitar o método canguru, providenciar toque suave em todas as manipulações, providenciar cuidados dentro da incubadora quando possível e manter a UCIN livre de cheiros, realizando desinfeção das mãos e produtos longe da incubadora. O método canguru é utilizado em ampla escala e é considerado como cuidado essencial já que é um cuidado que só apresenta vantagens, quer para o bebé como para a família. Alguns exemplos destas vantagens são a termorregulação (como referido anteriormente), a facilitação da vinculação, a melhoria da satisfação materna e interação parental, estabiliza os ciclos de sono, promove o desenvolvimento cerebral e motor, promove o aumento de peso e reduz o nível de infeções e o risco de mortalidade pós alta (Hockenberry et al., 2018; Conde-Agudelo & Díaz-Rossello, 2016; Coughlin, 2014; Altimier e Phillips, 2013; Tamez,

2013; Blencowe, 2012). Para além disto, está comprovado que o início deste método na primeira semana de vida está associado a uma diminuição de cerca de 51% da mortalidade neonatal quando comparado com bebés que permanecem na incubadora (Blencowe, 2012). Focando a luminosidade, são utilizadas capas opacas para proteger as incubadoras, intervenção identificada também nos Consensos Clínicos produzidos pela Sociedade Portuguesa de Pediatria, sendo utilizada preferencialmente a luz natural proveniente das janelas existentes no serviço. A utilização de quartos familiares é identificada por vários autores (Costa & Calado, 2019).

Uma outra estratégia apresentada em vários artigos é o empoderamento e a capacitação parental. Como já abordado, este cuidado deve fazer parte da prática diárias das UCIN estando associada a um processo dinâmico de partilha e participação ativa cujo objetivo principal é uma prestação de cuidados seguros e com qualidade (Griffin & Celenza, 2014). A capacitação das famílias é essencial na otimização de um ambiente terapêutico e consequentemente no desenvolvimento do prematuro (Costa & Calado, 2019).

Reflexão acerca da prática

Durante o meu estágio, foi-me possível observar os cuidados prestados, permitindo-me refletir sobre as práticas de cuidados de enfermagem tendo por base os cuidados neuroprotetores. A UCIN em questão encontra-se dividida fisicamente em ala de Intensivos e Intermédios. Na ala de cuidados Intensivos, existem boxes individuais para cada bebé, algo que já não acontece na ala de cuidados Intermédios. Segundo a revisão realizada, ambas as situações apresentam vantagens e desvantagens. O facto de serem salas e não quartos individuais permite diminuir a privação do contacto social do bebé, algo que é prejudicial ao seu desenvolvimento. Tendo em conta a minha experiência, considero que, para além das boxes individuais causarem isolamento social para o bebé, também o causam para os pais. O facto de existirem salas comuns para vários recém-nascidos e suas famílias, como acontece na ala de Intermédios, potencia e incentiva a partilha de experiências entre as famílias desses mesmos recém-nascidos.

Para além disto, outra estratégia identificada é a realização de procedimentos dentro da incubadora. Isto é algo que acontece no serviço onde desenvolvi estágio, aquando incubadoras vagas e para a realização de procedimentos invasivos, como algaliação ou punção venosa. Acrescento ainda que, quando é necessário foco de luz direto para a realização de procedimentos, são protegidos os olhos dos recém-nascidos, ou através de óculos de fototerapia (quando existem) ou através de fraldas de pano, estratégias estas identificadas pelos autores como promotoras de cuidados neuroprotetores.

Apesar de considerar que várias das estratégias apresentadas são realizadas na minha prática, existem algumas que acabam por não acontecer: no meu serviço não existem paredes e chão com materiais absorvíveis de ruído, são utilizados constantemente antissépticos juntos dos bebés e das incubadoras e, apesar de existir o cuidado de fechar as portas das incubadoras de forma suave, são constantemente colocados objetos no topo da mesma, como o material para os cuidados de higiene e mudança da fralda.

CONCLUSÃO

O ambiente de cuidados desempenha um papel essencial no desenvolvimento saudável do recém-nascido prematuro pois influencia a forma com estes interagem com o meio que as envolve e vice-versa. Assim, consideramos de extrema importância que os profissionais que cuidam destes recém-nascidos internados em UCIN desenvolvam práticas e estratégias que promovam o neurodesenvolvimento saudável dos mesmos, diminuindo o impacto negativo que o nascimento prematuro pode ter no futuro.

A existência de modelos e teorias que permitam orientar as práticas para a prestação de cuidados neuroprotetores tem sido bastante útil para a melhoria das práticas de enfermagem nas UCIN. Tal como referido ao longo do artigo, é possível concluir que na prática, apesar de ainda existirem lacunas nesta área, os profissionais que nelas exercem já se encontram sensibilizados para a temática e para a sua importância a nível dos *outcomes* em termos de crescimento e desenvolvimento infantil, algo que promove uma melhoria dos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS

- Altimier, L., & Holditch-Davis, D. (2020). Neurobehavioral Development. In C. Kenner, L. Altamier & M. Boykova (Eds.), *Comprehensive neonatal nursing care*, (6th ed.), (pp. 675-712). Springer Publishing Company;
- Altimier, L., & Phillips, R.M. (2013). The neonatal integrative developmental care model: Seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13(1), 9-22;
- Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M. Z., Chou, D., & Moller, A. B. (2012). *Born too Soon: The global action report on preterm birth*. Organização Mundial de Saúde (OMS);
- Conde-Agudelo, A., & Díaz-Rossello, J. L. (2016). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane database of systematic Reviews*, (8);
- Coughlin, M. E. (2014). *Transformative nursing in the NICU: Trauma-informed age appropriate care*. Springer Publishing Company;
- Coughlin, M. E. (2017). *Trauma-informed care in the NICU: Evidenced-based practice guidelines for neonatal clinicians*. Springer Publishing Company;
- Coughlin, M., Gibbins, S., & Hoath, S. (2009). Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. *Journal of advanced nursing*, 65 (10), 2239-2248;
- Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C.C. (2014). *Wong Fundamentos de enfermagem pediátrica* (10th ed.). Elsevier;
- Jarjour, I. T. (2015). Neurodevelopmental outcome after extreme prematurity: a review of the literature. *Pediatric neurology*, 52 (2), 143-152;
- Tamez, R.N. (2013). *Enfermagem na UTI Neonatal* (5th ed.). Editora Guanabara Koogan Ltda;
- Santos, A. O. (2011). NIDCAP®: uma filosofia de cuidados. *Nascer e Crescer*, 20 (1), 26-31;

The National Child Traumatic Stress Network. (2014). *Pediatric medical traumatic stress – A comprehensive guide*;

Nightingale, F. (2010). *Notas sobre enfermagem: um guia para cuidadores na atualidade*. Elsevier.

Apêndice XIII

Sessão de formação: Os posicionamentos e o neurodesenvolvimento
numa UCIN



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

Realização de sessão de formação:

Os Posicionamentos e o Neurodesenvolvimento numa UCIN

Carolina Matos de Sá Melo França



**Lisboa
2021**



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

Realização de sessão de formação:

Os Posicionamentos e o Neurodesenvolvimento numa UCIN

Carolina Matos de Sá Melo França

Orientador: Prof.^a Maria Alice Curado



**Lisboa,
abril de 2021**

FORMAÇÃO EM CONTEXTO DE TRABALHO	
Data: 5 de Abril de 2021	Formadores: Carolina França e Rita Puppe
Hora: 11h	Tema: Os Posicionamentos e o Neurodesenvolvimento numa UCIN
Duração da sessão: 45min	Público-alvo: Enfermeiros da Neonatologia
Local: Videoconferência via Teams	
Objetivo geral: Transmitir conhecimentos acerca da importância de cuidados neuroprotetores bem como estratégias para os implementar a nível do posicionamento terapêutico.	

Objetivos Específicos	Fases	Conteúdos Teóricos / Práticos	Métodos e Atividades Pedagógicas	Recursos Didáticos	Atividades Didáticas	Duração	Avaliação
• Conhecer os objetivos específicos da sessão; • Conhecer os subtemas da sessão.	Introdução	• Apresentação do tema da sessão • Apresentação dos conteúdos da sessão • Apresentação dos objetivos específicos da sessão	Expositivo	• Computador • Apresentação PowerPoint	Plenário: Diálogo	5min	Avaliação da sessão segundo formulário da AGF do CHULC
• Conhecer o <i>The Neonatal Integrative Developmental Care Model</i>; • Descrever a dimensão dos “Posicionamentos e colo” e sua importância no neurodesenvolvimento; • Identificar as vantagens, indicações e contraindicações terapêuticas dos vários posicionamentos; • Identificar as barreiras existentes na prática aos posicionamentos; • Analisar a importância do papel do enfermeiro no posicionamento do neonato.	Desenvolvimento	• A prematuridade • Cuidados neuroprotetores – <i>The Neonatal Integrative Developmental Care Model</i> • A importância dos posicionamentos para o neurodesenvolvimento • Material de apoio ao desenvolvimento • Descrição dos posicionamento (decúbitos: lateral direito, lateral esquerdo, ventral, dorsal; swaddle; canguru) • Cuidados na manipulação • Barreiras aos posicionamentos • Papel do enfermeiro	Expositivo	• Computador • Apresentação PowerPoint • Fotografias • Vídeos	Plenário: Diálogo	30min	Avaliação da sessão segundo formulário da AGF do CHULC

• Sintetizar os principais aspetos abordados na sessão; • Promover a discussão acerca da prática de cuidados.	Conclusão	• Enunciação dos principais aspetos abordados • Promoção da discussão acerca da prática diária	Expositivo	• Computador • Apresentação PowerPoint	Plenário: Diálogo	10min	Avaliação da sessão segundo formulário da AGF do CHULC
--	-----------	---	------------	---	----------------------	-------	--

Consentimento Informado

No âmbito do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, estamos a realizar um trabalho acerca dos benefícios dos posicionamentos adequados no recém-nascido pré-termo. De modo a atingir os objetivos propostos, necessitamos de fotografar e filmar prematuros posicionados corretamente, para transmitir em sala de aula aos restantes colegas e docentes.

A participação neste trabalho é voluntária. Todos dados referentes ao bebé serão confidenciais e as imagens apenas serão utilizadas a nível académico.

Se concordar com a participação do seu filho no presente trabalho académico, agradecemos que assine este consentimento.

Encontramo-nos disponíveis para qualquer esclarecimento adicional.

Enfª Carolina França e Enfª Rita Puppe

Obrigada pela sua contribuição

Assinatura da Mãe/Pai

Os Posicionamentos e o Neurodesenvolvimento numa UCIN

Carolina Melo França, nº74333

Rita Puppe dos Santos, nº 73908



Lisboa, 5 de abril de 2021



1

Conteúdos

- Prematuridade
- Cuidados Neuroprotetores
- Posicionamentos como Dimensão do Cuidar
- Importância dos Posicionamentos
- Material de Apoio ao Posicionamento
- Tipos de Posicionamentos
 - Decúbitos Lateral Direito e Lateral Esquerdo
 - Decúbitos Dorsal e Ventral
 - *Swaddle* e Método Canguru
- Cuidados na Manipulação
- Barreiras aos Posicionamentos
- Importância do Enfermeiro
- Conclusão

2

Objetivos da Formação

- Dar a conhecer o *Neonatal Integrative Developmental Care Model* e as suas dimensões;
- Abordar a dimensão dos Posicionamentos e Colo e a sua importância no neurodesenvolvimento dos recém-nascidos;
- Transmitir informação acerca da importância de cuidados neuroprotetores e estratégias para os implementar ao nível do posicionamento terapêutico;
- Dar a conhecer vantagens, indicações e contraindicações terapêuticas dos vários posicionamentos segundo fundamentação científica credível na área;
- Promover discussão e reflexão acerca das práticas e das dificuldades sentidas.

3

Prematuridade

Bebés que nascem vivos antes das 37 semanas de gestação (OMS, 2012)

Principal causa de morte no primeiro mês de vida (Blencowe et al., 2012)



(INE, 2018)

- Pré-termo extremo - menos de 28 semanas de gestação
- Muito pré-termo - das 28 às 32 semanas de gestação
- Pré-termo tardio: das 32 às 37 semanas.

(OMS, 2012)



(Fonte: Born to soon)

4

Fatores de Risco

- Idade materna
- Doenças crônicas maternas (HTA, DM)
- Hipertensão induzida pela gravidez
- Alterações da placenta
- Gravidez gemelar
- Comportamentos de risco (tabagismo, consumo de álcool)
- Infecções maternas
- Vigilância da gravidez
- Influência genética

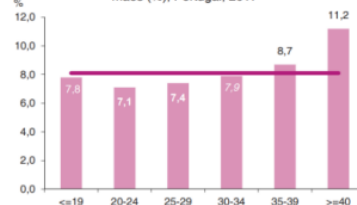
(Hockenberry et al., 2018; DGS, 2018; Blencowe et al., 2012)

Apesar do aumento das taxas de sobrevivência, segundo estudo, cerca de 15% a 25% dos prematuros têm algum tipo de comprometimento neurodesenvolvimental (Halder et al., 2015).

Nados-vivos prematuros (%), Portugal, 2012-2017

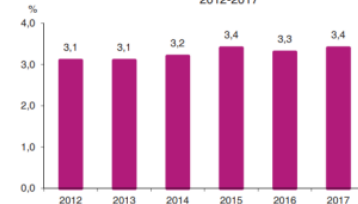


Nados-vivos prematuros por grupo etário das mães (%), Portugal, 2017

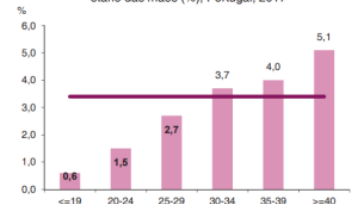


(INE, 2018)

Nados-vivos de partos gemelares (%), Portugal, 2012-2017



Nados-vivos de partos gemelares por grupo etário das mães (%), Portugal, 2017



(INE, 2018)

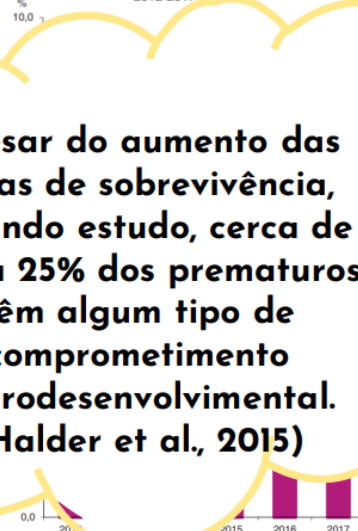
Fatores de Risco

- Idade materna
- Doenças crônicas maternas (HTA, DM)
- Hipertensão induzida pela gravidez
- Alterações da placenta
- Gravidez gemelar
- Comportamentos de risco (tabagismo, consumo de álcool)
- Infecções maternas
- Vigilância da gravidez
- Influência genética

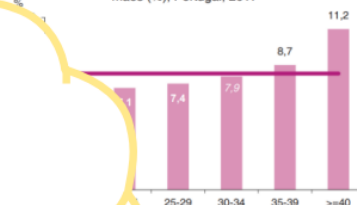
(Hockenberry et al., 2018; DGS, 2018; Blencowe et al., 2012)

Apesar do aumento das taxas de sobrevivência, segundo estudo, cerca de 15% a 25% dos prematuros têm algum tipo de comprometimento neurodesenvolvimental. (Halder et al., 2015)

Nados-vivos prematuros (%), Portugal, 2012-2017



Nados-vivos prematuros por grupo etário das mães (%), Portugal, 2017

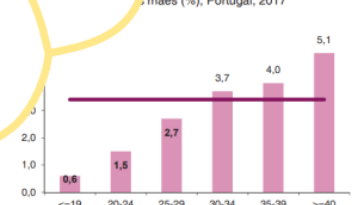


(INE, 2018)

Nados-vivos de partos gemelares (%), Portugal, 2012-2017



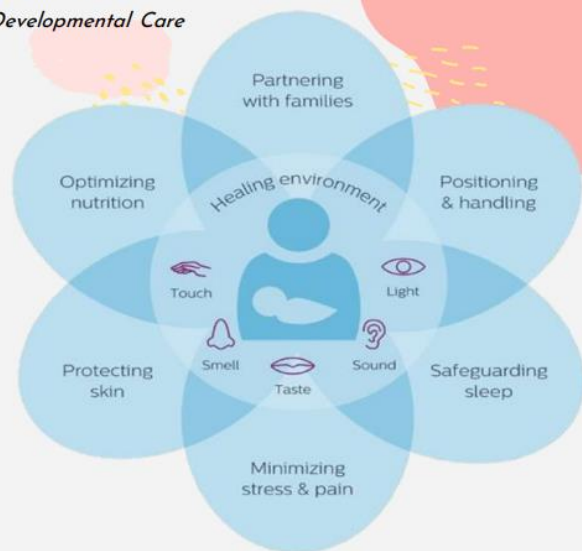
Nados-vivos de partos gemelares por grupo etário das mães (%), Portugal, 2017



Cuidados Neuroprotetores

Neonatal Integrative Developmental Care Model

- Ambiente Terapêutico: temperatura/toque/propriocepção; olfato; paladar; som; luz
- Salvar o sono
- Minimizar o stress e a dor
- Proteger a pele
- Otimizar a nutrição
- Parceria com a família
- **Posicionamentos e manipulação**



(Altimier & Phillips, 2013)

7

Importância dos Posicionamentos

- Promove a existência de barreiras físicas e contenção
- Promove o desenvolvimento neuromotor e musculoesquelético
- Facilita e promove o desenvolvimento do controlo da cabeça, possibilitando a proximidade das mãos à boca, o que permite a orientação à linha mediana
- Previne contraturas de rotação externa das extremidades
- Previne alterações no formato da cabeça e as suas consequências no crescimento do cérebro
- Promove o desenvolvimento das funções fisiológicas (pele, termorregulação, densidade óssea, sono e atividade cerebral)
- Promove melhor respiração, com oxigenação mais eficiente
- Colabora para uma alimentação oral mais coordenada
- Promove a função gástrica e os movimentos intestinais
- Promove aumento ponderal e reduz necessidade de fármacos

(Hockenberry et al, 2018; Altimier & Phillips, 2013; Tamez, 2013)



UCIN MAC CHULC - com consentimento dos pais

8

Importância dos Posicionamentos

- Reduz o stress, promovendo o conforto
- Organização neurocomportamental
- Sentimento de segurança e controlo
- Maturação neurosensitiva
- Promove um desenvolvimento físico, social e psicológico adequado, com benefícios para além do período neonatal

Se um recém-nascido não for corretamente posicionado apresenta-se em extensão, plano, assimétrico, com as extremidades em abdução e rotação externa, relacionado com o efeito da gravidade. Se tal não for contrariado, pode levar a atrasos de desenvolvimento dos recém-nascidos.

(Hockenberry et al, 2018; Altimier & Phillips, 2013; Tamez, 2013)



Fonte: March of Dimes

9

Material de Apoio ao Posicionamento

Ninho



Frog



Posicionador Ventral



Almofada de Gel



Rolos



Fralda de Pano



(Fonte: www.philips.com)

10

Decúbitos Laterais

Vantagens

- Reduz efeitos extensores produzidos pela gravidade, incentivando os movimentos antigravitacionais, ajudando no desenvolvimento da tonicidade muscular
- Promove a flexão e a orientação da linha mediana
- Minimiza a abdução e rotação da anca e ombros
- Acalma o bebê
- Favorece a visualização do que está em redor
- Melhora a oxigenação em casos de atelectasia ou enfisema pulmonar

Desvantagens

- Promove um achatamento lateral da cabeça
- Difícil de manter a flexão nos bebês mais ativos e hipertônicos
- Promove uma ventilação desigual
- Em extremos prematuros pode levar a atelectasia pulmonar

(Tamez, 2013; Boxwell, 2010)

Decúbito Lateral Direito

Vantagens

- Favorece o esvaziamento gástrico devido à anatomia do sistema gastrointestinal superior



Decúbito Lateral Esquerdo

Vantagens

- Reduz os episódios de refluxo

Desvantagens

- Lentidão do esvaziamento gástrico



Decúbito Lateral Direito

Vantagens

- Favorece o esvaziamento gástrico devido à anatomia do sistema gastrointestinal superior

(Kaur, Kaur & Saini, 2018)



UCIN MAC CHULC - com consentimento dos pais

D

Decúbito Lateral Esquerdo

Vantagens

- Reduz os episódios de refluxo gastroesofágico

Desvantagens

- Lentidão do esvaziamento gástrico (cl clinicamente aceitável)

(Kaur, Kaur & Saini, 2018)



UCIN MAC CHULC - com consentimento dos pais

13

Decúbito Ventral

Vantagens

- Promove a fortificação dos músculos do pescoço e controlo da cabeça, flexão das extremidades e adução da anca e joelhos, prevenindo a rotação externa dos quadris
- Previne assimetrias corporais
- Estimula a ação de levar a mão à boca
- Acalma e diminui o choro, promovendo períodos de sono profundo e diminuindo os gastos energéticos
- Diminui perda de calor
- Permite melhor oxigenação, expansão pulmonar e ventilação
- Diminui episódios de bradicardia e apneia
- Diminui o risco de broncoaspiração
- Diminui refluxo gastroesofágico
- A flexão das extremidades inferiores promove os movimentos intestinais

Decúbito Ventral



Desvantagens

- Dificulta o acesso ao bebé para a execução de certos procedimentos
- Dificulta a observação do recém-nascido para alterações respiratórias e intestinais
- Pode levar a extubação em caso de agitação
- Pode levar a assimetrias motoras se mal posicionado
- Dificulta exploração visual

(Tamez, 2013; Boxwell, 2010)

14

Decúbito Ventral



UCIN MAC CHULC - com consentimento dos pais

- Diminui perda de calor

15

Decúbito Dorsal

Vantagens

- Permite moldar a cabeça do recém-nascido em formas mais arredondadas, evitando o achatamento do crânio
- Promove uma maior mobilidade
- Estimula a ação de levar a mão à boca
- Permite um fácil acesso nos bebês instáveis
- Promove evolução positiva em casos de atelectasia pulmonar
- Utilizada em casos de drenagem torácica
- Reduz o risco do Síndrome da Morte Súbita
- Facilita a drenagem do fluxo venoso cerebral, prevenindo o risco de hemorragia

Recomendado nos prematuros com IG < 30 semanas durante as primeiras 96h de vida

(Kaur, Kaur & Saini, 2018; Tamez, 2013; Boxwell, 2010)

Decúbito Dorsal



Desvantagens

- Pode aumentar o stress
- Leva a ciclos de sono profundo mais curtos
- Obriga a um gasto energético maior, sendo aconselhado a recém-nascidos mais maduros e mais estáveis
- Leva a uma diminuição da complacência pulmonar
- Pode aumentar o número de episódios de apneia e bradicardia
- Aumenta episódios de refluxo gastroesofágico

16

D Decúbito Dorsal



UCIN MAC CHULC - com consentimento dos pais

- Diminui perda de calor

17

Swaddle

Vantagens

- Reduz o stress neonatal
- Promove o conforto e reduz o despertar espontâneo
- Promove maiores períodos de sono profundo e tranquilo
- Auxilia a autorregulação durante a alimentação
- Minimiza a dor, devendo ser utilizado em procedimentos potencialmente dolorosos e/ou stressantes
- Estimula a ação de levar a mão à boca

Desvantagens

- Pode levar a hipertermia
- Quando muito apertado pode levar a problemas do foro musculoesquelético, como displasia da anca, e também a nível respiratório, como uma diminuição da capacidade pulmonar geral

(Drake, 2017; Kelly et al., 2017; Edraki et al., 2014; Tamez, 2013; McDonnell & Moon, 2013; Yilmaz et al., 2012)

Swaddle



18

Swaddle



UCIN MAC CHULC - com consentimento dos pais



- Diminui perda de calor

19

Canguru

Vantagens

- Facilita a vinculação
- Melhora a satisfação materna e a interação parental
- Minimiza o stress e a dor
- Estabiliza os ciclos de sono
- Promove o desenvolvimento cerebral e motor
- Promove a estabilidade fisiológica
- Estabiliza as necessidades de oxigenação
- Reduz situações de apneia e bradicardia
- Promove a termorregulação, evitando a hipotermia
- Promove a tolerância alimentar e a amamentação
- Promove o aumento de peso dos recém-nascidos
- Reduz o nível de infecções

(Hockenberry et al., 2018; Conde-Agudelo & Diaz-Rossello, 2016; Coughlin, 2014; Tamez, 2013; Blencowe, 2012)

Canguru



UCIN MAC CHULC - com consentimento dos pais

Estudos revelam que o início do Canguru na primeira semana de vida está associado a uma diminuição de cerca de 51% da mortalidade neonatal de bebês estáveis com <2000g quando comparado com bebês que permanecem na incubadora.

(Blencowe et al., 2012)

20

D *Canguru*



UCIN MAC CHULC - com consentimento dos pais

- Diminui perda de calor

21

Cuidados na Manipulação

- Alteração de decúbitos a cada 3/4hrs nos RN estáveis e a cada 8hrs nos instáveis

A mudança da posição favorece a manutenção da função neuromuscular e ósteo-articular, assim como o desenvolvimento da atividade motora espontânea e funcional

(Xavier et al., 2012)

Ajuda a preservar a integridade cutânea do RN promovendo a distribuição dos pontos de pressão e com isso reduzindo a incidência de lesões

(Xavier et al., 2012)

- A manipulação dos prematuros deve ser feita com calma, de forma suave, mantendo as extremidades do bebê contidas e fletidas
- A manipulação repentina é negativa e stressante, podendo provocar alterações fisiológicas
- Prestar cuidados de acordo com a capacidade e tolerância do bebê



(Hockenberry et al, 2018; Coughlin, 2014; Altimier & Phillips, 2014)

22

Barreiras aos Posicionamentos

Fototerapia
Cateteres Centrais e Periféricos
Fraturas
Feridas / Pensos
Falta de material adequado
Rotinas do serviço
Falta de conhecimento por parte dos profissionais

23

Papel do Enfermeiro

→ Suporte, ensino e capacitação dos pais/famílias
Individualizar os cuidados a cada recém-nascido/família
Transmitir conhecimento a restantes profissionais de saúde através de formações
Diminuir rotinas de serviço

Os enfermeiros tornam-se importantes na gestão das manipulações do bebé, podendo negociar, não só com os pais mas também com os outros profissionais de saúde, o timing, intensidade e necessidade das intervenções

(Coughlin, 2014)



24

Conclusão

- Prematuridade - uma realidade em Portugal
 - Relevância e importância dos cuidados neuroprotetores
 - Manipulação e posicionamentos como medida promotora da saúde
 - Importância no controlo de sintomas de algumas patologias
 - Intervenção autónoma e fundamental de enfermagem
 - Papel do enfermeiro
- Prática Baseada na Evidência**



UCIN MAC CHULC - com consentimento dos pais

25

Referências Bibliográficas

- Altimier, L. & Phillips, R.M. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13 (1), 9-22;
- Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M. Z., Chou, D., & Moller, A. B. Born too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth, 2012. Organização Mundial de Saúde (OMS);
- Boxwell, G. (2010). *Neonatal intensive care nursing* (2ª ed.). Londres e Nova Iorque: Routledge;
- Conde-Agudelo, A., & Diaz-Rossello, J. L. (2016). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane database of systematic Reviews*, (8);
- Diário da República, 2.ª série – N.º 133 – 12 de julho de 2018, Regulamento n.º 422/2018 - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Ordem dos Enfermeiros;
- Drake, Elizabeth (2017). Positioning the Neonate for Best Outcomes. *National Association of Neonatal Nurses*;
- Edraki, M., Paran, M., Montaseri, S., Nejad, M. R., & Montaseri, Z. (2014). Comparing the effects of swaddled and conventional bathing methods on body temperature and crying duration in premature infants: a randomized clinical trial. *Journal of caring sciences*, 3(2), 83;
- Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C.C. (2014). *Wong Fundamentos de enfermagem pediátrica* (10ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier;
- Instituto Nacional de Estatística (2018). *Estatísticas Demográficas 2017*. Lisboa: INE;
- Kaur, V., Kaur, R., & Saini, S. S. (2018). Comparison of Three Nursing Positions for Reducing Gastric Residuals in Preterm Neonates: A Randomized Crossover Trial. *Indian pediatrics*, 55, 568-572;

26

Referências Bibliográficas

- Kelly, B. A., Irigoyen, M. M., Pomerantz, S. C., Mondesir, M., & Isaza-Brando, N. (2017). Swaddling and infant sleeping practices. *Journal of community health*. 42(1), 10-14;
- McDonnell, E., & Moon, R. Y. (2014). Infant deaths and injuries associated with wearable blankets, swaddle wraps, and swaddling. *The Journal of pediatrics*. 164(5), 1152-1156;
- Tamez, R.N. (2013). *Enfermagem na UTI Neonatal* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan Ltda;
- Yilmaz, A. E., Unsal, N. S., Celik, N., Karabel, M., Keskin, E. A., Tan, S., & Aldemir, S. (2012). A perspective from the practice of swaddling by Turkish mothers. *Hippokratia*, 16(2), 130.
- Xavier, S. O. N., M. A., Badolati, M. E. M., de Paiva, M. B., & de Camargo, F. C. M. (2012). Estratégias de posicionamento do recém-nascido prematuro: reflexões para o cuidado de enfermagem neonatal [Positioning strategies for premature newborns: implications for neonatal nursing care]. *Revista Enfermagem UERJ*, 20(6), 814-818.
- www.Philips.com - acessado a 20/12/2019
- <https://www.spneonatologia.pt/> - acessado a 30/11/2019
- <https://www.marchofdimes.org/> - acessado a 20/01/2020

27



28

Apêndice XIV

A Supervisão Clínica em Enfermagem: um jornal de aprendizagem



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

A Supervisão Clínica em Enfermagem:

Um jornal de Aprendizagem

Carolina Matos de Sá Melo França



**Lisboa
2021**



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

A Supervisão Clínica em Enfermagem:

Um jornal de Aprendizagem

Carolina Matos de Sá Melo França



Orientador: Prof.^a Maria Alice Curado



**Lisboa,
fevereiro de 2021**

O presente jornal de aprendizagem foi elaborado durante o período de ensino clínico, tendo por base o Ciclo Reflexivo de *Gibbs*. Este está organizado em seis fases principais que se interligam em ciclo: a descrição (o que aconteceu); os sentimentos (o que pensei e senti); a avaliação (o que foi bom e mau na experiência); a análise (que sentido tem); a conclusão (o que poderia ter feito melhor) e planejar a ação (como farei numa próxima vez). Ao refletir de forma organizada e seguindo a par-e-passo este ciclo, mais facilmente analiso os fatos e reflito acerca da situação à luz da teoria, o que pode servir para promover a melhoria dos cuidados. Ao longo do trabalho, tive em conta todas as dimensões do ciclo, interligando-as, terminando o trabalho com as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista e com a evidência científica.

Devido às novas condições causadas pela pandemia de COVID-19, fui obrigada a abandonar o local onde estava a estagiar por ordem da administração do hospitalar, tendo ficado com esse estágio cancelado. Neste período, e de forma a continuar o meu percurso enquanto futura Enfermeira Especialista, foi-me proposto no meu local de trabalho a orientação de uma estudante do Curso de Licenciatura em Enfermagem ao qual respondi afirmativamente. Nunca tinha surgido esta oportunidade, apesar de ser um dos meus objetivos como profissional. Assim, aproveitando a minha maior disponibilidade pareceu-me uma boa altura para o fazer. Inicialmente senti-me entusiasmada e, ao longo do percurso, para além de sentir empatia (uma vez que também me encontro na situação de estudante), senti que estava a ser importante para a segurança e para o desenvolvimento da estudante (I).

No decurso do estágio, tentei deixar a I. sempre confortável, criando um espaço de cumplicidade e de suporte entre as duas. No primeiro dia apresentei-me, falei-lhe um pouco acerca da mim e do meu percurso escolar e profissional. Para além disto, mostrei-lhe o serviço e a sua organização, apresentei-a aos restantes colegas e profissionais naquele turno e ao longo de todo o ensino clínico. Perguntei-lhe um pouco também sobre ela, de forma a perceber quais os conhecimentos pré-existentes, quais as expectativas relativas ao estágio, quais as dificuldades sentidas ao longo dos outros estágios e quais os seus principais interesses e objetivos a desenvolver. Começamos o ensino clínico do mais simples para o mais complexo, com bebés em berço com necessidades mais simples, tendo aumentado o nível de complexidade ao longo do tempo e consoante confiança e capacidade da estudante. Antes de iniciar os cuidados aos bebés, tentava que ela verbalizasse um plano de cuidados mental consoante as prioridades de cada bebé, discutindo em conjunto o que fazia sentido

para cada situação e porquê. Tentei, ao longo do tempo, fazer a I. perceber que nunca tudo está totalmente errado, que o pensamento e o conhecimento estão lá, é preciso é desconstruir e voltar a construir, referindo que não queria que ela tivesse medo em dizer o que achava, tirando dúvidas sempre que necessário. Fomos falando de temáticas que considerávamos importantes estudar e, quando discutíamos o que a I. tinha estudado, eu tentava sempre fazê-la pensar o que é que esse conhecimento significava na prática, nos cuidados, tentando que ela arranjasse um sentido e uma funcionalidade para tal e percebesse a aplicabilidade da teoria na prática clínica.

Durante o estágio, a I. tinha dois trabalhos para realizar, determinados pela escola: um Jornal de Aprendizagem e um Estudo de Caso. Em ambos, tentei perceber que situações é que tinham despertado interesse na I., deixando-a escolher aquelas que lhe faziam sentido para o desenvolvimento de competências a que se tinha proposto. Durante a realização destes trabalhos, mostrei-me sempre disponível, fui esclarecendo dúvidas e refletindo em conjunto com a I. acerca das temáticas abordadas e das situações escolhidas, tendo por fim feito uma revisão dos trabalhos dela dando-lhe feedback. Ao longo de todo o ensino clínico, tive também atenção ao reforço positivo que fui dando pois lembro-me do impacto que esse reforço teve ao nível da minha confiança, segurança e desenvolvimento no período em que era estudante. No final, e após conversa entre ambas, consideramos que este ensino clínico tinha sido vantajoso e promotor de desenvolvimento para as duas.

Pensado acerca de tudo, considero esta experiência bastante positiva para o meu crescimento pessoal, profissional e até ao nível do desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista (EE) como é a Supervisão Clínica. A Supervisão Clínica em Enfermagem (SCE) é considerada um processo contínuo e formal de acompanhamento profissional que ocorre através de processos de reflexão e de análise da prática clínica e cujo objetivo visa a promoção de uma tomada de decisão autónoma, tendo sendo como foco a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados que são prestados (OE, 2010). Isto é corroborado por Abreu (2002) que refere que a SCE é uma forma de promover não só a proteção como também a segurança e o bem-estar dos doentes, sendo um processo formal de suporte profissional e de aprendizagem que proporciona o desenvolvimento de conhecimentos e competências. Enquanto supervisor, este tem a missão de facilitar e promover a socialização do supervisionado, devendo ser capaz de favorecer uma relação interpessoal, numa atmosfera afetivo-relacional positiva assente na entreajuda

recíproca, aberta e espontânea, sendo essencial que o supervisionado seja agente ativo e dinâmico no seu processo de aprendizagem (OE, 2010).

Na sua prática, os enfermeiros devem então ser capazes de supervisionar e dar suporte aos estudantes de enfermagem no desenvolvimento da sua competência profissional (Landmark et al., 2003). Segundo Mahasneh et al. (2020), várias escolas argumentam que a supervisão clínica é necessária para os estudantes de enfermagem pois facilita a criação de uma relação de suporte, promovendo assim o processo de aprendizagem dos mesmos. Para além disto, os mesmos autores referem que o processo de supervisão contribui para o desenvolvimento de competências e confiança profissional, melhorando a qualidade dos cuidados prestados, algo fulcral na prática da arte que é a Enfermagem. No estudo realizado por Severunssons e Sand (2010), chegou-se à conclusão de que a supervisão clínica influencia fortemente o desenvolvimento da identidade profissional de estudantes, não só a nível de crescimento pessoal com também de capacidade de decisão.

Durante a UC Supervisão Clínica em Enfermagem, foram abordados os Dez Princípios Psicopedagógicos apresentados por Antoni Zabala e Laia Arnau (2014), princípios estes que considero terem sido orientadores durante toda esta experiência. O primeiro princípio remete aos Esquemas de Conhecimento e Conhecimentos Prévio. Aqui é importante perceber diretamente qual o nível de conhecimento do estudante, algo que fui fazendo ao longo do ensino clínico perguntado o que é que a Inês sabia acerca da neonatologia e vários temas centrais na mesma (cuidados neuroprotetores, especificidades dos prematuros, amamentação, etc). Na altura, a I. referiu já ter estagiado no puerpério onde abordou a questão da amamentação de forma recorrente. Então, e indo de acordo com o segundo princípio que é referente à Vinculação Profunda entre os novos conhecimentos e os conhecimentos prévios, tentei simplificar determinados assuntos (como a amamentação) de forma a estabelecer uma relação entre esses mesmos conhecimentos. O terceiro princípio remete para o Nível de Desenvolvimento do estudante. É essencial durante um processo de SCE ter em conta qual o nível de entendimento na área do mesmo. Por ser uma área muito específica e nunca ter tido contacto com a neonatologia, iniciamos o estágio em bebés com uma complexidade menor e fomos, gradualmente, aumentando essa complexidade consoante a avaliação dos conhecimentos e competências adquiridos. Para além de tudo isto, fui criando momentos de interação, partilha e esclarecimento de dúvidas durante todo o período de estágio, tendo

promovido o quarto princípio psicopedagógico intitulado Zona de Desenvolvimento Proximal. Focando agora a questão da integração dos estudantes nos serviços, é importante dar a conhecer as especificidades do mesmo, a sua organização e os profissionais que o compõem, algo que fiz logo no primeiro dia, promovendo assim uma Disposição para a Aprendizagem, o quinto princípio apresentado pelos autores.

Focando o sexto princípio, a Relevância e funcionalidade dos novos conteúdos, percebo que tentei sempre que a Inês percebesse o que estava a ser feito, porquê e quais as consequências. Um exemplo que dei foi a utilização da sacarose no controlo da dor em procedimentos potencialmente dolorosos – quando dar, realizando avaliações da dor antes, durante e após o procedimento. Posteriormente, segundo o sétimo princípio Atividade Mental e Conflito Cognitivo, questionar como priorizar os cuidados é uma forma de promover a reflexão e a discussão acerca dos cuidados necessários, levando a que o estudante, neste caso a Inês, vivesse um conflito cognitivo interno, incentivando a capacidade de escolha e de tomada de decisão, algo que considero ter feito ao longo do estágio. A tentativa de perceber quais as situações que despontavam mais interesse na I. foi também facilitadora já que estava a incentivar a sua motivação, desenvolvendo uma atitude favorável ao seu próprio desenvolvimento, tornando-a agente dinâmico nesse mesmo processo, indo de acordo com o oitavo princípio: Atitude favorável, sentido e motivação. No novo princípio, Autoestima, autoconceito e expectativas, é reforçada a importância de dar feedback com frequência já que isso promove segurança no outro, aumentando a sua motivação e autoestima. Por fim, o último princípio é a Reflexão sobre a Metacognição, onde é importante que o supervisor promova a reflexão constante acerca não só dos conhecimentos como da prática.

Segundo Esterhuizen e Freshwater (2009), a supervisão clínica deve servir para melhorar as práticas exercidas e desenvolver o indivíduo. Trabalhar com o outro é realmente importante. No estudo realizado por Mahasneh et al. (2020), chegou-se à conclusão de que trabalhar lado-a-lado durante um processo de supervisão promove sentimento de segurança, sendo importante que o supervisionado seja tratado com respeito e seja visto como parceiro na relação de supervisão. Segundo (Bond & Holland, 1998), é essencial que, durante todo o processo, seja demonstrado suporte, apoiando o supervisionado como uma pessoa incentivando-o, para que este consiga reconhecer os seus próprios conhecimentos e habilidades. Para os mesmos autores,

quando o supervisionado se sente apoiado, será mais capaz de pensar de forma mais clara e profunda e, assim, melhorar a sua prática e os cuidados de saúde que presta.

A importância da Supervisão Clínica em Enfermagem enquanto Enfermeira Especialista é reforçada no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019). No domínio C, competência “C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação de saúde”, na unidade de competência C1.2 está referido que o EE “Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade” (p. 4748). Para além disto, esta atividade também me permitiu desenvolver outras competências referentes aos domínio D, como a “D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”, unidades de competência “D1.1 – Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro” e “D1.2 – Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional”. Para além destas, também considero que as unidades de competência da competência “D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” também foram desenvolvidas, sendo estas a “D2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho” e “D2.2. – Suporta a prática clínica em evidência científica” (RCCEE, 2019).

Considero que, nesta situação, apesar de ter sido forçada a interromper o meu percurso, consegui ter a oportunidade de aproveitar esse tempo para desenvolver outras competências também importantes enquanto Enfermeira Especialista. Penso não ter existido nada de negativo na experiência, sentindo inclusive um crescimento significativo enquanto profissional. Foi a primeira e única situação de SCE com um estudante e, talvez por isso, sinto alguma dificuldade em identificar aspetos que poderia ter feito de maneira diferente. A meu ver, cada aluno é um aluno e cada situação de SCE é diferente e específica. Não sei como farei de uma próxima vez, acho que tentarei seguir a mesma linha de orientação já que me fez tanto sentido e, ao longo do tempo, se for percebendo que determinada estratégia não esta a ser promotora de desenvolvimento mutuo, alterar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2002). Supervisão clínica em enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade. *Sinais Vitais*, 45(5), 3-57;
- Bond, M. & Holland, S. (1998). *Skills of clinical supervision for nurses: A practical guide for supervisees, clinical supervisors and managers*. Open University Press;
- Eraut, M. (2006). Learning contexts. *Learning in Health and social care*, 5(1), 1-8;
- Eraut, M. (2007). Learning from other people in the workplace. *Oxford review of education*, 33(4), 403-422;
- Esterhuizen, P. & Freshwater, D. (2009). *Clinical supervision and reflective practice*;
- Freshwater, D., Taylor, B. & Sherwood, G., (Eds). *International Textbook of reflective practice in nursing*. (pp. 119-136). Blackwell Publishing;
- Jasper, M. (2003). *Beginning reflective practice*. Nelson Thornes;
- Landmark, B., Hansen, G., Bjones, I. & Bohler, A. (2003). Clinical supervision – factors defined by nurses as influential upon the development of competence and skills in supervision. *Journal of Clinical Nursing*, (12), 834-841;
- Lei nº140/2019 (2019). Regulamentação de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, aprovado pelo Decreto-lei n.º 140/2019, de 06 de Fevereiro. Assembleia da república. Diário da República II Série (Nº26 de 06-02-2019), 4744-4750,
- Lyth, G. M. (2000). Clinical supervision: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 31(3), 722-729;
- Mahasneh, D., Shqirat, N., Al Hadid, L., Alja'afreh, M. A., & Shosha, G. M. A. (2020). Nursing students' experience of clinical supervision and contributing factors in Jordan. *Nurse Education Today*, 92, 104515;
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Modelo de desenvolvimento profissional: Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização de sistema de certificação de competências*;
- Zabala, A., & Arnau, L. (2014). *Como aprender e ensinar competências*. Artmed Editora.