



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

**O Conforto do Recém-Nascido submetido a cirurgia
na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**

Liliana do Rosário Abreu Pombeira



**Lisboa
2021**



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

**O Conforto do Recém-Nascido submetido a cirurgia
na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**

Liliana do Rosário Abreu Pombeira



Orientador: Professora Doutora Maria Alice dos Santos Curado



**Lisboa
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, um agradecimento especial à Professora Doutora Alice Curado pela sua sabedoria, perseverança e paciência neste caminho de altos e baixos. Com a sua orientação exemplar, com rigor científico e visão crítica, permitiu que concluísse esta etapa profissional de forma enriquecedora.

A ti Pai, por me teres ensinado a ser a pessoa que sou, a nunca desistir dos meus sonhos e por teres sempre acreditado em mim.

A ti Luís, às minhas filhas Carolina e Leonor, e a ti Mãe, pelo vosso apoio, por terem estado ao meu lado neste percurso, por todo o tempo que “roubei” à família mas principalmente pelo vosso amor incondicional.

Aos meus amigos, especialmente à minha “mana” Fátima Sousa e Rita Figueira, por me acompanharem, apoiarem e motivarem naqueles momentos cruciais, mas também pela vossa amizade.

Aos enfermeiros orientadores e todas as pessoas que contribuíram para a concretização desta dissertação, que foi enriquecida pela vossa experiência, disponibilidade em ensinar e acolhimentos nos estágios.

*“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens,
e sim em ter novos olhos”*

Marcel Proust

Resumo

Nestas últimas décadas, a Neonatologia sofreu uma grande evolução científica e dos seus recursos, no ambiente tecnológico e altamente sofisticado, o que permitiu uma redução na morbidade e mortalidade dos recém-nascidos, promovendo novos desafios. A acompanhar esta evolução está a prestação de cuidados de enfermagem assente nos grandes pilares da enfermagem pediátrica; a filosofia dos Cuidados Centrados na Família e na parceria de cuidados, os cuidados não traumáticos e, também, os cuidados promotores do neurodesenvolvimento, que são fulcrais para a organização e desenvolvimento do cérebro frágil e imaturo do recém-nascido. Como este relatório tem como foco o cuidado à pele do recém-nascido e a sua proteção, o mesmo destaca os cuidados não traumáticos.

Através da pele, o recém-nascido experencia o toque, a pressão, a temperatura e a dor que são recebidas por milhões de terminações nervosas. Tal como neste campo se regista uma clara evolução no conhecimento, o mesmo se regista na cirurgia neonatal. Contudo, a cirurgia neonatal provoca dor e stress no recém-nascido e sua família. Sabendo que, por vezes, esta dor pode estar associada ao local cirúrgico, torna-se imperativo confortar o recém-nascido e sua família, mas também fazer uma avaliação da evolução da ferida cirúrgica, o que exige conhecer as práticas baseadas na evidência científica para uma melhor adequação das intervenções de enfermagem.

O presente relatório é o resultado da aprendizagem baseada em evidências, de experiências ao longo dos estágios, orientada pelos objetivos delineados e atividades desenvolvidas, mas sobretudo pela reflexão sobre as práticas dos cuidados à criança e ao recém-nascido submetido a cirurgia, suportada pela teoria e pela investigação. Todos estes contributos foram cruciais para o desenvolvimento das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e de Mestre em Enfermagem. Neste percurso foi adotado como referencial teórico, a Teoria de Conforto de Katherine Kolcaba, pois o conforto é uma experiência imediata que requer intervenções de enfermagem que vão ao encontro das necessidades específicas do indivíduo, integrado na filosofia dos Cuidados Centrados na Família de forma a clarificar a observação dos diferentes tipos de conforto e o seu contexto, para concetualizar os cuidados de enfermagem à criança e sua Família numa perspetiva holística.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Recém-nascido; Conforto; Ferida cirúrgica; Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

Abstract

In these last decades, Neonatology has undergone a great scientific evolution and the same with its resources, in the technological and highly sophisticated environment that allowed a considerable reduction in the morbidity and mortality of newborns, fostering new challenges. Accompanying this evolution is the provision of care. These, in addition to being based on the pillars of pediatric nursing, the philosophy of Family Centered Care and also the promoters of neurodevelopment, which are central to the organization and development of the newborn's fragile and immature brain. Given that this report focuses on the newborn's skin and its protection, it brings out another pillar: that of non-traumatic care.

Through the skin, the newborn experiences the touch, pressure, temperature and pain that are received by millions of nerve endings. As in this field there is a clear evolution in knowledge, the same is true in neonatal surgery. However, neonatal surgery causes pain and stress in the newborn and his family. Knowing that, sometimes, this pain can be associated with the surgical site, it is imperative to comfort the newborn and his family, but also to make an assessment of the evolution of the surgical wound, which requires knowing the practices based on scientific evidence to adapt the nursing interventions.

This report is the result of evidence-based learning, experiences throughout the internships, guided by the objectives outlined and activities developed, but above all, by reflecting on the practices of care for children and newborns submitted to surgery, supported by theory and research. All of these contributions were crucial for the development of the skills of Specialist Nurse in Child Health Nursing and Pediatrics as well as Master in Nursing.

The theoretical framework, Katherine Kolcaba's Theory of Comfort, was adopted throughout this path, given that comfort is an immediate experience that requires nursing interventions that meet the specific needs of the individual, integrated in the Family Centered Care philosophy in order to clarify the observation of different types of comfort and their context, to conceptualize nursing care for children and their families in a holistic perspective.

Key words: Nursing Care; Newborn; Comfort; Surgical Wound; Neonatal Intensive Care Unit.

Abreviaturas

CCF – Cuidados Centrados na Família

CEDI - Consulta de Enfermagem do Desenvolvimento Infantil

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CVSIJ - Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EEESMP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

GCAL - Grupo Comunitário da Alta de Lisboa

INE – Instituto Nacional de Estatística

MEEESIP – Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

NACJR - Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PHDA - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RN - Recém-Nascido

SAI - Serviço de Apoio Integrado

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

SUP - Serviço de Urgência de Pediatria

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	13
1. PROBLEMÁTICA	17
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	21
2.1. As teorias de Enfermagem como base no cuidar	21
2.2. O cuidar em enfermagem pediátrica	24
2.3. Os cuidados promotores do neurodesenvolvimento do recém-nascido	26
2.4. O cuidado à pele do recém-nascido quando submetido a cirurgia	29
3. METODOLOGIA	35
4. PERCURSO FORMATIVO DE AQUISIÇÃO DE	38
COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE	
MESTRE	
4.1. Cuidados de Saúde Primários	39
4.2. Consulta de Enfermagem do Desenvolvimento Infantil	44
4.3. Serviço de Urgência de Pediatria	49
4.4. Serviço de Internamento de Pediatria	54
4.5. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	59
5. CONCLUSÃO	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64

ÍNDICE DE APÊNDICES E ANEXOS

ÍNDICE DE APÊNDICES

- ❖ Apêndice I – Cronograma dos Estágios
- ❖ Apêndice II – Guia Orientador das atividades de estágio
- ❖ Apêndice III – Folhetos de informação e promoção dos cuidados no processo saúde-doença
- ❖ Apêndice IV – Reunião multidisciplinar de pedopsiquiatria no contexto de cuidados de saúde primários: uma reflexão crítica
- ❖ Apêndice V – Estratégias para capacitação parental com crianças com Autismo na consulta de desenvolvimento
- ❖ Apêndice VI – Qual o melhor desinfetante para a pele na população pediátrica?: uma reflexão crítica
- ❖ Apêndice VII - Plano da Sessão de Formação no Serviço Urgência de Pediatria: Cuidar da criança com feridas em pediatria – Material de penso
- ❖ Apêndice VIII - A dor na criança quando internada num serviço de cirurgia pediátrica: uma reflexão crítica
- ❖ Apêndice IX – Plano da Sessão de Formação no Serviço de Neonatologia: Escala de observação do risco de lesão da pele em neonatos, aplicação da *Neonatal Skin Risk Assessment Scale* (NSRAS)
- ❖ Apêndice X – Os indicadores de avaliação da evolução da ferida cirúrgica num recém-nascido internado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: Revisão scoping
- ❖ Apêndice XI - Norma dos cuidados à pele ao recém-nascido submetido a cirurgia

ÍNDICE DE ANEXOS

- ❖ Anexo I – Certificado de presença do XXVII Congreso de Neonatología y Medicina Perinatal – VII Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Neonatal e os certificados de apresentação dos dois pósteres *Abordaje terapéutico a un recién nacido, sometido a cirugía abdominal internado en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: estudio de caso sobre la intervención en la herida* e do póster *Lesión de la piel en el recién nacido*

internado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: protocolo para una revisión scoping.

- ❖ Anexo II – Certificado de participação no “Curso Pré-Congresso 2019: “Feridas XS - A Realidade da Pediatria”, no Congresso APTFeridas’19 – “Produção e Difusão do Conhecimento” e o certificado de comunicação científica sob a forma de póster “Abordagem terapêutica a um recém-nascido, submetido a cirurgia abdominal internado numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: estudo de caso sobre a intervenção na ferida.”
- ❖ Anexo III – Certificado de presença no 48º Congresso Português de Neonatologia
- ❖ Anexo IV – Certificado de participação no IV Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da área de Lisboa

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Exemplo de estrutura taxonómica do conforto aplicado na UCIN, a um RN submetido a cirurgia	24
Quadro 2: As características da pele do adulto, RN termo, RN pré-termo e a sua importância	30

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se na Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 3º semestre do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Este é fruto do percurso nos diferentes estágios nos quais, através da realização de diversas atividades e com pensamento crítico e reflexivo, obtive contributos que possibilitaram o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista. A execução do relatório de estágio tem como finalidade transmitir os resultados do percurso de formação na área clínica, justificando as escolhas e as atividades/aprendizagens que permitiram desenvolver competências de enfermeiro especialista, comuns e específicas na área de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediatria, mencionando as diferentes dimensões do exercício de enfermagem e conciliável com as competências de mestre.

A temática deste relatório, e sobre a qual houve um maior enfoque nos diferentes estágios, foi o conforto da criança/jovem e, mais especificamente, do recém-nascido (RN) submetido a cirurgia na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), sendo o objeto de estudo o cuidado do RN com ferida cirúrgica. A justificação por esta opção pessoal está intimamente ligada ao facto de nas práticas de cuidados ainda haver uma grande dificuldade em cuidar de RN com ferida cirúrgica. A não existência de protocolos/normas de apreciação e intervenção na ferida cirúrgica tem dificultado a atuação dos profissionais. Para além desta dificuldade, muitas vezes falta conhecimento para selecionar o material mais adequado ao seu tratamento, sobretudo em situações de maior complexidade. Acresce a estes aspetos práticos, a pouca existência de resultados de investigação na área e, concomitantemente, a baixa publicação de artigos de qualidade e ainda os problemas e complicações cirúrgicas (sobretudo infeção) associados às elevadas taxas de internamento destas crianças nas unidades de neonatologia. Em relação aos dados estatísticos da UCIN onde desempenho funções, nos anos de 2017 e 2018, a taxa de internamento de RN submetidos a grande cirurgia foi de 4,2% e 6,3%, respetivamente, e RN com infeção hospitalar foi de 9,6% e 10,6%, respetivamente. Quando relacionamos os RN submetidos a uma grande cirurgia e que sofreram uma infeção hospitalar, a taxa aumenta para 42,9% (2017) e 65%

(2018) (RIOS, 2019). Comparando com a média nacional, que em 2017 foi de 26,3% e 2018 foi de 29,4%, facilmente verificamos que no contexto referido, existem sensivelmente o dobro de infecções hospitalares com RN submetidos a grande cirurgia. Tendo em conta estes dados estatísticos e a minha experiência profissional, considero de primordial importância aprofundar conhecimentos teórico-práticos nesta área temática e, ao mesmo tempo, sistematizar o trabalho desenvolvido em contexto profissional na UCIN, contribuindo para a melhoria da qualidade de cuidados, tendo sempre como base a melhor evidência científica disponível de forma a promover cuidados baseados na evidência e sucesso na uniformização das práticas.

Para a elaboração do presente relatório e durante a execução dos estágios, tive como foco o conforto da criança e do RN submetido a cirurgia, abordando as práticas de enfermagem promotoras de cuidados à criança e ao RN com ferida cirúrgica e sua família. Em todos os contextos de estágio, foram desenvolvidas competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP), na intervenção de enfermagem com a criança, jovem e família em diferentes situações de saúde e doença, ao longo das etapas do desenvolvimento.

A metodologia utilizada para a realização deste relatório alicerçou-se num processo de ensino-aprendizagem, na descrição, reflexão e análise crítica sobre as práticas e as atividades desenvolvidas nos diversos campos de estágio, que contribuíram para o meu percurso formativo e práxis profissional. Sabendo que este desenvolvimento pessoal e profissional é um processo dinâmico, reflexivo e adaptativo, o mesmo irá permitir não só um conhecimento da prática avançada, mas também a aquisição de competências, com o objetivo de desenvolver uma postura autónoma, responsável e criativa. Segundo Schön (1983) é através da reflexão que podem surgir saberes tácitos que aparecem através das sucessivas experiências de uma prática especializada e podem dar um novo sentido às situações de incerteza ou singularidade que a prática permitiu experienciar.

Para conceptualizar este processo formativo foi necessário adotar referenciais teóricos de forma a orientar o estudo e compreensão da problemática. Elegi a Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, pois é um modelo teórico de cuidados que pode ser aplicado universalmente à pessoa, inclusive às crianças mais pequenas

(Williamson, 2012), integrado numa filosofia de cuidados centrados na família (CCF) e cuidados não traumáticos.

Devido às particularidades que o RN internado na UCIN e a sua família experienciam, é essencial desenvolver competências comuns do EE com maior domínio na melhoria contínua da qualidade e na gestão nos cuidados (OE, 2019). Por outro lado, e como futura EEESIP, devo aprofundar e aperfeiçoar competências específicas nos cuidados de enfermagem “*específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem*” (OE, 2018, p.19192), promovendo o crescimento e o desenvolvimento infantil, mas também na vinculação sistemática, nomeadamente do RN doente ou com necessidades especiais. Simultaneamente, o foco também será na promoção dos cuidados ao RN, criança e jovem com ferida cirúrgica em qualquer contexto em que se encontre. Desta forma foram definidos os seguintes objetivos gerais:

- Desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP na intervenção de enfermagem com a criança, jovem e família em diferentes situações de saúde e doença e em diferentes contextos, ao longo das etapas do desenvolvimento.
- Desenvolver intervenções de enfermagem promotoras do conforto do RN, criança, jovem com ferida cirúrgica e sua família.

Durante os estágios esteve sempre presente na minha prestação de cuidados a filosofia dos cuidados pediátricos, não esquecendo os princípios éticos e deontológicos da nossa profissão, os regulamentos das competências comuns e específicas do EEESIP, o regulamento dos padrões de qualidade, dos cuidados especializados em enfermagem de saúde e da criança e do jovem (entre outros) e os resultados da investigação que permitiram a sustentação da prática reflexiva neste processo de aprendizagem e na execução deste relatório.

O relatório está estruturado em cinco capítulos: no primeiro é abordado a justificação da problemática; no segundo é referido o enquadramento teórico e conceptual; no terceiro é mencionado a metodologia aplicada; no quarto é aprofundado o percurso formativo, nomeadamente a descrição das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos dos estágios, fazendo uma reflexão da prática sustentada pela evidência científica mais recente, mas também articulando e

analisando com as competências comuns do EE e específicas do EEESIP. No quinto encontra-se a conclusão deste percurso formativo e, por último, as referências bibliográficas utilizadas e que deram suporte a este relatório. Nos apêndices e anexos são apresentados os documentos pertinentes que deram o suporte e um melhor entendimento desta caminhada.

1. PROBLEMÁTICA

O sistema de saúde, no nosso país, tem sofrido grandes mudanças nas últimas décadas, havendo a necessidade de se reajustar consoante a evolução do conhecimento científico, mas também pela evolução da sociedade e da conjuntura económica. A saúde infantil e pediátrica foi uma das áreas de saúde que mais evoluiu, como comprovado pelo facto de termos a taxa de mortalidade infantil mais baixa da Europa, um dos itens que avalia a qualidade de cuidados de saúde prestados.

As UCIN são locais apetrechados de tecnologia altamente sofisticada que dão assistência a RN de alto risco, ou seja, RN que apresentam uma maior mortalidade e morbilidade - além da sua idade gestacional ou peso ao nascer - que está relacionado com acontecimentos que poderão ser associados ao nascimento e/ou à adaptação à vida extrauterina (Askin & Wilson, 2014).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) nascem anualmente, em todo o mundo, 15 milhões de RN pré-termos, ou seja, 1 em cada 10 bebés nasce prematuramente. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística entre 2012 e 2017 verificou-se um aumento da percentagem de nados-vivos de baixo peso (peso inferior a 2500 gramas) e representavam 8,9% do total de nascimentos com vida em 2017 (INE, 2018). No mesmo período, registou-se também um acréscimo da percentagem de nados-vivos pré-termo (com menos de 37 semanas de gestação), de 7,8% para 8,1%. Nos últimos anos, com os avanços científicos e a evolução dos diversos recursos técnicos, tem-se verificado uma redução considerável na morbilidade e mortalidade dos RN de risco (Araújo & Reis, 2012). Contudo, o ambiente tecnológico e altamente sofisticado, a curto, a médio e a longo prazo acarreta novos desafios nos cuidados a estas crianças.

A grande evolução nos cuidados ao RN pré-termo, permitiu o investimento nos RN a partir das 22 semanas de gestação (Altimier & Phillips, 2013). No entanto, este progresso tem grandes custos físicos, emocionais e financeiros, porque o internamento destes RN poderá representar semanas e meses numa UCIN, o que pode vir a afetar o neurodesenvolvimento destas crianças, uma vez que o sistema neurológico fetal desenvolve-se no último trimestre da gravidez. Na UCIN, para garantir a sobrevivência destes RN pré-termo, existe uma estimulação excessiva do

ambiente (como por exemplo: ruído, cheiros desagradáveis, luz excessiva), mas também na própria prestação de cuidados, que é potencialmente prejudicial para a organização e desenvolvimento do cérebro frágil e imaturo do RN (Butler & Als, 2008).

Tendo por base estas premissas, Altimier e Phillips (2016) desenvolveram um modelo de cuidados cujo objetivo é diminuir os efeitos negativos do ambiente extrauterino, o Modelo de Cuidados Centrados no Desenvolvimento Neonatal que assenta em sete medidas nucleares neuroprotetoras: ambiente; parceria com as famílias; posicionamento e manipulação; minimização do *stress* e da dor; proteção da pele; proteção do sono, e otimização da nutrição. Este modelo utiliza intervenções neuroprotetoras como estratégias para suportar conexões neuronais ideais, promover o desenvolvimento neurológico, físico e emocional normal e prevenir deficiências. De entre estas sete medidas, destaca-se a proteção da pele, dado que é um dos novos desafios para a equipa de enfermagem. Como por exemplo, os RN internados numa UCIN estão frequentemente sujeitos a diversos dispositivos de monitorização, equipamento de suporte de vida, acessos arteriais/venoso e outros instrumentos, uso e remoção de adesivos que causam trauma na epiderme, utilização de soluções desinfetantes na pele que podem ser absorvidos, resultando em toxicidade e outros efeitos colaterais (lesão da pele como o aparecimento de flictena e descamação da pele) (Lund, Kuller, Lane, Lott, Raines & Thomas, 2001; Altimier & Phillips, 2016).

A pele é um dos órgãos mais importantes no nascimento por ter a responsabilidade das seguintes funções: proteção de barreira contra a perda de água e controlo da absorção de substâncias (incluindo a luz); termorregulação; formação de camada ácida e controlo da infeção; regulação hidroeletrolítica; função sensorial tátil (AWHONN, 2018). Num RN pré-termo, a pele representa 13% do peso corporal, em comparação com 3% em adultos. As sensações de toque, pressão, temperatura e dor são recebidas por milhões de terminações nervosas. A pele é, ainda, um veículo no estabelecimento precoce da relação mãe-filho em que a qualidade do toque é responsável pelas respostas posteriores do RN ao ambiente (Lund & Kuller, 2014).

Assim, o cuidado de enfermagem na UCIN, deve também privilegiar o cuidado à pele, manutenção da sua integridade e minimização do trauma. Sendo assim, o

Enfermeiro Especialista (EE) na prestação de cuidados ao RN de alto risco, deve estar atualizado das práticas suportadas pela investigação mais recente e pelas recomendações desta emergentes para a proteção da pele, concretizando assim duas das competências comuns inerentes ao EE, que são o domínio da melhoria contínua da qualidade e a gestão dos cuidados. Este conhecimento também é baseado em competências previamente adquiridas resultantes da prática de cuidados ao RN internado na UCIN e sua família, mas também através de um caminho reflexão das práticas suportadas pela teoria e pela formação. A filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF) está sempre presente na prática de cuidados de enfermagem na UCIN, promovendo a vinculação de forma sistemática, promovendo a parentalidade e os cuidados não traumáticos. Para melhor apoiar o desenvolvimento dos cuidados opta-se pelo modelo teórico de Katherine Kolcaba - Teoria do Conforto, pelo facto de o conforto ser considerado como o estado resultante das intervenções de enfermagem e apresentar uma estrutura taxonómica que também permite operacionalizar esta problemática (Williamson, 2012).

Por conseguinte, a construção deste relatório também tem como intuito contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de qualidade, de forma a promover o crescimento e desenvolvimento infantil, mas com maior enfoque no RN, no que respeita aos cuidados à pele/ferida quando este é submetido a uma cirurgia. Neste sentido, é imperativo pesquisar e identificar os diferentes tipos de ferida cirúrgica, conhecer a correta avaliação de uma ferida, a existência de alguma escala/ instrumento de avaliação e por último, o tratamento instituído para uniformização de práticas/intervenções de enfermagem autónomas nos cuidados a estas crianças e que consciencialize os enfermeiros para uma prática de cuidados fundamentada na evidência, reflexiva de modo a promover cuidados de excelência.

O enfermeiro que exerça funções numa UCIN, em especial EEESIP, deve atuar precocemente na criança e família nas situações de especial complexidade, mas também prestar cuidados específicos de acordo com as necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança, respeitando a individualidade da tríade (OE, 2018).

O presente relatório será um alicerce de uma “caminhada”, identifica indicadores de avaliação da evolução da ferida cirúrgica num RN internado na UCIN

através de uma scoping review com o objetivo de dar um passo para a excelência no cuidar em Enfermagem na área da Saúde Infantil e Pediátrica.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O enquadramento conceptual é determinante para a construção de uma base de trabalho da qual emergem conceitos e teorias de enfermagem fundamentais para a qualidade do exercício profissional. De seguida apresenta-se as teorias de enfermagem que sustentam os cuidados de enfermagem pediátrica. Posteriormente será mencionado os cuidados promotores do neurodesenvolvimento do RN e os cuidados à pele do RN quando submetido a uma cirurgia.

2.1. As teorias de Enfermagem como base no cuidar

Desde os primórdios da humanidade que o cuidar faz parte da vida do ser humano, respondendo às suas necessidades, uma vez que é imprescindível para manter a vida. A Enfermagem, para além de ser uma ciência, é também a arte do Cuidar, incorporando conhecimentos e cuidados técnicos, científicos e humanos, assentes numa relação de duas pessoas, a que cuida e a que é cuidada (Ferreira, Pontes & Ferreira, 2009). De acordo com os mesmos autores, a essência do cuidado deve estar integrada numa relação holística em que a pessoa é um todo e não a soma das partes. Para isso o enfermeiro na sua práxis, deve considerar esta relação como terapêutica onde ambos, enfermeiro-cliente, são seres singulares possuidores de um sistema de valores, crenças e motivações próprios inseridos no seu habitat e de acordo com a cultura que os define. O enfermeiro deve respeitar este sistema individual da pessoa a quem vai prestar cuidados, escusando-se de juízos de valor (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

As teorias de Enfermagem fornecem trabalhos teóricos que guiam a nossa pesquisa e prática, por outras palavras, “*confere significado ao conhecimento de modo a melhorar a prática descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos*” (Tomey & Alligood, 2004, p.12). Assim, o Enfermeiro tem um domínio aumentado através do conhecimento teórico que, de forma sistemática e bem-sucedida, orienta o pensamento crítico e a tomada de decisões na prática profissional.

A teoria do conforto de Katherine Kolcaba (teoria de médio alcance) responde de forma adequada à compreensão da problemática em estudo, uma vez que o conforto surge como resultado positivo e mensurável das intervenções de

enfermagem (Kolcaba & DiMarco, 2005). A escolha desta teórica prende-se com dois motivos, o facto de dar uma visão holística do cuidar em enfermagem proporcionando uma prática centrada nas necessidades dos clientes, e de ser uma teoria recente, inovadora e de simples aplicabilidade à investigação e à prática.

A dor “é um sintoma que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde” (DGS, 2003) e desde 2003 que a DGS elaborou uma orientação em que a dor deve ser avaliada nas instituições de saúde como o 5º sinal vital. A dor no RN foi descurada até por volta da década de 80, pois considerava-se que o RN não experimentava esta sensação de uma forma tão intensa como o adulto, devido à sua imaturidade neurológica (Franck, 2002). A investigação veio demonstrar que o feto dispõe, a partir da 24ª semana de gestação, “equipamento neurosensorial” que possibilita ao RN experienciar a dor e dada à sua imaturidade a dor é uma experiência hiperálgica (Fernandes, 2010). Em 2012, a DGS traça as orientações técnicas para os profissionais de saúde sobre o controlo da dor nos RN, sendo o enfermeiro um elemento da equipa de saúde preponderante para tornar esta meta atingível. Apóstolo (2009, p.62) refere que “o controlo e a ausência de dor são muitas vezes considerados como sinónimos de conforto, enquanto que a presença e sensação de dor, descrevem, várias vezes, o sentido da palavra desconforto”. Confortar provém do latim *confortare* que significa a restituição das forças físicas, o vigor e a energia, tornar forte, fortalecer, revigorar. Este conceito tem sido relevante no contexto dos cuidados de enfermagem estando diretamente relacionado com a sua origem e desenvolvimento. Desde os tempos mais antigos que a prática de enfermagem está intimamente ligada à noção de conforto (Apóstolo, 2009). O enfermeiro é quem promove o fortalecimento e o conforto daquele que está doente, fazendo referência a Katharine Kolcaba que diz “*que a **intervenção de enfermagem é a ação de confortar** e que o conforto é o resultado dessa intervenção.*” (Apóstolo, 2009, p.67) Segundo a teórica,

o conforto é definido como condição experimentada pelas pessoas que recebem as necessidades de conforto. É a **experiência imediata e holística** de ser fortalecido através da **satisfação das necessidades dos três tipos de conforto** (alívio, tranquilidade e transcendência) **nos quatro contextos da**

experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental). (Tomey & Alligood, 2004, p.484).

Tendo por base estes pressupostos (Kolcaba & DiMarco, 2005), e também de acordo com a Associação de Enfermeiros Americana, emergem alguns princípios que estão subjacentes à enfermagem pediátrica: (a) o cuidado é individualizado com grande respeito para os objetivos e preferências de cada criança dentro do contexto de sua família; (b) cada criança e família são incentivadas a participar na definição de objetivos; (c) o cuidar é holístico, abrangendo físico, emocional, espiritual, mental, sociocultural, aspetos genéticos e de desenvolvimento de cada criança e cada família; (d) o cuidado é proactivo, com atenção para a prevenção de doenças e ferimentos através da família centrando na educação, defesa, e comunicação eficaz, e (e) o cuidado de saúde é interdisciplinar. Os autores referem ainda três tipos de Conforto em contexto pediátrico, os quais passo a descrever: **Alívio é o estado de ter um desconforto mitigado ou aliviado;** **Tranquilidade é a ausência de desconfortos específicos,** pois para experimentar a tranquilidade uma criança ou a família não tem de ter um desconforto anterior, embora o enfermeiro possa estar ciente de predisposições para desconfortos específicos; e **Transcendência é a capacidade de "ascensão acima de " do desconforto quando não podem ser erradicadas.** As intervenções para aumentar a transcendência podem ser direcionados para a melhoria do ambiente, o aumento do apoio social, ou fornecer garantias. Além disso, as intervenções para melhorar a transcendência podem ser mais efetivas vindas dos pais/famílias, embora os enfermeiros possam certamente encorajar e dar instruções e mensagens de motivação. Quando os três tipos de conforto são justapostos com os quatro contextos de experiência, uma grelha de 12 células é criada, denominada **estrutura taxonómica do conforto** (Kolcaba & Dimarco, 2005). No quadro 1, está representado um exemplo desta estrutura taxonómica do conforto, contextualizado na problemática em estudo.

Quadro 1. Exemplo de **estrutura taxonômica do conforto aplicado na UCIN**, a um RN submetido a cirurgia

		Tipos de Conforto		
		Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Contextos onde o conforto é experimentado	Físico	Dessaturação Choro Braços e pernas agitados	Respiração suave Tônus relaxado Sucção	Melhor estado de auto-regulação
	Psico-espiritual	Ansiedade da mãe separação do bebê	A capacidade da mãe de confortar o bebê	A necessidade dos pais de apoio espiritual e confiança da equipe da UCIN e da família / amigos
	Ambiental	UCIN barulhenta Luzes intensas Numerosos cuidadores	Comportamento organizado Contenção	Melhor estado de auto-regulação
	Social	Irritabilidade e dificuldade em ser consolado	Estado de alerta (olhos brilhantes) Estado de sono	Capacidade de interação do Bebê

Fonte: Williamson, K. (2012), “*Comfort Theory: A Guide for Practice of Neonatal Nursing*”, p.11

2.2. O cuidar em enfermagem pediátrica

A evolução da disciplina de enfermagem fez com que o cuidar fosse entendido e reconhecido como a essência da profissão. A enfermagem encontra no cuidar a especificidade do seu trabalho, considerando-o, deste modo, parte integrante da arte e ciência da profissão, o núcleo central, o conceito principal, ou a estrutura fundamental para a enfermagem (Watson, 2002). O cuidar de outro ser humano exige preparação técnica, compreensão, aceitação e uma postura que permita reconhecer o outro como ser biopsicossocial e não apenas como um corpo biológico.

Segundo Collière (1999, p.296), a prática da enfermagem baseia-se numa abordagem global antropológica que situa a pessoa no seu contexto de vida, tentando compreendê-la em relação aos costumes, hábitos de vida, crenças, valores que veicula, bem como situar o impacto da doença e das limitações que lhe são inerentes em relação a esse contexto.

O cuidar ajuda o enfermeiro, e à pessoa que cuida, a requerer uma ação, uma reflexão, uma intencionalidade e uma busca constante de *“novos conhecimentos que os ajudarão a descobrir novos meios do processo de cuidar durante a experiência de saúde-doença, esperando-se resultados positivos para ambos”* (Frias, 2003, p.46).

Na pediatria, o enfermeiro cuida, mostra compaixão e empatia e é responsável tanto pelo bem-estar como pela promoção da saúde da criança e da sua família e, para uma melhor qualidade de cuidados de enfermagem é fundamental estabelecer uma relação terapêutica, compreendendo as emoções e os sentimentos da criança e família. O enfermeiro na pediatria deve trabalhar com os membros da família, identificar os seus objetivos e necessidades de forma a planear as intervenções que melhor respondam aos problemas identificados (Hockenberry & Barrera, 2014). Quando as crianças/ jovens estão internados num hospital para além de estarem protegidas pelos direitos universais da criança também estão pela Carta da Criança Hospitalizada (1988). O EEESIP deve conhecer os dez pontos abordados desta carta, e promover a mesma, nela é referido que a criança tem direito a ter os pais ou seus substitutos junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado; menciona também que os pais devem ser encorajados a ficar junto do seu filho, devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que possam participar ativamente nos cuidados.

A filosofia dos CCF deverá estar sempre presente no cuidar do EEESIP, pois reconhece a família como uma constante na vida da criança. De acordo com Apolinário (2012), com esta filosofia, a Família é envolvida, através da participação, negociação e parceria, no sentido de promover ndo a sua capacitação, passando esta de espectadora passiva a coadjuvante e integrada no tratamento. Assim os enfermeiros têm a oportunidade de apoiar as famílias nos seus papéis naturais de prestadores e na tomada de decisão relacionada com a saúde dos seus filhos, baseando-se nos pontos fortes e reconhecendo a sua experiência como cuidadores (Hockenberry & Barrera, 2014).

Num internamento as crianças e as famílias experienciam desconforto psicológico e físico e, por isso, os profissionais devem promover os cuidados não traumáticos, que são cuidados terapêuticos através de intervenções que eliminem ou minimizem esses tipos de desconfortos (Hockenberry & Barrera, 2014). O

objetivo primordial destes cuidados terapêuticos é não causar dano e, assentam em três princípios: “(1) prevenir ou minimizar a separação da criança da sua família, (2) promover uma sensação de controlo, e (3) prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor” (Hockenberry & Barrera, 2014, p12). Na UCIN toda a prestação de cuidados de enfermagem é assente na filosofia dos CCF e cuidados não traumáticos, como por exemplo, promovendo a relação do RN com a família durante o internamento, controlo da dor, preparando o RN e a família para qualquer procedimento, sempre que possível envolver a família na prestação de cuidados, garantindo a privacidade e a individualidade da tríade, respeitando os princípios éticos e as diferenças culturais.

O EEESIP presta cuidados de nível avançado em parceria com a criança e família em qualquer contexto, de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível, através da prestação de cuidados à criança (saudável ou doente) e educação para a saúde, mas também identifica e mobiliza os recursos de suporte à família/pessoa significativa (OE, 2018).

Para o exercício profissional, o EEESIP deve estabelecer uma comunicação efetiva, tendo em conta intervenções nos seguintes níveis de atuação: “envolvimento; participação e parceria de cuidados; capacitação; negociação dos cuidados” (OE, 2011, p.14). Este tipo de comunicação também deve ter um maior predomínio na partilha de conhecimentos para uma melhor compreensão de participação dos pais ou pessoa significativa, mas também na sua respetiva integração dos cuidados à criança num paradigma integrativo e holístico (OE, 2011).

2.3 Os cuidados promotores do neurodesenvolvimento do recém-nascido

Nas últimas três décadas ocorreram grandes avanços no campo da tecnologia e o aparecimento de novos conhecimentos científicos possibilitaram a sobrevivência dos RN pré-termos com menor morbilidade (Milette, Martel, Silva, & McNeil, 2017). No entanto, os problemas resultantes das alterações do neurodesenvolvimento, sobretudo por influência do ambiente intensivo, stressante e traumático das unidades de cuidados neonatais sobre esta população vulnerável, continua a ser de uma grande preocupação para a equipa de saúde. Em 1982, Heidelise Als, desenvolve a **Teoria Sinactiva do Desenvolvimento**. Esta descreve

a organização comportamental do RN e o seu desenvolvimento em relação ao equilíbrio, a interação com o ambiente e os seus subsistemas neurocomportamentais. O cuidado para o desenvolvimento emergiu como conceito de cuidados neuroprotetores para prevenir as consequências a curto, médio e longo prazo do ambiente da UCIN, promovendo a organização neurológica do RN e integrando os pais como parceiros de cuidados. Os objetivos deste paradigma permanecem ainda hoje na prática, pois os seus resultados demonstraram um impacto positivo (Milette et al., 2017).

A primeira grande reformulação da Teoria Sinactiva do Desenvolvimento de Als nasce em 2008 com a equipa de Gibbins: o **Modelo do Universo dos Cuidados para o Desenvolvimento**. Neste modelo, o ambiente e o cérebro, que ainda se encontra em desenvolvimento, não existem isoladamente, ou seja, são dependentes um do outro. A pele faz a ligação entre o corpo/organismo e o ambiente, é ponto crucial para as interações humanas nomeadamente a equipa de saúde da UCIN e sua família (Gibbins, Hoath, Coughlin, Gibbins & Franck, 2008). Este Modelo dá continuidade ao conhecimento de enfermagem já existente e pretende olhar para o RN de forma a conseguir estabelecer questões de pesquisa e momentos de aprendizagem ligados à prática dos cuidados baseados na evidência. Da sua aplicação, Mary Coughlin (2009) descreve cinco medidas neuroprotetoras, que são:

1. Proteção do sono – onde destaca a importância do estado comportamental; que é a base para todas as atividades humanas.
2. Avaliação e controlo da dor e stress – considerando a importância da utilização de instrumentos padronizados de avaliação da dor e o seu registo; antes, durante e após os procedimentos dolorosos como elementos fundamentais dos cuidados não traumáticos. Documentar e avaliar as intervenções na dor, envolver e partilhar um plano de cuidados de controlo da dor e do stress com os pais, envolvendo estes nas tomadas de decisão são um dos caminhos para os cuidados centrados na família.
3. Atividades de desenvolvimento da vida diária: posicionamento, alimentação e cuidados com a pele – partindo do pressuposto que o posicionamento inclui o compromisso de garantir o apoio postural adequado durante todo o internamento do bebé, documentando e ensinando os posicionamentos adequadas aos pais e colegas; alimentação tem o foco na promoção da

sucção não nutritiva, mencionando dicas para uma prontidão oral e educar dos pais no apoio à amamentação e o uso de leite materno; **o cuidado com a pele destaca-se a importância da avaliação precisa e da documentação da integridade da pele e das práticas que protegem a superfície da pele vulnerável.**

4. Cuidados Centrados à Família – considerando que a Família deve ter acesso à informação sem restrição; avaliação de seu bem-estar emocional e físico e a evolução da sua competência e confiança na paternidade do seu bebê; e acesso a recursos e apoios que os auxiliam em suas necessidades parentais de curto e longo prazo.
5. O Ambiente terapêutico – salientando que os atributos específicos do ambiente de cura abrangem os elementos físicos, humanos e organizacionais necessários para uma experiência hospitalar segura e de cura. Por exemplo: a medição e manutenção dos níveis recomendados de luz e som e garantia de privacidade física e auditiva para as famílias.

A hospitalização de um RN numa UCIN constitui um evento traumático complexo, o que se reflete num duplo problema de exposição a eventos traumáticos e o impacto dos mesmos nos resultados a curto e a longo prazo (Coughlin, 2014). Segundo a mesma autora é imperativa a mudança do paradigma para a prevenção, ou seja, é necessário adotar estratégias de gestão para a prevenção. Neste cenário, a eficácia de estratégias específicas na prática clínica e terapêutica, bem como as intervenções com melhores resultados para os pacientes e redução de custos associados aos cuidados de saúde, são práticas essenciais a adotar e a sua padronização torna-se um componente-chave da reforma do sistema de saúde (Coughlin, 2014).

Por outro lado, esta grande evolução nos cuidados ao RN pré-termo permitiu o investimento a partir das 22 semanas de gestação (Altimier & Phillips, 2013). No entanto, este progresso tem grandes custos físicos, emocionais e financeiros, porque o internamento destes RN poderá representar semanas e meses numa UCIN. O sistema neurológico fetal desenvolve-se no último trimestre da gravidez e para garantir a sobrevivência dos RN pré-termos existe uma estimulação excessiva e inesperada do ambiente, mas também na própria prestação de cuidados, que é

potencialmente prejudicial para a organização e desenvolvimento do cérebro frágil e imaturo do RN (Butler & Als, 2008).

Tendo por base estas premissas, Altimier e Phillips (2016) desenvolveram um modelo de cuidados que tem como objetivo diminuir os efeitos negativos do ambiente extrauterino, o **Modelo de Cuidados Centrados no Desenvolvimento Neonatal**, que assenta em sete medidas nucleares neuroprotetoras: ambiente; parceria com as famílias; posicionamento e manipulação; minimização do *stress* e da dor; **proteção da pele**; proteção do sono, e otimização da nutrição. Este modelo utiliza intervenções neuroprotetoras como estratégias para suportar conexões neuronais ideais, promover o desenvolvimento neurológico, físico e emocional normal e prevenir deficiências. De entre estas sete medidas, destaca-se a proteção da pele, dado que é um dos novos desafios para a equipa de enfermagem. Por exemplo, os RN internados numa UCIN estão frequentemente sujeitos a diversos dispositivos de monitorização, equipamento de suporte de vida, acessos arterial/venoso e outros instrumentos, uso e remoção de adesivos que causam trauma na epiderme, utilização de soluções desinfetantes na pele que podem ser absorvidos, resultando em toxicidade e outros efeitos colaterais (lesão da pele como o aparecimento de flitena e descamação da pele) (Lund et al., 2001; Altimier & Phillips, 2016).

2.4 O cuidado à pele do recém-nascido quando submetido a cirurgia

A pele do RN, desde o seu nascimento, sofre um progressivo processo de adaptação ao meio extrauterino, pelo facto de esta ser fina, frágil e sensível. Quando a pele do RN de termo é comparada com a do RN pré-termo estas características ainda se encontram mais acentuadas, pois as estruturas imaturas da pele dos RN pré-termos são muito diferentes das da pele do RN de termo. A pele do RN pré-termo é mais fina, estrato córneo mais delgado, coesão entre a epiderme e derme diminuída e função da barreira cutânea menos eficiente (Fernandes, Machado & Oliveira, 2011). O RN pré-termo tem uma barreira subdesenvolvida da pele, que o põe em risco de perda elevada de água, de desequilíbrio hidroeletrólítico, instabilidade térmica, permeabilidade aumentada, lesão da pele, atraso na maturação da barreira e infeção. Por isso a manutenção da barreira da pele é vital

para a sobrevivência dos RN, pois a sua funcionalidade está diminuída e por isso, os cuidados devem ser otimizados de forma a minimizar a morbidade e mortalidade (Fernandes, Machado & Oliveira, 2011).

De forma mais esquemática poderá ser observado as diferenças das características da pele dos adultos, dos RN (termo e pré-termo) e o impacto das mesmas na vida do RN pré-termo (quadro 2):

Quadro 2. As características da pele do adulto, RN termo, RN pré-termo e a sua importância

Características da pele	Adulto	Termo	Pré-termo	Importância
Espessura Epidérmica	50 µm	50 µm	27.4 µm	Permeabilidade a agentes tópicos ↑perda água transepidérmica
Ligações celulares	Normal	Normal	Diminuídas	↑ Tendência para bolhas
Derme	Normal	↓ Colagénio e fibras elásticas	↓↓ Colagénio e fibras elásticas	↓ Elasticidade ↑ Bolhas
Melanossomas	Normal	Diminuídos	1/3 dos RN de termo	↑ Fotossensibilidade
Glândulas Ecrinas	Normal	↓ Actividade durante 7-10d ↓ Controlo neurológico por 2-3 anos	Anidrose total	↓ Resposta ao stress térmico
Glândulas Sebáceas	Normal	Normal	Normal	Possíveis propriedades de barreira, lubrificantes, antibacterianas
Pêlo	Normal	↓ Pêlo terminal	Lanugo persistente	Ajuda a determinar a idade gestacional

Fonte: SPN, 2014

Tendo em conta as particularidades, das características da pele do RN (termo e pré-termo), os cuidados inerentes apresentam uma grande preocupação e desafio para os prestadores de cuidados. Um RN internado numa UCIN está sujeito a equipamento de suporte à ventilação, monitorização cardiorrespiratória e frequentemente é removido ou substituído, procedimentos invasivos (acessos vasculares, colheitas de fluídos, colocação de drenos), que invadem a barreira da pele e que podem causar trauma na pele (Lund & Kuller, 2014). Este tipo de trauma

pode resultar de uma necessidade aumentada de ingestão calórica, devido a desequilíbrios eletrolíticos, aumento da perda de calor e risco de toxicidade quando há necessidade de aplicar substâncias na superfície da pele.

Kenner e Lott (2014) também referem que a morbidade e mortalidade podem ser atribuídas a práticas que causam trauma à pele ou alterações na função normal da mesma. A manutenção da integridade cutânea é a chave para a sobrevivência e é, igualmente, um desafio para cuidar dos RN doentes, por apresentar uma maior vulnerabilidade, não só com a doença e maturidade do desenvolvimento da pele, mas também socialmente, através do toque (Coughlin, 2017). As sensações de toque, pressão, temperatura e dor são recebidas por milhões de terminações nervosas. Por isso a pele também é fundamental para o estabelecimento precoce da relação mãe-bebê, pois a qualidade do toque e estímulo que o RN recebe, é responsável pelas respostas posteriores do RN a outras pessoas e ao meio ambiente (Lund & Kuller, 2014).

De acordo com Coughlin (2017) os mecanismos associados à lesão da pele no RN internado numa UCIN são: mecânicos (pressão, abrasão/laceração, “arrancamento” da pele e trauma – onde estão incluídas as incisões cirúrgicas), térmicas, químicas (irritantes, incontinência e extravasamento), infecciosas, vasculares e/ou desenvolvimento.

A pele cumpre uma tarefa de importância vital, particularmente na área da enfermagem neonatal. Os cuidados à pele do RN internado numa UCIN devem ter em atenção as diferentes estruturas da pele e o seu subdesenvolvimento promovendo a sua integridade e função (Lund et al., 2001). Sabendo que a prevenção das lesões da pele deverá ser *golden care*, torna-se imperativo conhecer toda a tipologia das lesões da pele do RN internado numa UCIN para melhor atuar na sua prevenção, avaliação e no seu tratamento.

A cirurgia neonatal tal como a ciência da neonatologia é recente, no entanto pode dizer-se que é o campo mais especializado e sofisticado da cirurgia pediátrica. As primeiras cirurgias neonatais foram descritas só na segunda metade do séc. XX (Taguchi, 2008). De acordo com o mesmo autor, as patologias mais frequentes eram a atresia esofágica, os defeitos da parede abdominal, a perfuração gastrointestinal e a hérnia diafragmática congénita.

Cuidar de um RN submetido a uma cirurgia é um desafio, pois para além de requer conhecimento de fisiopatologia, requer que a melhor evidencia científica seja aplicada nas práticas de cuidados neonatais, sabendo reconhecer e responder a complicações relacionadas com a sua situação clínica e vulnerabilidade e dar suporte emocional à família (Spence, 2014).

A cirurgia apresenta várias facetas que interferem nos cuidados, provoca dor e stress no RN e, também na sua família, o que exige práticas informadas e baseadas em evidências para que as famílias estejam preparadas para entender o que se passa com a criança e tomar decisões informadas aquando do procedimento cirúrgico mas também no pós-operatório (Wilson, Montagnino & Wilson, 2014). Os mesmos autores referem que o enfermeiro é o profissional que deve assegurar *“aos pais que as necessidades dos bebés relacionadas com a gestão da dor no período pós-operatório serão avaliadas e tratadas”* (Wilson, Montagnino, & Wilson, 2014, p.417).

Os RN (devido ao seu sistema imunológico imaturo) têm uma maior suscetibilidade de desenvolver infeções, daí a importância da prevenção. As infeções da ferida cirúrgica podem estar relacionadas com internamento prolongado numa UCIN, que pode potenciar um aumento do risco de infeção e consequentemente o aumento da sua gravidade. Pode ocorrer durante ou após o procedimento cirúrgico e pode estar relacionada com a duração do procedimento mas também com a localização do mesmo (cirurgias “contaminadas” como a perfuração intestinal” em comparação com uma cirurgia “limpa” como o encerramento do canal arterial) (Spence, 2014).

A infeção da ferida cirúrgica é uma causa importante da morbilidade e mortalidade nas UCIN, o que é corroborado pelos dados estatísticos que mostram que 27- 61% das feridas cirúrgicas neonatais podem ser infetadas (Ibieta et al., 2015). As feridas cirúrgicas nos RN são frequentemente encerradas por via subcutânea ou suturadas e cobertas com um filme para proteger o local e simultaneamente permitir a sua visibilidade. Estas feridas devem ser avaliadas frequentemente despistando sinais de infeção (rubor, edema, presença de exsudado e as suas características) e documentando as mesmas, via registos de enfermagem (Irving, Bethell & Burton, 2006). A observação destas características, a avaliação da condição geral do RN e a experiência dos profissionais de saúde são fatores

determinantes para uma decisão terapêutica adequada e eficaz (Sousa & Santos, 2007). A equipa de enfermagem deve monitorizar de forma contínua e sistemática o local cirúrgico, pois através da observação pode ser feito o despiste de infeção cirúrgica ou dificuldade na cicatrização (Spence, 2014).

A avaliação da dor bem como as intervenções para o alívio da dor no RN deverão ser uma constante na prática de cuidados e deve haver uma maior preocupação no controlo da dor perante uma criança com uma ferida cirúrgica, pelo facto de a dor ser um sintoma clássico da ferida com infeção (Irving et al. (2006). Os RN não podem verbalizar a sua dor, mas os profissionais de saúde podem fazer uma observação sistematizada do RN, atendendo a: alteração da frequência respiratória e cardíaca, necessidades de oxigénio aumentadas, tónus muscular aumentado e alterações do fâcies (como os olhos fechados com força).

Durante muito tempo houve desvalorização da dor no RN, porém a investigação veio trazer um novo contributo para a ciência e em especial para a prática, mostrando a importância da gestão da dor, o que se veio a refletir numa melhoria da prestação de cuidados e da sua qualidade. No entanto a gestão da dor, por vezes ainda é dificultada pela falta de sensibilidade de alguns profissionais de saúde para estas questões, assim como para a aplicação de medidas não farmacológicas e farmacológicas e o medo de perda de controlo dos efeitos adversos da analgesia (Irving, et al., 2006). Uma medida não farmacológica de fácil aplicação e cuja efetividade está comprovada cientificamente é a administração de sacarose oral, dois minutos antes do procedimento, podendo ser administrada em pequenas quantidades mesmo nos RN em dieta zero (Spence, 2014).

Na UCIN a dor e o conforto do RN estão sempre a par e passo, assim como as medidas não farmacológicas para o alívio da dor, traduzindo cuidados de enfermagem de excelência. O EEESIP tem um papel fulcral neste âmbito, pois uma das suas competências é cuidar da criança, do jovem e da família nas situações de especial complexidade, mobilizando recursos oportunamente, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias, como por exemplo, na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e do jovem, otimizando as respostas, aplicando conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança e, conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor (OE, 2018).

Assim, e dentro desta linha de pensamento, o EEESIP deve também providenciar cuidados à criança e jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar (OE, 2018).

3. METODOLOGIA

Com a tomada de consciência da não uniformização de cuidados ao RN submetido a cirurgia, mais concretamente na intervenção à ferida cirúrgica, emergiram diversas questões e preocupações que identifiquei na unidade curricular Opção II do 10º Curso de MEEESIP. A não existência, na prática, de protocolos e/ou normas na intervenção de enfermagem ao cuidar do RN com ferida cirúrgica, fez nascer o projeto, onde é delineado o percurso formativo. Este foi depois operacionalizado ao longo dos diferentes estágios (Apêndice I), com o intuito de desenvolver competências comuns e específicas do EEESIP. A implementação deste projeto teve na sua essência duas diretrizes. Por um lado, desenvolver processos de cuidados de enfermagem com a criança, jovem e família em diferentes situações de saúde e doença, e em diferentes contextos, ao longo das etapas do desenvolvimento. Por outro lado, ir ao encontro da problemática em estudo, isto é, desenvolver intervenções de enfermagem promotoras do conforto do RN, criança, jovem com ferida cirúrgica e sua família.

Sabendo que a promoção do cuidado à pele do RN é um elemento fundamental do neurodesenvolvimento, torna-se imperativa a identificação de condutas que permitam a uniformização e padronização de cuidados ao RN com ferida cirúrgica.

A metodologia de projeto constitui-se como uma ponte entre a teoria e a prática e funcionou como elemento facilitador da resolução de problemas e satisfação de necessidades (Freitas, 2010). No projeto foram delineados os seguintes objetivos gerais e específicos:

- 1.** Desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP, na intervenção de enfermagem com a criança, jovem e família em diferentes situações de saúde e doença, e em diferentes contextos, ao longo das etapas do desenvolvimento:
 - 1.1** Analisar a intervenção do EEESIP em diferentes contextos de saúde;
 - 1.2** Colaborar na prestação de cuidados à criança, jovem e família em diferentes situações de saúde e doença, e em diferentes contextos,

ao longo das etapas do desenvolvimento, desenvolvendo práticas de cuidados promotoras do crescimento e desenvolvimento.

2. Desenvolver intervenções de enfermagem promotoras do conforto do RN, criança, jovem com ferida cirúrgica e sua família.

- 2.1** Aprofundar conhecimentos sobre os diferentes tipos de feridas cirúrgicas;
- 2.2** Adquirir conhecimentos sobre os métodos de avaliação e intervenção no RN com ferida cirúrgica;
- 2.3** Desenvolver um protocolo de avaliação e intervenção no RN com ferida cirúrgica;
- 2.4** Identificar os indicadores de avaliação da ferida cirúrgica no RN e a longo prazo desenvolver uma escala de avaliação da mesma.

A profissão de enfermagem só poderá evoluir se os profissionais basearem as suas práticas na melhor evidência científica e tiverem a capacidade reflexiva para refletir as práticas à “luz” da teoria, desenvolvendo a habilidade de pensamento e raciocínio crítico, tendo como foco a qualidade de cuidados e os ganhos em saúde para o cliente pediátrico e família.

Este documento pretende ser uma exposição escrita, analítica e crítica da forma como foram alcançados os objetivos previamente definidos, evidenciando o que foi o percurso formativo realizado. Os estágios foram selecionados para responder aos objetivos traçados e, cumprirem assim, a grande finalidade de compreender o cuidado de enfermagem específico da população pediátrica e da sua família, e possibilitarem igualmente a apropriação de competências, nos vários contextos de atuação. Os estágios foram fulcrais na aprendizagem e ganho de conhecimento no que diz respeito à temática central do projeto, domínio que se estendeu a quase todos os contextos de cuidados. Foi elaborado um documento orientador para cada contexto (Apêndice II.) com o intuito de dar a conhecer os objetivos de estágio, as atividades e os recursos planeados de forma a aumentar as aprendizagens e aquisição de contributos para desenvolvimento de competências do EEESIP. A metodologia utilizada foi exploratória, descritiva e reflexiva, descrevendo as diferentes experiências sentidas e vividas dos diferentes contextos de estágio, assentes na evidência científica mais recente e amparada pelos diferentes documentos dos quadros reguladores da prática de enfermagem.

Como futura EEESIP, pretendi desenvolver competências comuns de EE com maior foco na melhoria contínua da qualidade e na gestão nos cuidados (Diário República, 2019); adquirir e desenvolver conhecimentos e competências no âmbito do cuidar do RN, criança e jovem e sua família tal como é definido pela OE (2018, p.19192) no regulamento de competências específicas do EEESIP: *“para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa”*. Desta forma, foi necessário um investimento e aprofundar conhecimentos teóricos nos diversos campos de estágio, procurando oportunidades de aprendizagem, sempre com o objetivo de cuidar em pediatria, adaptando esses cuidados aos contextos. Simultaneamente, também foi necessária uma maior compreensão da problemática escolhida, recolhendo, sempre que oportuno, conhecimentos e/ou práticas em cada estágio num processo reflexivo.

O EEESIP deve ser o mais eficiente possível na prestação de cuidados individualizados, aproveitando a sua posição privilegiada para influenciar e otimizar o ambiente do RN e, o seu crescimento e desenvolvimento, através de um conhecimento ativo e profundo da criança, do jovem e família, a fim de individualizar os cuidados prestados, para alcançar a excelência do exercício profissional.

Desde os tempos mais antigos que a prática de enfermagem está intimamente ligada à noção de conforto. Neste percurso apropriei-me da teoria de conforto de Kolcaba, porque consegue transpor para a prática as intervenções que o enfermeiro estabelece para promover o conforto ao seu cliente. Como já foi mencionado anteriormente, a proteção da pele é uma das medidas neuroprotetoras do RN e quando este é submetido a uma cirurgia, o controlo da dor no pós-operatório é uma das medidas de conforto que o enfermeiro deve promover. Sabendo que uma das causas da dor, no RN submetido a cirurgia, é a ferida cirúrgica e por não haver condutas de uniformização de cuidados nem indicadores de avaliação da evolução da ferida cirúrgica no RN, tive a necessidade de recorrer à literatura científica e investigar o que havia sobre esta problemática. Porque existe pouca informação sobre esta temática, realizei uma revisão *scoping* com o objetivo de identificar e mapear na literatura científica os indicadores de avaliação da evolução da ferida cirúrgica num RN internado na UCIN.

4. PERCURSO FORMATIVO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA E DE MESTRE

Neste capítulo irá ser abordado o meu percurso nos diferentes estágios, que contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEESIP. Será feita uma reflexão da prática de cuidados que terá em consideração uma lógica de maior e gradual complexidade ao longo desta caminhada e que reflete o que está preconizado pela OE (2017), ou seja, a componente clínica deve ser efetuada em cinco contextos distribuídos por Unidade de Cuidados na Comunidade e Unidades de Cuidados Diferenciados.

Sendo assim, o primeiro estágio foi iniciado na comunidade, mais concretamente nos cuidados de saúde primários, onde a criança é acompanhada desde o nascimento e em que, por vezes, é possível identificar precocemente situações de vulnerabilidade e de risco. O segundo campo de estágio foi na consulta de enfermagem de desenvolvimento infantil, onde o EEESIP acompanha as crianças com alterações no desenvolvimento infantil, promovendo a capacitação parental e por vezes é o elo de ligação entre a comunidade e o hospital. De seguida, o terceiro contexto de estágio foi na urgência de pediatria, serviço a que a criança e sua família recorrem por ocorrências indesejadas e urgentes. O quarto estágio foi num internamento de pediatria, mais especificamente cirurgia pediátrica, com uma grande diversidade de patologias, desde de situações mais simples (como por exemplo, cirurgias programadas) até situações de maior complexidade (como por exemplo, cirurgias urgentes decorrentes de trauma) em que o EEESIP deve ter a capacidade de avaliar e planear os cuidados à criança e família recorrendo a recursos mais apropriados, atendendo às suas necessidades e minimização dos efeitos potencialmente negativos. Por último, o quinto campo de estágio foi numa UCIN de nível 3, onde é internado o RN de risco que pode apresentar situações saúde/doença de menor a maior complexidade, inclusive com necessidade cirúrgica (exceto cirurgia cardíaca major), independentemente da idade gestacional.

No início de cada estágio foi entregue e apresentado aos enfermeiros chefes dos serviços e aos enfermeiros orientadores EEESIP o “Guia Orientador das Atividades de Estágio” e o “Guia Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório”, de forma a facilitar o percurso a desenvolver.

4.1 Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

O primeiro ensino clínico decorreu numa unidade de cuidados na comunidade, mais concretamente num Centro de Saúde na área da grande Lisboa e de referência a um Hospital Central de Lisboa que será “palco” de alguns estágios, mas também é onde será desenvolvido o primeiro dos grandes objetivos deste percurso formativo. A criança, o jovem, e a sua família, quando recorrem ao centro de saúde, podem ser acompanhados nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil (CVSIJ), onde é possível identificar situações de maior risco e vulnerabilidade, estando mais próximo do seu contexto ambiental. Para além destas consultas, a criança e sua família podem ser acompanhados em diferentes contextos como no Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), na equipa local de intervenção ou na equipa de saúde escolar. Em todas estas áreas existe pelo menos um EEESIP (exceto na equipa de saúde escolar) em que pode atuar, avaliar e promover o crescimento e o 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, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde. (OE, 2018, p.19192).

Este Centro de Saúde abrange uma população com algumas particularidades, tanto a nível socioeconómico, como culturais e aspetos urbanísticos, coabitando extremos da população, classe média e média alta versus classes empobrecidas e desfavorecidas e, ainda famílias de risco em exclusão social. Assim sendo, os enfermeiros, para promover a saúde da criança, devem compreender as influências sociais, culturais e religiosas, sob uma visão holística, prestando cuidados mais individualizados para que a sua intervenção seja mais bem-sucedida (Thibodeaux & Mooney-Doyle, 2014). A maior procura dos cuidados de saúde primários, está associada às transformações demográficas e às estruturas familiares, o que torna a comunidade como um ambiente alvo para prestação de cuidados (Neves, 2012). Os cuidados de saúde primários são “o pilar central do sistema de saúde”, pois são o primeiro acesso da população à prestação de cuidados de saúde e assumem

“importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados” (Decreto de Lei.nº28/2008, 2008, p.1182). Por conseguinte, o enfermeiro deve conhecer a comunidade onde as crianças e as suas famílias estão inseridas, pois é o local onde vivem e crescem e como tal, influencia a sua saúde (Brosnan & Upchurch, 2014). Tendo por base estas duas premissas, o EEESIP precisa de não só compreender os conceitos e os processos mais importantes para responder às preocupações da população pediátrica numa perspetiva de saúde comunitária, mas também e como elemento ativo de uma equipa multidisciplinar, deve promover a articulação desta equipa para a resolução de problemas e na aquisição de estilos e hábitos de vida mais saudáveis. Nas CVSIJ a consulta de enfermagem é efetuada por uma EEESIP e foi uma oportunidade excecional de aprendizagem, onde participei na triagem, avaliação e intervenção nos cuidados antecipatórios e estratégias terapêuticas; mas também, foi um momento privilegiado de despiste de situações problemáticas e/ou deteção de situações psicopatológicas e de risco (PNSIJ, 2013). Esta EEESIP destaca-se pelo seu conhecimento sobre a comunidade onde estas crianças estão inseridas, inclusivamente pelo seu conhecimento dos problemas de saúde comunitária, o que lhe permite detetar precocemente fatores de risco e consequentemente as situações de risco. Esta enfermeira apoia e orienta as crianças e famílias no sentido da promoção de saúde e faz o seu encaminhamento e/ou articulação para outros serviços de saúde na comunidade ou especializados. A título de exemplo prático, tive a oportunidade de presenciar e acompanhar uma família monoparental com dois filhos adolescentes, que tinha regressado recentemente a Portugal. Numa consulta CVSIJ foi detetado que os jovens não frequentavam a escola (e não tinham o ensino obrigatório) aparentemente devido a dificuldades na matrícula dos mesmos na escola, por não estarem legalizados no país e não tendo os documentos não conseguiam inscrever-se na escola, situação que se prolongava há alguns meses. A articulação da equipa multidisciplinar e interdisciplinar é crucial¹ e nesta situação era emergente contactar o NACJR, mas também a equipa de saúde escolar. Para o NACJR a articulação é

¹ Competência Comum - A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; C – Gestão dos Cuidados: C1-Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde e C2- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019).

mais simples porque a própria ferramenta informática utilizada nas CVSIJ, para além de seguir o que está preconizado no PNSIJ, tem uma área de sinalização de famílias de risco que após ser preenchida, a EEESIP que está no NACJR tem acesso a esta informação, pois esta ferramenta é partilhada pelas duas áreas. Em contrapartida a equipa de saúde escolar tem de ser informada presencialmente porque não tem acesso a este programa informático e também não há outra ferramenta que possa facilitar esta articulação/comunicação.

Na CVSIJ tive a oportunidade de observar e participar ativamente nas consultas de crianças, nos diferentes estádios de desenvolvimento, avaliando os parâmetros preconizados, respeitando os cuidados antecipatórios do PNSIJ (2013) e registando tanto no boletim individual de saúde infantil como no sistema de registo informático. Nestas consultas para avaliar o desenvolvimento infantil, foi utilizada a escala de Mary Sheridan adaptada, fazendo o seu registo nos locais próprios, sempre envolvendo os pais, valorizando os aspetos positivos, fazendo reforço das competências adquiridas, mas também das que ainda necessitam de adquirir (através de cuidados antecipatórios), sempre com o foco de promover a vinculação pais-filho². Outro exemplo, uma família com um RN recorreu a uma destas consultas e, na avaliação dos parâmetros preconizados, reparou-se que não estava a ter uma boa evolução ponderal devido à preparação incorreta de biberões. Durante a consulta houve esclarecimento de dúvidas e reforço de cuidados antecipatórios, no entanto, e para evitar situações semelhantes, elaborei um folheto sobre a preparação de biberão (Apêndice III) de forma a sistematizar o que é mencionado em consulta e também promover a capacitação parental³.

Uma das maiores preocupações dos pais é quando as crianças têm varicela, pois é uma das doenças transmissíveis mais comuns na infância e bastante contagiosa (SNS24, 2020). Após validação com a enfermeira orientadora foi também elaborado um folheto sobre os cuidados a ter quando a criança tem varicela (Apêndice III).

² Competência específica 1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, 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. Competência específica 3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil (OE,2018).

³ Competência específica 1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, 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 (OE, 2018).

Nestas consultas também se promove a imunização contra doenças transmissíveis de acordo com o Plano Nacional de Vacinação (2017) e por isso a importância da constante articulação⁴ com a equipa de vacinação, informando junto da família a sua utilidade e importância, gerando comportamentos potenciadores de saúde e com maior atenção aos grupos considerados de risco, como por exemplo, as crianças com critérios para a administração da vacina BCG.

Ainda neste primeiro ensino clínico também tive a oportunidade de acompanhar a equipa de saúde escolar em diversas atividades. A saúde escolar tem como um dos instrumentos orientadores de políticas nacionais e internacionais, referenciado pela Direção Geral da Saúde, o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE, 2015). Este programa tem a finalidade de promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa, mas também, apoiar a inclusão escolar nas crianças com necessidades educativas especiais. Para além destes pontos, promove também um ambiente escolar seguro, reforça os fatores de proteção (promovendo os estilos de vida saudáveis) e contribui para o desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras da saúde (PNSE, 2015). Neste âmbito, tive diversas oportunidades de participar ativamente em ações dentro da escola, como a formação em primeiros socorros para auxiliares de ensino básico (abordando também a prevenção de doenças infetocontagiosas) ou fora da escola, como reunião do SAI (Serviço de Apoio Integrado) ou do GCAL (Grupo Comunitário da Alta de Lisboa)⁵. A equipa de saúde escolar também está integrada numa equipa multidisciplinar e interdisciplinar, no acompanhamento das crianças e jovens acompanhados pela equipa de Pedopsiquiatria do Hospital de referência. Esta reunião é feita uma vez por mês e nela está a equipa pedopsiquiatria do hospital (2 EEESMP e 1 pedopsiquiatra), 1 EEESMP da equipa de saúde escolar, psicóloga, assistente social, professores e educadores de ensino especial do agrupamento escolar, técnica da CPCJ (Apêndice IV). Nestas reuniões são apresentadas e discutidas as situações das crianças e feita uma avaliação individual, na qual

⁴ Competência Comum C – Gestão dos Cuidados: C1-Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (OE, 2019).

⁵ Competência específica 1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, 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 e 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 (OE, 2018).

participa a equipa multidisciplinar que está inserida no agrupamento escolar. Na equipa de saúde escolar não está inserida um EEESIP. A equipa de saúde escolar poderia ficar mais enriquecida com a presença de um EEESIP pois este possui um conhecimento mais aprofundado sobre os diferentes estádios de desenvolvimento da criança e do jovem, podendo instituir intervenções especializadas nos diferentes processos de vida e saúde, tanto nos cuidados antecipatórios, como também na intervenção em resposta à doença. Esta dificuldade, devido à escassez de recursos humanos, é diminuída pela comunicação estabelecida entre as equipas de Saúde Escolar, da CVSIJ e do NACJR.

Durante este ensino clínico procurei outras atividades de aprendizagem que permitissem não só aumentar os meus conhecimentos, mas que também permitissem desenvolver os meus objetivos a que me propus atingir nesta caminhada. Assim frequentei e participei num congresso internacional, XXVII Congreso de Neonatología y Medicina Perinatal – VII Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Neonatal, em Madrid, que permitiu a aquisição de conhecimentos em diversas áreas como os cuidados neurocríticos, dor em neonatologia, enterocolite necrozante, a família na UCIN, novas tecnologias em neonatologia, os cuidados de enfermagem neonatal, cuidados à pele ao recém-nascido, ética na medicina perinatal, cuidados paliativos neonatais, entre outros. Participei em duas comunicações sob o formato de póster: “Abordaje terapéutico a un recién nacido, sometido a cirugía abdominal internado en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: estudio de caso sobre la intervención en la herida” e “Lesión de la piel en el recién nacido internado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: protocolo para una revisión scoping”⁶. Para além destas duas apresentações, participei também num curso sobre prevenção e tratamento de lesões da pele (dermatite da fralda e úlcera por pressão) nos RN: “Prevención y tratamiento de lesiones de la piel en neonatos: DAI y UPP” (Anexo I).

⁶ Competência Comum D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (OE, 2019).

4.2 Consulta de Enfermagem do Desenvolvimento Infantil

O segundo ensino clínico também foi numa unidade de cuidados na comunidade mais especificamente numa consulta de enfermagem do desenvolvimento infantil (CEDI) inserida na consulta externa de pediatria de um hospital distrital na área da grande Lisboa. Tal como é referido no guia orientador de boas práticas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (OE, 2010), são os enfermeiros que têm um papel crucial na educação e aconselhamento aos pais, isto é, o enfermeiro tem a competência de avaliar a saúde, crescimento e o desenvolvimento da criança através das CEDI. Nestas consultas de enfermagem, o enfermeiro tem uma oportunidade privilegiada e autónoma, pois pode aplicar o processo de enfermagem à criança, ao jovem e à família e comunidade de forma direta e independente. A CEDI é estruturada numa entrevista para colheita de dados; num exame físico cefalocaudal, abrangendo inspeção, palpação, auscultação, percussão e dados antropométricos; e num levantamento de diagnósticos de enfermagem, contemplando os cuidados e orientações para os problemas detetados (Oliveira & Cadete, 2007). Este estágio permitiu-me observar e participar nestas consultas que estão estruturadas desta forma e foi a primeira vez que, em termos profissionais, tive esta experiência. Estas consultas abrangem toda a faixa etária pediátrica e as patologias com maior frequência são a Perturbação da Comunicação e da Relação, como por exemplo, Perturbação do Espectro do Autismo, Perturbação da linguagem e Perturbação específica da aprendizagem, mas também a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA). Por possuir pouca informação científica e experiência profissional nesta área, e para poder responder às necessidades destas crianças e jovens e suas famílias, necessitei de aprofundar conhecimentos teórico-práticos, explorando a evidência científica mais recente e de referência, como as orientações da DGS e OMS, artigos científicos das patologias anteriormente descritas e livros de referência⁷. Habitualmente estas consultas são prévias às consultas médicas, mas, por vezes, também são realizadas consultas autónomas de enfermagem. Tive a oportunidade de presenciar e participar numa

⁷ Competência comum D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade, D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (OE, 2019); Artigo 15º (Grau de Mestre (e) ... aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (DL nº 14/2006).

delas⁸. Referindo-me a um exemplo prático, uma criança com 7 anos com PHDA, iria iniciar uma nova medicação e seria necessário validar a informação recebida pela criança, mas também pela família. A criança sabia que ia iniciar um medicamento e porque havia a necessidade de o fazer. Tive sempre cuidado na comunicação, utilizando uma linguagem mais adequada ao seu estágio de desenvolvimento⁹. A mãe esteve sempre ao seu lado e referiu que preferia esclarecer as dúvidas com a enfermeira, pois sentia-se mais “à vontade”. Esta criação de oportunidades é muito útil para a autoperceção da competência parental, fazendo-o sentir-se mais informado, de forma a estar mais apto a participar ativamente na discussão, para a elaboração do programa de intervenção terapêutica (OE, 2010). Nesta ótica, foram esclarecidas as suas dúvidas, fazendo reforço dos cuidados, dos sintomas e efeitos secundários esperados, mas também foram referidas algumas estratégias e ensinamentos antecipatórios. Para além de disponibilizar o contacto do serviço caso ocorresse algo inesperado, foi novamente marcada uma consulta, dentro de um mês, para fazer um seguimento mais personalizado, isto é, verificar não só como está a decorrer todo o processo, mas também para verificar se há necessidade de algum ajuste de medicação ou de novas estratégias, de forma também promover a capacitação parental¹⁰. Não se deve determinar um programa único de atuação, mas sim fazer uma adaptação às necessidades de cada criança e jovem e sua família numa perspetiva de cuidados centrados na família, de forma a promover um apoio continuado e fomentar a articulação dos intervenientes nos cuidados (PNSIJ, 2013). Este programa deve ser individual, promovendo a saúde, mas também que ajude o desenvolvimento de capacidades e potencialidades parentais. Nesta perspetiva, a

⁸ Competência específica 2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, E2.3. Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados, E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade (OE, 2018). Competência específica 3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil, E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (OE, 2018). Competência comum A1- Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (OE,2019).

⁹ Competência específica 1- Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, 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 (OE,2018).

¹⁰ Competência específica 3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil, E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (OE, 2018).

articulação de todos os intervenientes é crucial, tal como já foi dito anteriormente, não só dos vários serviços, como a medicina física e reabilitação, terapeuta da fala, psicólogos, mas também como a comunidade, nomeadamente o centro de saúde, mais concretamente a saúde escolar e a ELI, ou outras instituições, como por exemplo os centros de reabilitação. O gestor de caso pode ser liderado preferencialmente por um médico assistente ou por um EEESIP (PNSIJ, 2013). Neste exemplo prático, anteriormente mencionado, observei que a EEESIP fez a articulação de cuidados com a EEESIP de saúde escolar do centro de saúde da área de referência da criança, não só para partilhar as alterações do plano de cuidados desta, mas também para compreender como ela está inserida na comunidade escolar de forma haver uma monitorização mais apropriada/adaptada, mas também, para melhor planear e adaptar o plano de cuidados¹¹. A criança expressa-se melhor no seu ambiente, devendo valorizar-se as suspeitas e preocupações dos pais e educadores, valorizando a sua intervenção, pois “... acompanham a criança durante muito mais tempo do que os profissionais de saúde” (PNSIJ, 2013, p.54). Esta situação permitiu-me também refletir sobre o meu estágio anterior (no centro de saúde), pois tive a oportunidade de presenciar e participar nos “dois lados da moeda”, ou seja, na SE (na reunião multidisciplinar) e na CEDI, possibilitando sedimentar os meus conhecimentos teórico-práticos¹².

No decorrer do ensino clínico, observei e participei com a EO nas consultas de desenvolvimento, tal como já referi anteriormente, procurei sempre adotar uma linguagem mais adequada à idade e desenvolvimento de cada criança e jovem, questionando acerca dos seus hábitos de vida diária, como a sua alimentação, padrão do sono, aproveitamento escolar, as suas dificuldades mas sempre envolvendo os pais, não só para melhorar o conhecimento dos seus filhos, mas também a sua condição clínica, questionando sempre sobre as estratégias por eles

¹¹ Competência específica 2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade (OE, 2018).

¹² Competência comum A1- Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde. (OE,2019).

¹² Competência específica 1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, 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. Competência específica 3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil (OE,2018).

utilizadas e as dificuldades sentidas. Conjuntamente, colaborei na avaliação do crescimento, nomeadamente nas medições antropométricas e no exame físico, mas também por ser um momento propício para a avaliação do desenvolvimento, e respeitando o que está preconizado no PNSIJ (2013), fui abordando em conjunto com os pais se havia a existência de alguma preocupação com o seu filho, para despistar eventuais sinais de alerta e mencionar as atividades que são promotoras de desenvolvimento.

Na promoção do desenvolvimento infantil e para uma intervenção mais assertiva, o enfermeiro deve complementar o seu conhecimento sobre o desenvolvimento da criança, utilizando um instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização (OE, 2010). O instrumento utilizado na avaliação do desenvolvimento da criança foi a escala de Mary Sheridan adaptada, tal como no centro de saúde, e a mesma está disponível na plataforma informática, permitindo fazer o seu devido registo. Como já tinha tido a oportunidade de aplicar esta escala no estágio anterior, foi mais simples poder novamente aplicar, mas desta vez com mais confiança e com mais tempo disponível na consulta¹³. Contudo, há uma particularidade neste contexto: a maioria destas crianças apresentam alterações no seu desenvolvimento, de acordo com o que está preconizado no PNSIJ (2013), o que aumentou a dificuldade na sua aplicabilidade e avaliação, porque as alterações do desenvolvimento podem ser de diferentes áreas. A EO ajudou a ultrapassar esta dificuldade, partilhando a sua experiência, conhecimentos científicos e demonstrando estratégias/recursos para ultrapassar. Porém, estes testes são como um “padrão de referência da normalidade”, que ajuda a evidenciar a atenção nesta área da saúde infantil e também a encorajar os pais a participarem na promoção do desenvolvimento da criança. O enfermeiro, durante esta avaliação, deve promover a capacitação parental “através de uma intervenção flexível e de partilha, bidirecional, sabendo ouvir e atribuir a importância devida aos seus conhecimentos e experiência” (OE, 2010). Pois nem todas as crianças têm o

¹³ Competência específica 1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, 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. Competência específica 3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil, E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais., E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura, Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde (OE,2018).

mesmo nível de desenvolvimento na mesma faixa etária.

A estas consultas recorrem muitas crianças com alterações na comunicação e relação, nomeadamente com espectro do Autismo. Após um diálogo com a EO, por sentir ser uma área que necessitava de aprofundar mais os meus conhecimentos teórico-práticos e de conhecimento sobre estratégias promotoras de capacitação parental com um filho com autismo, foi-me proposto delinear um programa de sessões sobre “Estratégias para ajudar a criança com autismo a envolver-se, a comunicar e aprender todos os dias” (Apêndice V). Elaborei um dossiê com o planeamento desta temática e criei a primeira apresentação em *Power Point* do primeiro ponto, “Seja o centro das atenções”. Infelizmente, e por ter sido um estágio de pequena duração, não houve oportunidade para aplicar na prática, ficando o trabalho para ser continuado pela equipa de enfermagem. Fazer uma intervenção precoce com programas que promovam o suporte familiar possibilitará fortalecer o seu funcionamento, mas também fomentar o crescimento e o desenvolvimento dos membros da família como um todo (OE,2010).

A realização desta atividade permitiu-me conhecer uma “nova” realidade que me proporcionou ser mais participativa nas consultas com crianças com esta alteração no desenvolvimento, nomeadamente com perturbação do espectro do autismo. Para ajudar estas crianças e jovens e os seus familiares deve haver um conjunto de cuidados holísticos que proporcionem uma melhor capacitação parental e é o enfermeiro, como profissional de saúde, que tem um papel fundamental enquanto facilitador de informação, incentivador de mudanças e promoção de desenvolvimento de estratégias. Esta condição pode potenciar um aumento de nível de stress parental, o que implica um esforço na adaptação e organização do sistema familiar (OE, 2010). Por vezes, os pais ficam somente focados nas limitações do seu filho e cabe ao profissional de saúde reconhecer as potencialidades do filho, fazendo reforço positivo das competências e qualidades da criança e jovem, promovendo a vinculação¹⁴.

¹⁴ Competência específica 1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, 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. Competência específica 3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil, E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais., E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura, Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde (OE,2018).

4.3 Serviço de Urgência de Pediatria

O terceiro campo de estágio, o primeiro de uma unidade de cuidados diferenciados, foi efetuado num Serviço de Urgência de Pediatria (SUP) de um Hospital Central de Lisboa. Este é classificado como serviço de urgência polivalente, com um nível mais diferenciado de resposta às situações de Urgência e Emergência e que oferece resposta de proximidade à população da sua área, mais concretamente às crianças até aos 17 anos e 364 dias de vida (Despacho nº10319/2014, 2014). Segundo este despacho, o Serviço de Urgência Polivalente Pediátrica constitui-se como atendimento para crianças com situações de doença ou trauma grave, em atendimento primário ou referenciadas. Para além destas situações, este serviço também acolhe jovens com patologia crónica, como por exemplo paralisia cerebral e fibrose quística, por serem patologias mais frequentes em contexto pediátrico, mas também por terem sido acompanhados ao longo da sua vida pela equipa médica de pediatria nas diferentes especialidades. De acordo com a equipa de enfermagem da SUP, as urgências gerais ainda não estão preparadas para receber estes jovens adultos com particularidades tão específicas.

A população pediátrica tem várias particularidades destacando-se pelo desenvolvimento infantil. Como profissional de saúde é essencial saber atuar consoante os diferentes estádios de desenvolvimento. Habitualmente é nos primeiros anos de vida que as crianças têm maior tendência para desenvolver algumas doenças e/ou sofrer acidentes, que podem levar à necessidade de hospitalização. Para a família e, especialmente para a criança, é um período gerador de stress, ansiedade e medos, pois estão perante um ambiente desconhecido, apetrechado de equipamentos e sujeitos a procedimentos que lhe causam dor e/ou desconforto (Diogo et al., 2016).

Quando uma criança ou um jovem e sua família recorrem a este SUP o primeiro contacto com o profissional de saúde é na sala de triagem. O enfermeiro que está nesta sala necessita ter formação específica, não só para o correto manuseamento do programa informático (sistema Allert®) mas também da utilização mais eficiente do sistema de triagem, que neste caso é o Sistema de Triagem de Manchester (DGS, 2018). Para além destas competências, o enfermeiro deve

possuir um julgamento clínico e tomada de decisão mais ampla, sabendo atuar em situações de urgência e emergência, mobilizando os seus conhecimentos e habilidades técnico-científicas tanto no acolhimento como na avaliação da situação clínica¹⁵. Neste sentido seria uma mais valia estar um EEESIP na triagem, o que nem sempre é possível, devido a existência de poucos profissionais com este nível de diferenciação. A existência de protocolos de triagem nos serviços de urgência são uma estratégia fundamental para o rápido atendimento do doente com condição clínica grave. A triagem de Manchester é uma das duas preconizadas pela DGS (Norma 002/2018) e tem como objetivo decidir o nível de prioridade, identificar os critérios de gravidade de forma clara e sistematizada para ser atribuído um nível de prioridade em que a criança e jovem e sua família são atendidas, mas também o tempo preconizado até à primeira avaliação médica. O tempo preconizado para o enfermeiro fazer esta primeira abordagem é de 3 minutos, o que implica não só perícia no raciocínio clínico crítico e manuseamentos das ferramentas informáticas, mas também competências técnico-científicas, relacionais e comunicacionais¹⁶. Após atribuição do nível de prioridade e colocação da pulseira, e no intervalo de tempo até à observação realizada pelo pediatra, o enfermeiro que realiza a triagem tem a responsabilidade de informar e alertar a família, a criança e o jovem de possíveis sinais de alerta ou intensificação dos sintomas e caso surja um novo sintoma e/ou sinal de alerta, os pais devem informar a equipa de enfermagem que está na triagem, para esta fazer novamente a avaliação da situação e atuar em conformidade¹⁷. Nesta sala de triagem, habitualmente estão dois enfermeiros, permitindo efetuar a avaliação de duas crianças e/ou jovens e suas famílias da situação clínica que levou a recorrer a um serviço de urgência, o que leva a uma redução no tempo de espera, e também despistar mais precocemente uma possível situação de maior risco de vida. Por outro lado, a individualidade, a confidencialidade

¹⁵ Competência específica 2: Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados (OE, 2018).

¹⁶ Competência comum D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: Competência D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (OE,2019). Competência específica 1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, 2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e 3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2018).

¹⁷ Competência específica 2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (OE, 2018).

e a proteção de dados fica comprometida, por a sala não dispor na sua estrutura física, algo que possa separar as duas famílias¹⁸. O enfermeiro, ao exercer a sua profissão deve respeitar o código deontológico da profissão, que com estas condições de trabalho (artigo 85º - do dever de sigilo e o artigo 86º - do respeito pela intimidade) fica comprometido (OE, 2005). O enfermeiro quando está na triagem tem de ter presente estas dificuldades e promover a igualdade e a objetividade a todos que recorrem a um serviço de urgência, o que deve ser baseado na confiança, justiça e conhecimento especializado (Andersson et al., 2006).

Após a primeira observação médica, por vezes, há necessidade de fazer alguns procedimentos invasivos à criança ou ao jovem (como colheitas de sangue, exsudado e/ou urina, administração de medicação, colocação de cateter) que poderão ser efetuados na sala de tratamentos ou na unidade de internamento de curta duração. Para as crianças, a doença e a hospitalização são as primeiras crises que enfrentam. As crianças mais novas, por terem um número limitado de mecanismos de defesa para gerir o stress (Sanders, 2014), apresentam uma maior vulnerabilidade, porque a situação a que são sujeitas provoca uma alteração do seu estado de saúde, da sua rotina e do seu ambiente. Os fatores de stress e as reações das crianças mais frequentes na hospitalização são a ansiedade de separação (as crianças têm uma reação muito agressiva à separação dos pais), perda de controlo (as necessidades das crianças variam para cada faixa etária mas as principais áreas de perda de controlo são a restrição física, rotinas e/ ou rituais alterados), lesão corporal e dor. O enfermeiro deve ter presente estas preocupações e adaptar ações para os diferentes estádios de desenvolvimento (Sanders, 2014). Quando o contexto é uma urgência, os stressores da hospitalização podem estar aumentados, porque ocorre uma separação física e afetiva do seu ambiente familiar, o que pode levar a um processo de vinculação alterado (Diogo et al., 2016).

O cuidado centrado na família, deve estar sempre presente e os enfermeiros devem envolver as crianças e/ou jovens e suas famílias, tanto no planeamento de cuidados como no processo de decisão (Sanders, 2014). No decorrer do meu estágio presenciei todos estes pontos e como estratégia, as intervenções de enfermagem foram centradas em minimizar os stressores (anteriormente descritos)

¹⁸ Competência comum A — Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal: A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

mas também proporcionar estratégias específicas no apoio aos membros da família (promoção das relações familiares e dar informação) e proporcionar atividades adequadas ao desenvolvimento e/ou atividades lúdicas e expressivas, para minimizar o stress¹⁹. Sabendo que o brincar é uma das atividades mais importantes da vida de uma criança, é uma excelente “ferramenta” que se pode utilizar, pois é eficaz na gestão do stress. Esta estratégia é fundamental para o bem-estar emocional, mental e social da criança e pode ser proporcionado mesmo em contexto hospitalar (Castro et al., 2010). Apesar do serviço de urgência ser um ambiente mais hostil, este local de estágio está todo adaptado para a pediatria como por exemplo, decoração das paredes com pinturas infantis, a existência de alguns brinquedos, na equipa profissional também está incluída uma educadora de infância e pode-se usar o computador como instrumento lúdico, como por exemplo, para colocar músicas que as crianças gostam. Sempre que oportuno procurei utilizar o brincar terapêutico como uma estratégia, adequada ao nível de desenvolvimento da criança, incluindo os pais nesta estratégia e foi notório não só a redução do nível de stress, medo e dor nas crianças como nos pais. A dor aguda também pode estar relacionada com procedimentos, lesões, tratamentos ou infeção e a sua experiência é influenciada pela idade da criança, o seu nível de desenvolvimento e a sua experiência anterior (Jacob, 2014). Durante o ensino clínico observei que a equipa não só fazia a avaliação da dor tal como é preconizado pela Circular Normativa n.º 09/DGCG “A Dor como 5º Sinal Vital – Registo Sistemático da Intensidade da Dor” na triagem, mas também ao logo da sua estadia no SUP²⁰. A gestão da dor deve ser uma das prioridades para a equipa de enfermagem, especialmente neste grupo etário tão especial, porque de acordo com a evidência científica a dor não tratada/negligenciada, a longo prazo, pode ter repercussões a nível fisiológico, psicossocial e comportamental (Jacob, 2014).

¹⁹ Competência específica 1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, 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. Competência específica 3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil, E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais., E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura, Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde (OE,2018).

²⁰ Competência específica 2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. (OE, 2018).

As crianças habitualmente são exploradoras do ambiente não tendo, por vezes, a noção e/ou a consciência do perigo, como por exemplo, quedas quando estão na aprendizagem da marcha ou quando tentam chegar a locais mais elevados, brincam com objetos cortantes que podem provocar lesões na pele. A pele é o primeiro órgão e também a primeira interface entre o ambiente e a criança e/ou jovem, sujeito a vários procedimentos como o toque, a monitorização, desinfeção da pele antes dos procedimentos invasivos e tratamento de feridas. Neste serviço não existe um protocolo ou uma norma de procedimentos para a desinfeção da pele e existem vários produtos com a mesma finalidade, fazendo com que cada profissional de enfermagem aplique como pensa e sabe, não havendo uma uniformização de cuidados, nem um cuidado baseado em evidência científica. Sabendo que a maturidade da pele difere nas diferentes fases da vida, especialmente em contexto pediátrico, isso levou-me a elaborar uma reflexão sobre esta temática (Apêndice VI) e sobre a importância da atualização de conhecimentos sobre o cuidado à ferida e sobretudo dos produtos que podem e devem ser aplicados em crianças e jovens (nas diferentes faixas etárias).

Para responder a esta necessidade de serviço, sentida pela equipa de enfermagem, referida pela enfermeira-chefe, mas também pela EO, foi-me colocado o desafio de fazer uma ação de formação em serviço sobre os diferentes produtos existentes no hospital que podiam ser aplicados na pele na idade pediátrica, contextualizando a sua finalidade, tanto na prevenção de lesão da pele como no tratamento de feridas (Apêndice VII). Para elaborar esta formação fiz a articulação com a subcomissão técnica consultiva de pensos e dispositivos similares da mesma instituição²¹. Assim, esta formação foi efetuada em conjunto com a enfermeira desta subcomissão, especialista em reabilitação e especializada no cuidado à pessoa com ferida, o que permitiu o enriquecimento desta sessão formativa e, como a mesma se disponibilizou para ser o elo de ligação da subcomissão ao SUP, foi iniciada uma ligação intrainstitucional que decerto irá a curto e médio prazo funcionar como elemento facilitador da apropriação de conhecimentos nesta área tão importante para os cuidados de excelência em pediatria.

²¹ Competência comum C — Domínio da gestão dos cuidados: Competência C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (OE, 2019)

4.4 Serviço de Internamento de Pediatria

O quarto percurso foi efetuado num serviço de internamento de cirurgia pediátrica, integrado desde 2009 no Departamento de Pediatria de um hospital central na área da grande Lisboa. Considerado o centro de referência da Zona Sul do Trauma Pediátrico, é composto por quatro áreas: internamento, ambulatório, recobro e bloco operatório, onde são atendidos RN, crianças e adolescentes dos 0 aos 18 anos submetidos a cirurgia. Este serviço dá apoio a uma grande diversificação de patologias cirúrgicas nas diversas especialidades, tais como, oftalmologia, neurocirurgia, ortopedia, cirurgia plástica e cirurgia geral. Neste percurso como futura EEESIP, procurei oportunidades/contributos de aprendizagem que me permitissem desenvolver competências de enfermeira especialista, mas também proporcionar conforto à criança e jovem submetida a cirurgia.

Durante o ensino clínico acompanhei a EO, colaborando na prestação de cuidados às crianças e suas famílias nas diversas idades, desde o RN ao adolescente. Ao contrário das minhas expectativas as crianças internadas neste serviço não são, na sua maioria, crianças com patologias agudas como por exemplo, o pós-operatório de uma criança submetida a apendicectomia. A maioria dos internamentos são de crianças e jovens com patologias crónicas ou vítimas de acidentes que deixaram sequelas graves. Como, por exemplo refiro, uma criança que necessitou de colocação de ileostomia por perfuração do intestino devido a Doença de Crohn grave e mal controlada ou então uma criança vítima de atropelamento com uma ferida complexa no membro inferior. Tal como foi referido no capítulo anterior, a hospitalização constitui uma situação de crise, pois a criança apresenta vários problemas relacionados com o seu estado de saúde, o que pode causar sofrimento, mas também tem uma alteração das suas rotinas e da permanência fora do seu ambiente de conforto. Este evento não só afeta a criança, mas também a sua estrutura familiar, não só pelo efeito de separação (tanto da criança dos outros membros da família como entre o próprio casal), mas também pela crise relacionada com a doença infantil e hospitalização. Esta pode gerar medo, ansiedade e frustração eventualmente relacionados com a gravidade da doença, com os diferentes procedimentos a que a criança é sujeita e com a dor da criança

provocada pelos mesmos, e pela falta de informação sobre todo o internamento, desde os procedimentos, tratamentos, desconhecimento das regras da instituição ou medo de fazer perguntas (Sanders, 2014; OE, 2011). O EEESIP deve procurar evitar fazer suposições incorretas sobre o conceito de doença da criança, pois este pode variar com a idade e maturidade cognitiva, duração da hospitalização ou pela sua experiência anterior (Sanders, 2014).

Num serviço de internamento de pediatria o EEESIP para além da sua destreza, experiência, perícia e prática baseada na evidência, as suas intervenções devem ser assentes na filosofia dos cuidados centrados na criança e sua família, com base nos cuidados não traumáticos, tendo em conta a sua cultura e crenças. Incluir a família no cuidar de enfermagem exige estar aberto e atento às interações dentro da mesma, ao impacto das vivências²². Todas as crianças estão protegidas pelos direitos universais da criança e pela Carta da Criança Hospitalizada de 1988 (IAC,1998). Dos 10 pontos abordados, e como já foi referido anteriormente, a mesma diz que a criança tem direito a ter os pais ou seus substitutos junto dela, devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que possam participar ativamente nos cuidados ao seu filho. Os pais não são visitas nem enfermeiros, mas antes parceiros na arte de cuidar (Moreira, 1996 citado por Carneiro, 2010). A família é uma constante na vida da criança e a sua inclusão na prestação de cuidados é essencial para o seu desenvolvimento físico, emocional e psicológico. Sanders (2014, p.1026) define o cuidado centrado na família, de acordo com a American Academy of Pediatrics (2013), como “uma abordagem aos cuidados de saúde que estrutura as políticas de cuidados de saúde, os programas, a organização dos serviços e as interações entre clientes, famílias, médicos e outros profissionais de saúde”.

A parceria na prestação de cuidados tem vindo a ser lentamente construída, mas é na Pediatria que alcança o seu expoente máximo. Através da parceria de cuidados, que a enfermagem assume o verdadeiro sentido do cuidar, na valorização de pequenos gestos e na partilha diária e contínua entre criança, enfermeiro e

²² Competência específica 1 - Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, 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. Competência específica 3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil (OE, 2018).

família. O enfermeiro, mais do que o portador do conhecimento científico, encarna o papel de mediador entre a família ou cuidador informal e os restantes profissionais da equipa multidisciplinar. Por outro lado, o enfermeiro deve envolver as crianças e as famílias no planeamento dos cuidados e no processo de decisão. De acordo com Sanders (2014, p.1026), esta parceria de cuidados leva o enfermeiro e os pais, a trabalharem em conjunto no tratamento holístico da criança, atendendo assim às suas necessidades, com o intuito de “diminuir a tensão, minimizar os efeitos negativos da hospitalização, maximizar os benefícios da hospitalização, garantir o planeamento e a preparação adequada da alta e proporcionar conforto e apoio total”.

Os principais fatores de stress das crianças na hospitalização são: a separação dos pais e entes queridos; o medo do desconhecido; a perda de controlo e autonomia; a lesão corporal, que resulta em desconforto, dor e mutilação; e o medo da morte. O EEESIP deve possuir este conhecimento e saber como o aplicar na sua prática diária, adequando ao estágio de desenvolvimento da criança e às crenças e valores da sua Família.

Sabendo igualmente que a dor também pode ser um resultado de quando uma criança é submetida a uma cirurgia, torna-se imperativo fazer a sua gestão, através da sua avaliação, implementação de medidas e estratégias para a minimizar, reavaliação e registo. A gestão da dor deve ser uma prioridade para os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros que trabalham em contexto pediátrico, pois quando a dor não é prevenida nem tratada pode ter efeitos nefastos a curto e longo prazo tanto a nível fisiológico, psicossocial e comportamental (Sanders, 2014). O enfermeiro também é aquele que estrategicamente está melhor “colocado” para detetar mais precocemente a dor, valorizando-a e de forma sistemática a avaliar e tratar. Durante o meu ensino clínico, numa unidade de cirurgia pediátrica, observei que este processo não era feito de forma sistemática o que me levou a fazer uma reflexão sobre esta temática destacando a importância das práticas de cuidados (Apêndice VIII). A reflexão realizada permitiu-me desenvolver referenciais e orientações para compreender todo este processo, mas também identificar oportunidades para a promoção do conforto e prevenção da dor²³. Tal como refere Kolcaba & DiMarco (2005), quando há desconforto ou a dor

²³ Competência específica 2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. (OE, 2018).

não pode ser evitada, pode-se ajudar a criança e sua família a experimentar a transcendência, por meio de intervenções do conforto que transmitem esperança, sucesso, carinho e estratégias para ultrapassar o medo.

Por outro lado, também tive a oportunidade de conhecer outras terapias complementares no controlo da dor que só tinha conhecimento na literatura científica, que é o caso da hipnose²⁴. A hipnose ainda é uma estratégia pouco utilizada, especialmente nas crianças, tanto por falta de conhecimentos como por falta de experiência dos profissionais de saúde. Está descrito na literatura científica que reduz a ansiedades das crianças antes da realização de procedimentos invasivos, mas também no controlo da dor no pós-operatório, promovendo analgesia e sensação de relaxamento. A utilização desta terapia complementar é mais eficaz nas crianças mais velhas, podendo ser um recurso a partir dos 4 anos de idade (OE,2013).

Neste ensino clínico procurei oportunidades para desenvolver o meu segundo objetivo a que me tinha proposto mais concretamente “aprofundar conhecimentos sobre os diferentes tipos de feridas cirúrgicas e adquirir conhecimentos sobre os métodos de avaliação e intervenção no RN com ferida cirúrgica”. Constatei que não existe, no serviço, uma norma/protocolo sobre os cuidados de enfermagem sobre a intervenção na criança com ferida cirúrgica e os registos são apenas efetuados nas notas de enfermagem, escritas no processo clínico em papel. Questionei a EO sobre esta situação que referiu que em relação aos registos esta situação iria ser ultrapassada quando houvesse a informatização do processo clínico e um local próprio para o mesmo. A não existência de protocolos/normas surge pela dificuldade em articular com as diferentes especialidades, ou seja, diferentes equipas médicas que têm diferentes abordagens à criança com ferida. Apesar de não haver linhas orientadoras para os cuidados à ferida cirúrgica, verifiquei que esta dificuldade é ultrapassada pelo nível de experiência de alguns elementos da equipa de enfermagem que transmitem de forma informal aos enfermeiros mais jovens. Aproveitei esta oportunidade para referir a importância da tomada de decisão baseada em evidência e não apenas na experiência e salientei a importância de

²⁴Competência específica 2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas;. 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 (OE, 2018).

haver um rigor na avaliação da ferida cirúrgica e no registo da observação da criança, pois são essenciais para avaliação da cicatrização da ferida e da resposta da mesma aos tratamentos (Humbert et al., 2004). Por vezes as feridas cirúrgicas podem tornar-se complexas, sendo a sua correta avaliação fundamental para uma evolução positiva, nomeadamente a medição (largura, comprimento e profundidade), as características do tecido (nível de exsudado, sinais de infeção) e o registo, como por exemplo o registo fotográfico (Humbert et al., 2004). A apropriação de conhecimento baseado na evidência pela equipa de enfermagem gera maior segurança na prestação de cuidados. Isto permite ao profissional de saúde antecipar a evolução da ferida, ou as emoções da criança e dos pais, possibilitando a implementação de um plano de cuidados de enfermagem dirigidos e individualizados.

A população pediátrica é a população mais vulnerável por ter uma pele mais frágil e muitos dos seus sistemas serem imaturos, o que pode tornar mais complicado o tratamento de feridas (Elsass, 2019). Também neste processo a parceria de cuidados com os pais deve estar presente e envolver a família durante o procedimento, pode ser mais um elemento facilitador da “avaliação” da evolução da ferida, mas principalmente por ser mais confortável para a criança e/ou jovem ter a presença dos pais. O enfermeiro deve fornecer todas as instruções à família acerca do plano de tratamento incorporando os princípios de educação para melhorar a captação da informação, através da retenção e compreensão da informação (Brown, 2014).

Neste período do ensino clínico também tive a oportunidade de frequentar um curso “Feridas XS – A Realidade da Pediatria” no âmbito do Congresso APTFeridas’ 19 – Produção e Difusão do Conhecimento” e também frequentar o mesmo congresso (Anexo II). Esta oportunidade permitiu-me aumentar o meu conhecimento técnico-científico da área das feridas inclusivamente na área da Pediatria, sendo este tipo de formação muito pouco frequente em Portugal. Para além de ter sido uma oportunidade única, também me possibilitou adquirir conhecimentos sobre as novas técnicas, os novos materiais e outras realidades da população pediátrica, tanto a nível nacional como internacional²⁵.

²⁵ Competência comum D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: Competência D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e a Competência D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (OE,2019).

4.5 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

O último estágio, quinto percurso, decorreu numa UCIN de nível IIIB na área da grande Lisboa, a qual é considerada como centro de referência de algumas patologias, como por exemplo, doença metabólica, neurocirurgia e tratamento de hipotermia induzida. Esta UCIN pertence à Unidade Setentrional A da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, e outras regiões, sobretudo a região Sul. Também é membro da rede Vermont – Oxford cotada no *ranking* ao nível médio, revelando que obtém resultados semelhantes à grande maioria dos cerca de 700 membros da rede.

A minha experiência profissional foi na sua maioria nesta UCIN e os desafios dos cuidados ao RN e sua família foram cada vez sendo mais diferenciados. A evolução tecnológica, tem sido fundamental para a sobrevivência destas crianças, mas levou a um ambiente na UCIN cada vez mais stressante. Logo nos primeiros momentos de vida, o RN pré-termo é sujeito a sons nocivos, luzes brilhantes, cheiros desagradáveis, colocação de monitorização e sujeito a inúmeros procedimentos invasivos e não invasivos que por vezes são dolorosos e desconfortáveis (Altimier & White, 2014; Askin & Wilson, 2014). Todo este ambiente sensorial poderá ser uma experiência com impacto negativo no desenvolvimento do cérebro de um RN. Como já foi abordado anteriormente, a dor pode ter consequências negativas tanto a curto como a médio e longo prazo, nomeadamente na organização cerebral e no seu desenvolvimento. Assim, os cuidados ao RN e sua família devem privilegiar a prevenção das complicações neonatais ou nos cuidados à sua condição clínica, mas também desenvolver e aprimorar estratégias de gestão da dor, que promovam os cuidados não traumáticos e neuroprotetores. A implementação dos cuidados neuroprotetores, suportados por estudos recentes, revela a melhoria da qualidade de cuidados ao RN e a promoção do desenvolvimento infantil. Esta unidade construída há mais de 50 anos, apresenta uma estrutura física que não acompanhou a evolução dos cuidados neonatais. As condições físicas levam a que o ambiente possa comprometer a promoção dos cuidados neuroprotetores. No entanto, os profissionais de saúde procuram na sua prática de cuidados, aplicar medidas neuroprotetores, recorrendo a estratégias para ultrapassarem as barreiras físicas desta UCIN, como por exemplo, redução das luzes na UCIN, redução do ruído e da

luz através do uso de capas para as incubadores e a promoção da interação com os pais como criar momentos de contacto pele com pele. Os RN pré-termo e os RN de termo doentes, ao saírem dos limites proporcionados pelo útero materno, perdem o seu conforto e organização, pois entram num ambiente hostil e são rapidamente expostos a procedimentos médicos invasivos (Altimier & White, 2014). De acordo com o Modelo de Cuidados Centrados no Desenvolvimento Neonatal (Altimier & Philips, 2016), uma das sete medidas nucleares neuroprotetoras é a proteção da pele. A pele é um órgão de grande dimensão e nos RN (especialmente dos pré-termos) tem a particularidade de ser imatura e, ter maior sensibilidade, fragilidade e permeabilidade, o que facilmente pode originar lesões (Askin & Wilson, 2014; Martins & Curado, 2017). Desde 2017 que em Portugal foi publicada e validada uma escala de avaliação do risco da lesão da pele no neonato (NSRAS). A aplicação de instrumentos de avaliação do risco que sejam adequados à população alvo na nossa prestação de cuidados, proporcionam dados para a avaliação, prevenção e tratamento, permitindo resultados para a prestação de cuidados de enfermagem (Martins & Curado, 2017). Nesta ótica, e por não haver um instrumento de avaliação do risco da lesão da pele na UCIN, foi efetuada a implementação desta escala com a formação da equipa de enfermagem (Apêndice IX)²⁶. Tal como é referido no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (2011), a formação promove o desenvolvimento profissional com o propósito de assegurar uma prestação de cuidados de qualidade. Para gerar novos conhecimentos é necessário haver investigação científica que dê suporte à prestação de cuidados e o EEESIP deve também estar a par da evidência científica mais recente, não só para fundamentar a sua prática, mas também para difundir junto dos seus pares.

Nem sempre é possível fazer a prevenção da lesão da pele, como por exemplo quando um recém-nascido é submetido a uma cirurgia, pois terá uma sutura operatória, isto é, uma ferida cirúrgica. No entanto, é possível fazer a prevenção das possíveis complicações desta ferida. Com este objetivo em mente elaborei uma revisão *scoping* para mapear “Os indicadores de avaliação da

²⁶ Competência comum D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: Competência D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e a Competência D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (OE,2019). Competência específica 3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil (OE, 2018).

evolução da ferida cirúrgica num recém-nascido internado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: Revisão *scoping*” (Apêndice X)²⁷. A revisão *scoping* fornece uma visão geral da evidência existente, ou seja, é um método de síntese de conhecimento, que resume e sintetiza evidências, informando práticas e orientações com potencial para contribuir com o avanço do conhecimento das práticas dos cuidados de saúde (Nascimento et al., 2019; Peters et al., 2017). A elaboração desta revisão *scoping*, permitiu identificar e mapear os indicadores de avaliação da ferida cirúrgica, mas também os fatores de risco associados à mesma. Nem sempre existe divulgação sobre as práticas dos cuidados e, para melhor compreender/aprofundar conhecimentos nesta área, visitei uma outra UCIN de nível IIIC da grande área do Porto. Um dos objetivos desta visita foi observar as práticas de enfermagem no cuidar aos RN submetidos a cirurgia, mas também conhecer mais especificamente os cuidados inerentes à ferida cirúrgica. Numa entrevista exploratória à Enfermeira Chefe e outra à Enfermeira responsável pela área do cuidado à criança com lesões/feridas deste serviço, tomei conhecimento de que ainda não têm normas, protocolos ou outras linhas orientadoras nesta área. Também compreendi que é a equipa médica que toma todas as decisões no que respeita ao tratamento da ferida do RN. Em relação à monitorização e avaliação da ferida não usam nenhuma escala ou outro método de registo. No entanto, no processo clínico, que é informatizado, é feito o registo do tipo de lesão.

Com base na revisão *scoping* que realizei, nos conhecimentos teórico-práticos adquiridos ao longo da minha experiência profissional, com o curso sobre feridas pediátricas (efetuado no estágio anterior) e após a visita de outro serviço de referência a nível nacional, elaborei a norma sobre os “Cuidados à pele ao recém-nascido submetido a cirurgia” (Apêndice XI)²⁸. Esta norma permitirá estabelecer linhas orientadoras para a prestação de cuidados com base em princípios científicos e otimização de recursos, mas também normalizar procedimentos que garantam as boas práticas (ACSS, 2011).

²⁷ Competência Comum D2 –Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (OE,2019); Artigo 15º (Grau de Mestre (b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo) (DL nº 14/2006).

²⁸ Competência Comum D2 –Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (OE,2019); Artigo 15º (Grau de Mestre (b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo) (DL nº 14/2006).

5. CONCLUSÃO

A caminhada, ao longo do processo educativo e de formação, para aquisição de novas competências profissionais foi determinante para o meu percurso de futura enfermeira especialista. Na busca da excelência do cuidar, deve-se direcionar a formação profissional para novos saberes, ultrapassando os desafios em contextos de incertezas e complexidades para a construção de responsabilidade profissional, utilizando o processo ação-reflexão-ação da prática (Paz & Kaiser, 2011). O presente percurso contribuiu para o meu desenvolvimento profissional como enfermeiro especialista, cumprindo o que está preconizado pelo Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019) e das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2018), mas também para as competências preconizadas para a obtenção do grau de Mestre, atendendo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem regulamentados pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011b).

Tendo em conta as diferentes experiências que os estágios proporcionaram, como futura EEESIP, procurei prestar cuidados de enfermagem holísticos ao cliente pediátrico e sua família, fundamentando as intervenções na evidência científica, não só para promover o desenvolvimento da qualidade da prestação de cuidados, mas também para interpretar, refletir e aplicar os resultados da investigação nas atividades delineadas. A filosofia dos cuidados centrados na família e os cuidados não traumáticos estiveram sempre presente na minha prestação de cuidados, bem como a otimização dos resultados em saúde através dos cuidados antecipatórios individualizados, sempre com o maior interesse na criança e sua família, assegurando os princípios da beneficência, justiça, autonomia e vulnerabilidade.

A escolha da problemática sobre a promoção do conforto do RN submetido a cirurgia internado na UCIN, mais especificamente sobre as intervenções no RN com ferida cirúrgica, permitiu-me aprofundar conhecimentos teórico-práticos tanto com a realização da revisão *scoping*, que também implicou uma revisão bibliográfica mais aprofundada, como na partilha de conhecimentos/experiências com as EO. Este conhecimento também me permitiu desenvolver competências comunicacionais com os pares através de formações e comunicações sob o formato de póster em congressos nacionais e internacionais.

A pele como maior órgão do corpo humano, tem várias funções como, por exemplo, barreira de proteção contra microrganismos, controlo hidro-eletrolítico e termorregulador, mas também é um dos principais veículos da comunicação com ambiente externo através dos sentidos, como o toque, o calor e a dor. Conhecendo que quando um RN é submetido a uma cirurgia e que no pós-operatório a dor pode estar associada ao local cirúrgico, tornou-se fulcral conhecer as intervenções que promovam a cicatrização do local cirúrgico de forma a diminuir o número de infeções, mas principalmente para melhor controlo da dor do RN, o que leva a um maior conforto. Nesta ótica foi aplicado o modelo teórico de enfermagem de Kolcaba, que acompanhou transversalmente a formação durante os estágios, procurando saber como os enfermeiros incentivavam a interação, a autonomia e valorização das necessidades do binómio criança-família a partir da promoção do conforto para a melhoria da qualidade de vida. Observou-se que na prática de cuidados nem sempre é adotado um modelo teórico, contudo existe preocupação no conforto da criança e sua família, e que está presente a filosofia dos cuidados centrados na família promovendo os cuidados não-traumáticos, contribuindo para o desenvolvimento infantil, aliado a práticas baseadas na evidência científica.

Sendo os cuidados à pele um dos cuidados neuroprotetores e sabendo que um RN internado na UCIN está sujeito a vários procedimentos dolorosos, é necessário continuar a procurar a melhor e mais atualizada evidência disponível que permite sustentar a prática de enfermagem, pelo que considero este trabalho ainda não terminado, mas sim mais um contributo para a excelência do cuidar e que poderá esboçar a continuação e/ou criação de novos projetos.

A experiência que as diferentes unidades de estágio proporcionaram, permitiram-me desenvolver este relatório e também refletir sobre o conceito de políticas de saúde, a promoção/educação para a saúde, dando empoderamento à criança e sua família, desenvolvendo conhecimento científico para aplicar na prática do EEESIP. Também permitiu que atingisse os objetivos gerais e específicos que levaram às competências adquiridas, possibilitando identificar as intervenções utilizadas pelos EO para a promoção do conforto da criança com ferida cirúrgica e sua família, bem como atuar e adquirir conhecimentos que também aumente e capacite a atuação da equipa de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). (2011). Manual de Normas de Enfermagem. *Administração Central Do Sistema de Saúde, IP* (2ª ed., pp.1-285). Acedido a 25-02-2020. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/MANUAL ENFERMAGEM 15_07_2011.pdf
- Als, H. (1982). Toward a Synactive Theory of Development: Promise for the Assessment and Support of Infant Individuality. *Infant Mental Health Journal*, 3(4), 229-240. Acedido a 1-5-2019. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/229639599_Toward_a_Synactive_Theory_of_Development_Promise_for_the_Assessment_and_Support_of_Infant_Individuality
- Altimier, L., & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core. *ELSEVIER*, 9-22.
- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *ELSEVIER*, 230-244.
- Altimier, L., & White, R. D. (2014). The neonatal intensive care unit (NICU) environment. In C. Kenner & J. Lott (Eds.), *Comprehensive neonatal nursing care* (5ª ed., pp. 722–738). New York: Springer Publishing Company.
- Andersson, A. K., Omberg, M., & Svedlund, M. (2006). Triage in the emergency department--a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *Nursing in Critical Care*, 11(3), 136–145. Disponível em <https://doi.org/10.1111/j.1362-1017.2006.00162.x>
- Apolinário, M. (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Referência*, III Série(nº 7), 83–92. <https://doi.org/10.12707/riii11145>

- Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Referência*, (9). 61-67. Acedido em 1-5-2019. Disponível em file:///C:/Users/Liliana/Downloads/Artigo_de_Revis%C3%A3o.pdf
- Araújo, L. d., & Reis, A. T. (2012). *Enfermagem na Prática Materno-Neonatal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Askin, D. F., & Wilson, D. (2014). Recém-Nascido de Alto Risco e a Família. In Hockenberry, M., & Wilson, D. *WONG, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol 1, pp.331-411). Loures: Lusociência.
- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). (2018). *Neonatal Skin Care*. (4th ed). Washington: AWHONN.
- Brown, T. L. (2014). Especificidades nas Intervenções de Enfermagem em Pediatria. In Hockenberry, M., & Wilson, D. *WONG, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed., Vol 1, pp.1061-1118). Loures: Lusociência.
- Butler, S., & Als, H. (2008). Individualized developmental care improves the lives of infants born preterm. *Acta Pædiatrica*, 1173-1175.
- Carneiro, S. G. (2010). *As implicações da parceria de cuidados para a qualidade dos cuidados de Enfermagem nos serviços de Pediatria*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Portugal. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26868/2/Dissertao.pdf>
- Castro, D., Andrade, C., Luiz, E., Mendes, M., Barbosa, D., & Santos, L. (2010). Brincar como instrumento terapêutico. *Pediatria*, 32(4), 246-54.
- Collière, M.F. (1999). *Promover a vida* (2ª ed.). Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Coughlin, M. E. (2014). *Transformative Nursing in the NICU*. New York: Springer Publishing Company.

- Coughlin, M. E. (2017). Trauma-Informed Care in the NICU. In *Trauma-Informed Care in the NICU*. New York: Springer Publishing Company.
- Coughlin, M., Gibbins, S., & Hoath, S. (2009). Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units, precedence and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (10), 2239-2248.
- Decreto-Lei no 74/2006 de 24 de março. (2006). Regime Jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. ELI: <https://dre.pt/legislacao-consolidada/-/lc/75316582/201902280729/diploma?rp=indice>
- Decreto de Lei.nº28/2008. (2008). Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (Nº 38/2008 de 22-02-2008), 1182-1189. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/28/2008/02/22/p/dre/pt/html>
- Despacho nº10319/2014. (2014). São definidas a estrutura física, logística e de recursos humanos dos Serviços de Urgência. *Diário Da República*, II Série (Nº 153 de 11-08-2014), 20673 – 20678. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/55606457>
- Diogo, P., Vilelas, J., & Rodrigues, L. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26– 47.
- Direção Geral da Saúde. (2003). Circular Normativa N.º9 DGCG de 14/6/2003. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção Geral da Saúde. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde. (2017). Programa Nacional de Vacinação. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2018). Norma N.º002/2018. Sistemas de Triagem de Serviços urgência e Referenciação Interna Imediata. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Elsass, F. (2019). Pediatric Patients. Wound Source. Acedido em 01-03-2020. Disponível em <https://www.woundsource.com/patientcondition/pediatric-patients>

Fernandes, A. (2010). *The efficacy of kangaroo mother care, sucrose and pacifier to reduce responses of preterm infants to procedural pain* (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa, Lisboa.

Fernandes, J. D., Machado, M. C. R., & de Oliveira, Z. N. P. (2011). Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 86(1), 102–110. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0365-05962011000100014>

Ferreira, M., Pontes, M., & Ferreira, N. (2009). Cuidar em enfermagem – percepção dos utentes. 6, 358–366. Acedido em 1-2-2020 Disponível em https://www.researchgate.net/publication/319212606_Cuidar_em_Enfermagem_-_Percepcao_dos_Utentes

Frank, L. (2002). Some pain, some gain: reflections on the past two decades of neonatal pain research and treatment. *Neonatal Netw*, (21), 37-41.

Freitas, A. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Discritiva de Etapas. *Percussos*. (15). 1-37. Acedido em 15-06-2019. Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Frias, C.F.C. (2003). *A aprendizagem do cuidar e a morte*. Loures: Lusociência.

- Gibbins, S., Hoath, S., Coughlin, M., Gibbins, A. & Franck, L. (2008). The Universe of Developmental Care: A New Conceptual Model for Application in the Neonatal Intensive Care Unit. *Advances in Neonatal Care*, 8 (3), 141-147.
- Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In Hockenberry, M., & Wilson, D. *WONG, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ªed., Vol 1, pp.1-20). Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *WONG, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ªed.). Loures: Lusociência.
- Humbert, P., Meaume, S. & Gharbi, T. (2004). Wound healing assessment. *Phlebology*, 47, 312–323.
- Ibieta, M. Vallejo, O., Castaño, I., Rios, P., Perotti, K., Ticona, J., Morote, J., Carmona, G., Piñera, M., Garcia, M., Ascanio, A. Jiménez, J., Ruiz-Pruneda, R. & Méndez-Aguirre, N. (2015). Infección de herida quirúrgica neonatal: encuesta multicéntrica sobre medidas profilácticas. *Cirugía Pediátrica*, 28 (1). Acedido a 1-6-2019. Disponível em https://www.secipe.org/coldata/upload/revista/2015_28-1_21-28.pdf
- INE. (2018). *Estatísticas Demográficas 2017*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.
- Instituto de Apoio à Criança (1988). Carta da Criança hospitalizada. Acedido a 2-3-2020. Disponível em http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta_crianca_hospitalizada.pdf
- Irving, V., Bethell, E. & Burton, F. (2006). Neonatal wound care: minimising trauma and pain. *Wounds UK*, 2 (1). Acedido a 1-6-2019. Disponível em <https://www.woundsinternational.com/resources/details/neonatal-wound-care-minimising-trauma-and-pain-1>

- Jacob, E. (2014). *Apreciação e Gestão da Dor na Criança*. In Hockenberry, M., & Wilson, D. *WONG, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ªed., Vol 1, pp.188-239). Loures: Lusociência.
- Kenner, C., & Lott, J. W. (2014). *Comprehensive Neonatal Nursing Care* (5ª ed.). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Kolcaba, K. & DiMarco, M. (2005). Comfort Theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric nursing*, 31 (3), 187-194. Acedido a 1-5-2019. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/7686145_Comfort_Theory_and_its_application_to_pediatric_nursing
- Lund, C., & Kuller, J. (2014). Integumentary System. In Kenner, C., & Lott, J. (Ed.), *Comprehensive Neonatal Nursing Care* (pp. 299-333). New York: Springer Publishing Company.
- Lund, C., Kuller, J., Lane, A., Lott, J., Raines, D., & Thomas, K. (2001). Neonatal Skin Care: Clinical Outcomes of the A W 0 N/NANN Research-based Practice Project on Knowledge and Skin care Practices. *JOGNN* , 41-51.
- Martins, C. O-A., & Curado, M. A. S. (2017). Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos: validação estatística com recém-nascido. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (13), 43-52.
- Milette, I., Martel, M., Silva, M. & McNeil, M. (2017). Guidelines for the Institutional Implementation of Developmental Neuroprotective Care in the Neonatal Intensive Care Unit. Part A: Background and Rationale. A Joint Position Statement From the CANN, CAPWHN, NANN, and COINN. *Canadian Journal of Nursing Research*, 49(2), 46–62.
- Nascimento, L., Guerra, G., Nunes J. & Cruz, D. (2019). Estratégias de retenção de profissionais de enfermagem nos hospitais: protocolo de scoping review. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (22), 161–168. Acedido a 01-02-2020. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV19033>

- Neves, M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários – Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (nº 8), 125–134. Acedido a 01-02-2020. Disponível em <https://doi.org/10.12707/riii11124>
- Oliveira, V. & Cadette, M. (2007). A consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. *REME*, 11(37), 77– 80.
- Ordem Dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Concetual Enunciados Descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem Dos Enfermeiros (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem Dos Enfermeiros (2017) –Programa Formativo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10883/programa_formativo_eesip_rev35-vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guia Orientador de Boa Prática: Entrevista ao Adolescente. In *Cadernos da OE - Série I* (Vol. 1, Issue 3). Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Guia Orientador De Boa Prática: Promoção Da Esperança Nos Pais De Crianças Com Doença Crónica. In *Cadernos OE* (Vol. 3, Issue 3). Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_Vol_III.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8898/regulamentopadrosqualidadeciuidadosespecializadosenfermagensaudecriancajovem.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança. In Cadernos OE (I Série, N°6). Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodordcrianca.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº422/2018: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República, 2ª Série*, (N°133 de 12-7-2018), 19192–19194. ELI: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2ª Série*, (N°26 de 6-2-2019), 4744–4750. ELI: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Paz, P., O., & Kaiser, D. E. (2011). A busca pela formação especializada em enfermagem do trabalho por enfermeiros. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(1), 23–30. Acedido a 01.02.2020. Disponível em <https://doi.org/10.1590/s1983-14472011000100003>
- Peters, M., Godfrey, C. McInerney, P., Baldini Soares, C., Khalil, H., & Parker, D. (2017). Scoping reviews. In *Joanna Briggs Institute reviewer's manual*. (Capítulo 11). Disponível em <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/Chapter+11%3A+Scoping+reviews>
- Rede de Informação e Observação em Saúde (2019). Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde. *Vigilância da Infeção-UCIN*. Acedido em 15-06-2019. Disponível em <https://rios-insa.min-saude.pt/>

- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014), *WONG Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 1025-1060). 9ª edição. Loures: Lusociência.
- SNS 24 (2020). Varicela. *Serviço Nacional de Saúde*. Acedido em 15-10-2019. Disponível em <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/varicela/>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2014). *Consenso nacional de Cuidados cutâneos no Recém – Nascido*. Acedido a 1-2-2020. Disponível em https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Pele_RN.pdf
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2016). Arquivo de Notícias. *Dia Mundial da Prematuridade*. Acedido em 15-06-2019. Disponível em <https://www.spp.pt/noticias/default.asp?IDN=372&op=2&ID=132>
- Sousa, P. & Santos, I. (2007). Cuidando da pessoa com ferida cirúrgica: estudo de caso. *Referência*, (4), 25-33.
- Spence, K. (2014). Surgical Considerations in the Newborn and Infant. In Kenner, C., & Lott, J. W. (Eds.), *Comprehensive Neonatal Nursing Care*. (5ªed., pp. 608-618). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Taguchi, T. (2008). Current Progress in Neonatal Surgery. *Surg Today*, 38, 379–389. DOI: 10.1007/s00595-007-3657-7
- Thibodeaux, A.G., & Mooney-Doyle, K. (2014). Influências Sociais, Culturais e Religiosas na Promoção da Saúde da Criança. In Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014), *WONG Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ªed., pp. 21-48). Loures: Lusociência.
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (5ªed.). Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência

Williamson, K. (2012). *Comfort Theory: A Guide for Practice of Neonatal Nursing*.
Acedido a 5-6-2019. Disponível em
https://pdfs.semanticscholar.org/62b0/98d0cdfc1ac61b155336995bfe2a0101c705.pdf?_ga=2.155805435.1905598869.1560883291-983704932.1560883291

Wilson, D., Montagnino, B, & Wilson, K.. (2014). Condições provocadas por Defeitos no Desenvolvimento Físico. In Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014), *WONG Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ªed., pp. 412-490)*. Loures: Lusociência.

APÊNDICES

APÊNDICE I
CRONOGRAMA DOS ESTÁGIOS

Cronograma de Estágio

[illegible]

APÊNDICE II

GUIA ORIENTADOR DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

10º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

2º Ano 1º Semestre

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Guia Orientador das Atividades de Estágio

Regente: Professora Doutora Paula Diogo

Docente Orientador: Professora Doutora Maria Alice
Santos Curado

Discente: Liliana do Rosário Abreu Pombeira, nº 4778

Lisboa

Ano Letivo 2019/ 2020

ÍNDICE

0. NOTA INTRODUTÓRIA	3
1. ENQUADRAMENTO	4
2. ATIVIDADES E OBJETIVOS/CONTEXTO DE ESTÁGIO	7
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

ANEXOS

ANEXO 1. Guia Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório

0. NOTA INTRODUTÓRIA

Este documento surge no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria lecionado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e pretende contribuir para o meu desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futura Enfermeira Especialista da Saúde Infantil e Pediátrica.

O meu projeto de estágio tem como tema **O Conforto do Recém-Nascido submetido a cirurgia na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**, com o foco no objeto de estudo sobre o cuidado do recém-nascido com ferida cirúrgica. A justificação por esta opção pessoal está intimamente ligada ao facto de nas práticas de cuidados ainda haver uma grande dificuldade em cuidar de recém-nascidos com ferida cirúrgica. Este facto surge sobretudo pela não existência de protocolos/normas de apreciação da mesma e intervenção, porque os profissionais ainda têm dificuldade em saber qual o material mais adequado ao seu tratamento sobretudo em situações de maior complexidade. Acresce-se a estes aspetos práticos, a pouca existência de investigação na área e concomitantemente a baixa publicação de artigos de qualidade e ainda os problemas e complicações cirúrgicas (sobretudo infeção) associados às taxas de internamento destas crianças nas unidades de neonatologia.

O percurso dos diferentes campos de estágio vão ao encontro dos meus interesses pessoais e profissionais, tendo como finalidade rever conhecimentos já adquiridos e validados nas práticas e também incorporar novos conhecimentos, baseados na evidencia científica para uma prestação de cuidados de qualidade em saúde infantil e pediatria, desenvolvendo-me a nível pessoal e profissional e contribuindo para o conhecimento científico em enfermagem e para crescimento desta como disciplina. O presente trabalho está estruturado em três capítulos: enquadramento (breve justificação da temática); atividades e objetivos nos diferentes contextos de estágio; e por último as referências bibliográficas.

0. ENQUADRAMENTO

Segundo a Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) nascem anualmente, em todo o mundo, 15 milhões de prematuros, ou seja, 1 em cada 10 bebés nasce prematuro. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística entre 2012 e 2017 verificou-se um aumento da percentagem de nados-vivos de baixo peso (peso inferior a 2500 gramas) e representavam 8,9% do total de nascimentos com vida em 2017 (INE, 2018). No mesmo período, registou-se também um acréscimo da percentagem de nados-vivos prematuros (com menos de 37 semanas de gestação), de 7,8% para 8,1%. Nos últimos anos, com os avanços científicos e a evolução dos diversos recursos técnicos, tem-se verificado uma redução considerável na morbilidade e mortalidade dos recém-nascidos de risco (Araújo&Reis, 2012). Contudo, o ambiente tecnológico e altamente sofisticado, acarreta novos desafios.

O sistema neurológico fetal desenvolve-se no último trimestre da gravidez e para garantir a sobrevivência destes prematuros existe uma estimulação excessiva e inesperada do ambiente, mas também na própria prestação de cuidados, que é potencialmente prejudicial para a organização e desenvolvimento do cérebro frágil e imaturo do recém-nascido (Butler & Als, 2008). Tendo por base estas premissas, Altimier e Phillips (2016) desenvolveram um modelo de cuidados que tem como objetivo diminuir os efeitos negativos do ambiente extrauterino, o **Modelo de Cuidados Centrados no Desenvolvimento Neonatal** que assenta em sete medidas nucleares neuroprotetoras: ambiente; parceria com as famílias; posicionamento e manipulação; minimização do *stress* e da dor; **proteção da pele**; proteção do sono, e otimização da nutrição. Este modelo utiliza intervenções neuroprotetoras como estratégias para suportar conexões neuronais ideais, promover o desenvolvimento neurológico, físico e emocional normal e prevenir deficiências. De entre estas sete medidas, destaca-se a proteção da pele, dado que é um dos novos dilemas/desafios para a equipa de enfermagem.

A pele é um dos órgãos mais importantes no nascimento por ter a responsabilidade das seguintes funções: proteção de barreira contra a perda de água e controlo da absorção de substâncias (incluindo a luz);

termorregulação; formação de camada ácida e controlo da infeção; regulação hidroeletrólítica; função sensorial tátil (AWHONN, 2018). Num RN prematuro a pele representa 13% do peso corporal, em comparação com 3% em adultos. As sensações de toque, pressão, temperatura e dor são recebidas por milhões de terminações nervosas. A pele é um veículo no estabelecimento precoce da relação mãe-filho em que a qualidade do toque é responsável pelas respostas posteriores do RN ao ambiente (Lund & Kuller, Integumentary System, 2014).

Assim, o Enfermeiro de uma UCIN na sua prática também deve ter a preocupação do cuidado à pele, manutenção da integridade e minimização do trauma. Duas das competências comuns do Enfermeiro Especialista são: domínio da melhoria contínua da qualidade e gestão dos cuidados. É neste sentido que pretendo desenvolver este projeto. Este também é baseado em competências previamente adquiridas não só resultantes da prática de cuidados ao RN, e sua família, internado na UCIN, mas também através de um caminho de formação. A filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF) está sempre presente na prática de cuidados de enfermagem na UCIN, promovendo a vinculação de forma sistemática, promovendo a parentalidade e os cuidados não traumáticos. Para melhor apoiar o desenvolvimento dos cuidados opta-se pelo modelo teórico de Katherine Kolcaba, Teoria do Conforto, por ser um modelo teórico que pode ser aplicado universalmente à pessoa de cuidados, inclusive nas crianças mais pequenas (Williamson, 2012).

Devido às particularidades que o RN e sua família, internado na UCIN, experienciam é essencial desenvolver competências comuns do EE com maior domínio na melhoria contínua da qualidade e na gestão nos cuidados (Diário República, 2019). Por outro lado, e como futura EEESIP, devo aprofundar e aperfeiçoar competências específicas nos cuidados de enfermagem *“específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”* (OE, 2018), promovendo o crescimento e o desenvolvimento infantil, mas também na vinculação sistemática nomeadamente do RN doente ou com necessidades especiais. Simultaneamente, o foco também será na promoção dos cuidados ao RN, criança e jovem com ferida cirúrgica em qualquer contexto em que se encontre.

A cirurgia neonatal é o campo mais especializado e sofisticado da cirurgia pediátrica. A cirurgia neonatal tal como a ciência da neonatologia é

recente, as primeiras cirurgias neonatais foram descritas só na segunda metade do séc. XX (Taguchi, 2008). A cirurgia apresenta várias facetas que interferem nos cuidados. Provoca dor e um stress significativo no RN mas também na sua família, o que exige práticas informadas e baseadas em evidências para que as famílias estejam preparadas para entender e tomar decisões aquando do procedimento cirúrgico mas também no pós-operatório (Hockenberry & Wilson, 2014). Os mesmos autores referem que o enfermeiro é o profissional que deve assegurar *“aos pais que as necessidades dos bebés relacionadas com a gestão da dor no período pós-operatório serão avaliadas e tratadas”*.

O internamento prolongado numa UCIN, potencia um elevado risco de infeção hospitalar e o aumento da sua gravidade. Os recém-nascidos (devido ao seu sistema imunológico imaturo) têm uma maior suscetibilidade de desenvolver infeções, daí a importância da prevenção. A infeção da ferida cirúrgica é uma causa importante morbilidade e mortalidade nas unidades de cuidados intensivos neonatais, o que é corroborado pelos dados estatísticos que mostram que 27- 61% das feridas cirúrgicas neonatais podem ser infetadas (Ibieta et al., 2015).

Estas feridas devem ser avaliadas frequentemente despistando sinais de infeção (rubor, edema, presença de exsudado e as suas características) e documentando as mesmas, via registos de enfermagem (Irving, et al., 2006). A observação destas características, a avaliação da condição geral do RN e a experiência dos profissionais de saúde são fatores determinantes para uma decisão terapêutica adequada e eficaz (Sousa & Santos, 2007).

1. Atividades e Objetivos/Contexto de Estágio

Nos diferentes contextos de estágio foram planeados objetivos gerais e específicos, referindo as atividades a desenvolver e os recursos necessários.

Unidade de Saúde I: Centro de Saúde

Objetivos Gerais e Específicos:

- Desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP, na intervenção de enfermagem com a criança, jovem e família em diferentes situações de saúde e doença, e em diferentes contextos, ao longo das etapas do desenvolvimento:
 - Analisar a intervenção do EEESIP em diferentes contextos de saúde
 - Colaborar na prestação de cuidados à criança, jovem e família em diferentes situações de saúde e doença, e em diferentes contextos, ao longo das etapas do desenvolvimento, desenvolvendo práticas de cuidados promotoras do crescimento e desenvolvimento
- Desenvolver intervenções de enfermagem promotoras do conforto do RN, criança, jovem com ferida cirúrgica e sua família:
 - Aprofundar conhecimentos sobre os diferentes tipos de feridas cirúrgicas
 - Adquirir conhecimentos sobre os métodos de avaliação e intervenção no recém-nascido com ferida cirúrgica

Duração: 24/9 a 11/10 de 2019

Atividades a desenvolver:

- Verificação das intervenções do EEESIP na sua área de atuação
- Entrevista exploratória com o enfermeiro especialista (orientador), acerca da finalidade do estágio e do projeto
- Participação na prestação de cuidados à criança, jovem e família nas consultas de Saúde Infantil
- Realização de pesquisa bibliográfica sobre os diferentes tipos de feridas cirúrgicas

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre os diferentes métodos de avaliação e intervenção no recém-nascido com ferida cirúrgica

Descrição das atividades

- Acompanhamento do EEESIP nas consultas de Saúde Infantil e no NACJR
- Colaboração na prestação de cuidados à criança/jovem e família nas consultas efetuadas pelo EEESIP
- Cooperação na avaliação e no registo dos indicadores de crescimento e desenvolvimento infantil
- Mobilização dos conhecimentos teóricos para a prática adequando ao nível de desenvolvimento da criança e família
- Colaboração e acompanhamento de uma atividade de formação do programa de saúde escolar
- Análise dos protocolos/ normas instituídos nos serviços para a equipa de enfermagem

Recursos necessários:

- Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
- Programa SINUS
- Programa Nacional de Saúde Escolar (2015)
- Plano Nacional de Vacinação
- Equipa de Enfermagem
- Criança e Família

Unidade de Saúde II: Consulta de Enfermagem de Desenvolvimento Infantil

Objetivos Gerais e Específicos:

- Desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP, na intervenção de enfermagem com a criança, jovem e família em diferentes situações de saúde e doença, e em diferentes contextos, ao longo das etapas do desenvolvimento:
 - Analisar a intervenção do EEESIP em diferentes contextos de saúde
 - Colaborar na prestação de cuidados à criança, jovem e família em diferentes situações de saúde e doença, e em diferentes contextos, ao longo das etapas do desenvolvimento, desenvolvendo práticas de cuidados promotoras do crescimento e desenvolvimento
- Desenvolver intervenções de enfermagem promotoras do conforto do RN, criança, jovem com ferida cirúrgica e sua família:
 - Aprofundar conhecimentos sobre os diferentes tipos de feridas cirúrgicas
 - Adquirir conhecimentos sobre os métodos de avaliação e intervenção no recém-nascido com ferida cirúrgica

Duração: 14 a 25/10 de 2019

Atividades a desenvolver:

- Verificação das intervenções do EEESIP na sua área de atuação
- Entrevista exploratória com o enfermeiro especialista (orientador), acerca da finalidade do estágio e do projeto
- Participação na prestação de cuidados à criança/ jovem e família com alterações no desenvolvimento infantil
- Realização de pesquisa bibliográfica sobre os diferentes tipos de feridas cirúrgicas
- Realização de pesquisa bibliográfica sobre os diferentes métodos de avaliação e intervenção no recém-nascido com ferida cirúrgica

Descrição das atividades

- Acompanhamento do EEESIP nas consultas de enfermagem do desenvolvimento infantil

- Colaboração na prestação de cuidados à criança/jovem e família, de acordo com a situação clínica adequando ao estadio de desenvolvimento
- Mobilização dos conhecimentos teóricos para a prática adequando ao nível de desenvolvimento da criança e família
- Consulta de instrumentos de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil aplicados
- Análise dos protocolos/normas instituídos nos serviços para a equipa de enfermagem

Recursos necessários:

- Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
- Equipa de Enfermagem
- Criança e Família

Unidade de Saúde III: Serviço de Urgência de Pediatria

Objetivos Gerais e Específicos:

- Desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP, na intervenção de enfermagem com a criança, jovem e família em diferentes situações de saúde e doença, e em diferentes contextos, ao longo das etapas do desenvolvimento:
 - Analisar a intervenção do EEESIP em diferentes contextos de saúde
 - Colaborar na prestação de cuidados à criança, jovem e família em diferentes situações de saúde e doença, e em diferentes contextos, ao longo das etapas do desenvolvimento, desenvolvendo práticas de cuidados promotoras do crescimento e desenvolvimento
- Desenvolver intervenções de enfermagem promotoras do conforto do RN, criança, jovem com ferida cirúrgica e sua família:
 - Aprofundar conhecimentos sobre os diferentes tipos de feridas cirúrgicas
 - Adquirir conhecimentos sobre os métodos de avaliação e intervenção no recém-nascido com ferida cirúrgica

Duração: 28/10 a 15/11 de 2019

Atividades a desenvolver:

- Verificação das intervenções do EEESIP na sua área de atuação
- Entrevista exploratória com o enfermeiro especialista (orientador), acerca da finalidade do estágio e do projeto
- Participação na prestação de cuidados à criança, jovem e família que recorre ao SUP
- Realização de pesquisa bibliográfica sobre os diferentes tipos de feridas cirúrgicas
- Realização de pesquisa bibliográfica sobre os diferentes métodos de avaliação e intervenção no recém-nascido com ferida cirúrgica

Descrição das atividades

- Acompanhamento do EEESIP na prestação de cuidados num SUP
- Colaboração na prestação de cuidados à criança/jovem e família gravemente doente, de acordo com a situação clínica

- Mobilização dos conhecimentos teóricos para a prática adequando ao nível de desenvolvimento da criança e família nas situações: de urgência/ emergência, de instabilidade das funções vitais e/ou risco de morte
- Análise dos protocolos/ normas instituídos nos serviços para a equipa de enfermagem

Recursos necessários:

- Sistema Informático Allert®
- Equipa de Enfermagem
- Criança e Família
- Normas e protocolos do serviço

Unidade de Saúde IV: Internamento de Pediatria Cirúrgica

Objetivos Gerais e Específicos:

- Desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP, na intervenção de enfermagem com a criança, jovem e família em diferentes situações de saúde e doença, e em diferentes contextos, ao longo das etapas do desenvolvimento:
 - Analisar a intervenção do EEESIP em diferentes contextos de saúde
 - Colaborar na prestação de cuidados à criança, jovem e família em diferentes situações de saúde e doença, e em diferentes contextos, ao longo das etapas do desenvolvimento, desenvolvendo práticas de cuidados promotoras do crescimento e desenvolvimento
- Desenvolver intervenções de enfermagem promotoras do conforto do RN, criança, jovem com ferida cirúrgica e sua família:
 - Aprofundar conhecimentos sobre os diferentes tipos de feridas cirúrgicas
 - Adquirir conhecimentos sobre os métodos de avaliação e intervenção no recém-nascido com ferida cirúrgica
 - Desenvolver intervenções de enfermagem promotoras do conforto do RN, criança, jovem com ferida cirúrgica e sua família
 - Identificar os indicadores de avaliação da ferida cirúrgica no recém-nascido e a longo prazo desenvolver uma escala de avaliação da mesma

Duração: 18/11 a 13/12 de 2019

Atividades a desenvolver:

- Verificação das intervenções do EEESIP na sua área de atuação
- Entrevista exploratória com o enfermeiro especialista (orientador), acerca da finalidade do estágio e do projeto
- Participação na prestação de cuidados à criança, jovem e família num internamento
- Realização de pesquisa bibliográfica sobre os diferentes tipos de feridas cirúrgicas

- Realização de pesquisa bibliográfica sobre os diferentes métodos de avaliação e intervenção no recém-nascido com ferida cirúrgica
- Realização de pesquisa bibliográfica sobre os indicadores de avaliação da ferida cirúrgica no recém-nascido

Descrição das atividades

- Acompanhamento do EEESIP na prestação de cuidados num internamento de cirurgia pediátrica
- Colaboração na prestação de cuidados à criança/jovem e família submetido a cirurgia
- Mobilização dos conhecimentos teóricos para a prática adequando ao nível de desenvolvimento da criança e família submetido a cirurgia
- Observação das práticas de enfermagem a cuidar de criança/jovem com ferida cirúrgica
- Análise dos protocolos/ normas instituídos nos serviços para a equipa de enfermagem

Recursos necessários:

- Equipa de Enfermagem
- Criança e Família
- Normas e protocolos do serviço

Unidade de Saúde VI: **Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**

Objetivos Gerais e Específicos:

- Desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP, na intervenção de enfermagem com a criança, jovem e família em diferentes situações de saúde e doença, e em diferentes contextos, ao longo das etapas do desenvolvimento:
 - Analisar a intervenção do EEESIP em diferentes contextos de saúde
 - Colaborar na prestação de cuidados à criança, jovem e família em diferentes situações de saúde e doença, e em diferentes contextos, ao longo das etapas do desenvolvimento, desenvolvendo práticas de cuidados promotoras do crescimento e desenvolvimento
- Desenvolver intervenções de enfermagem promotoras do conforto do RN, criança, jovem com ferida cirúrgica e sua família:
 - Aprofundar conhecimentos sobre os diferentes tipos de feridas cirúrgicas
 - Adquirir conhecimentos sobre os métodos de avaliação e intervenção no recém-nascido com ferida cirúrgica
 - Desenvolver intervenções de enfermagem promotoras do conforto do RN, criança, jovem com ferida cirúrgica e sua família
 - Identificar os indicadores de avaliação da ferida cirúrgica no recém-nascido e a longo prazo desenvolver uma escala de avaliação da mesma

Duração: 16/12/2019 a 7/2 de 2020

Atividades a desenvolver:

- Verificação das intervenções do EEESIP na sua área de atuação
- Entrevista exploratória com o enfermeiro especialista (orientador), acerca da finalidade do estágio e do projeto
- Prestação de cuidados ao RN e família internados na UCIN
- Realização de pesquisa bibliográfica sobre os diferentes tipos de feridas cirúrgicas

- Identificação das estratégias para o cuidar do recém-nascido com ferida cirúrgica
- Verificação de métodos de avaliação e intervenção no recém-nascido com ferida cirúrgica
- Elaboração de uma sessão formativa para enfermeiros sobre avaliação e intervenção no RN com ferida cirúrgica
- Realização de pesquisa bibliográfica sobre elaboração de protocolos de intervenção
- Elaboração do protocolo de intervenção no RN com ferida cirúrgica, tendo como suporte o documento preconizado pela instituição
- Realização de pesquisa bibliográfica sobre os diferentes métodos de avaliação e intervenção no recém-nascido com ferida cirúrgica
- Realização de pesquisa bibliográfica sobre os indicadores de avaliação da ferida cirúrgica no recém-nascido

Descrição das atividades

- Prestação de cuidados ao RN e família
- Participação nos cuidados promotores da parentalidade e vinculação
- Mobilização dos conhecimentos teóricos para a prática adequando ao nível de desenvolvimento do RN e família submetido a cirurgia
- Análise das práticas de enfermagem a cuidar de criança/jovem com ferida cirúrgica
- Análise dos protocolos/ normas instituídos nos serviços para a equipa de enfermagem
- Identificação de instrumentos para avaliação da ferida cirúrgica
- Observação das intervenções do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido com ferida cirúrgica
- Realização de entrevistas exploratórias a peritos e/ou EEESIP e ainda ao farmacêutico que dá apoio à Unidade
- Análise dos protocolos/ normas instituídos nos serviços para a equipa de enfermagem
- Articulação em equipa multidisciplinar (cirurgia pediátrica, neonatologia e a sub-comissão técnica consultiva de pensos e dispositivos similares de um Hospital Central de Lisboa)

- Envolvimento de toda a equipa de neonatologia
- Apresentação do documento elaborado à equipa de neonatologia

Recursos necessários:

- Equipa de Enfermagem
- Criança e Família
- Normas e protocolos do serviço
- Computador

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Als, H. (1982). Toward a Synactive Theory of Development: Promise for the Assessment and Support of Infant Individuality. *Infant Mental Health Journal*, 3 (4), 229-240. Acedido a 1-5-2019. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/229639599_Toward_a_Synactive_Theory_of_Development_Promise_for_the_Assessment_and_Support_of_Infant_Individuality
- Altimier, L., & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core. *ELSEVIER*, 9-22.
- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *ELSEVIER*, 230-244.
- Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. Referência. (9). 61-67. Acedido em 1-5-2019. Disponível em file:///C:/Users/Liliana/Downloads/Artigo_de_Revis%C3%A3o.pdf
- Araújo, L. d., & Reis, A. T. (2012). *Enfermagem na Prática Materno-Neonatal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- AWHONN. (2018). *Neonatal Skin Care*. (4th ed). Washington: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses.
- Butler, S., & Als, H. (2008). Individualized developmental care improves the lives of infants born preterm. *Acta Paediatrica*, 1173-1175.
- Centro Hospitalar Lisboa Norte (2015). *Pediatria. Missão, Visão e Valores*. Acedido em 15-06-2019. Disponível em <http://83.240.153.196:8082/index.php/home/missao-visao-e-valores>
- Coughlin, M. E. (2014). *Transformative Nursing in the NICU*. New York: Springer Publishing Company.
- Coughlin, M., et al. (2009). Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units, precedence and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (10), 2239-2248. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05052.x

- Freitas, A. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Discritiva de Etapas. *Percussos*. (15). 1-37. Acedido em 15-06-2019. Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Gibbins, S., Hoath, S., Coughlin, M., Gibbins, A. & Franck, L. (2008). The Universe of Developmental Care: A New Conceptual Model for Application in the Neonatal Intensive Care Unit. *Advances in Neonatal Care*, 8 (3), 141-147.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *WONG, Enfermagem da Criança e do Adolescente, 9ª edição*. Loures: Lusociência.
- Ibieta, M. et al. (2015). Infección de herida quirúrgica neonatal: encuesta multicéntrica sobre medidas profilácticas. *Cirugía Pediátrica*. 28 (1). Acedido a 1-6-2019. Disponível em https://www.secipe.org/coldata/upload/revista/2015_28-1_21-28.pdf
- INE. (2018). *Estatísticas Demográficas 2017*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.
- Irving, V., et al. (2006). Neonatal wound care: minimising trauma and pain. *Wounds UK*. 2 (1). Acedido a 1-6-2019. Disponível em <https://www.woundsinternational.com/resources/details/neonatal-wound-care-minimising-trauma-and-pain-1>
- Kolcaba, K. & DiMarco, M. (2005). Comfort Theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric nursing*, 31 (3), 187-194. Acedido a 1-5-2019. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/7686145_Comfort_Theory_and_its_application_to_pediatric_nursing
- Lund, C., & Kuller, J. (2014). Integumentary System. In Kenner, C., & Lott, J. (Ed.), *Comprehensive Neonatal Nursing Care* (pp. 299-333). New York: Springer Publishing Company.
- Lund, C., Kuller, J., Lane, A., Lott, J., Raines, D., & Thomas, K. (2001). Neonatal Skin Care: Clinical Outcomes of the A W 0 N/NANN Research-based Practice Project on Knowledge and Skin care Practices. *JOGNN*, 41-51.
- Milette, I., Martel, M., Silva, M. & McNeil, M. (2017). Guidelines for the Institutional Implementation of Developmental Neuroprotective Care in the Neonatal Intensive Care Unit. Part A: Background and Rationale. A

- Joint Position Statement From the CANN, CAPWHN, NANN, and COINN. *Canadian Journal of Nursing Researc*, 49(2), 46–62.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº422/2018: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, 2ª Série, (Nº133 de 12-7-2018), 19192–19194. ELI: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2ª Série, (Nº26 de 6-2-2019), 4744–4750. ELI: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Rede de Informação e Observação em Saúde (2019). Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde. *Vigilância da Infecção-UCIN*. Acedido em 15-06-2019. Disponível em <https://rios-insa.min-saude.pt/>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria (2016). Arquivo de Notícias. *Dia Mundial da Prematuridade*. Acedido em 15-06-2019. Disponível em <https://www.spp.pt/noticias/default.asp?IDN=372&op=2&ID=132>
- Sousa, P. & Santos, I. (2007). Cuidando da pessoa com ferida cirúrgica: estudo de caso. *Referência*, (4), 25-33.
- Taguchi, T. (2008). Current Progress in Neonatal Surgery. *Surg Today*, 38, 379–389. DOI: 10.1007/s00595-007-3657-7
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. (5ªed.). Loures: Lusociência.
- Williamson, K. (2012). Comfort Theory: A Guide for Practice of Neonatal Nursing. Acedido a 5-6-2019. Disponível em https://pdfs.semanticscholar.org/62b0/98d0cdfc1ac61b155336995bfe2a0101c705.pdf?_ga=2.155805435.1905598869.1560883291-983704932.1560883291

ANEXOS

ANEXO 1. Guia Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório

UC ESTÁGIO COM RELATÓRIO – Documento Orientador

2º Ano – 1º Semestre

EQUIPA PEDAGÓGICA: Paula Diogo (Regente), Maria Alice Curado, Maria da Graça Vinagre, Maria Teresa Magão, Filomena Sousa, Isabel Malheiro, Maria José Góis Paixão, Cristina Jeremias, Sónia Colaço.

Finalidade

Desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família.

Objetivos

- Desenvolver processos de prestação de cuidados à criança, ao jovem e à família:
 - Em resposta às necessidades do seu crescimento e desenvolvimento e no sentido da maximização da sua saúde.
 - Em situações complexas relacionadas com o ciclo de vida, situações de doença, nomeadamente as de incapacidade, de mau prognóstico e de morte.
- Desenvolver um projeto sobre uma problemática da prática de cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediatria.
- Comunicar o desenvolvimento e as conclusões, referente aos processos de pensamento de enfermagem, subjacentes ao projeto de formação concretizado no Relatório do Estágio.

Programa de Estágio

As Experiências de Estágio implicam:

- A conceção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem a crianças, jovens e famílias, na mobilização das competências relativas à responsabilidade profissional, ética e legal, à qualidade e gestão de cuidados e ao desenvolvimento profissional.
- A mobilização do corpo de conhecimentos e quadros de referência próprios da profissão e da área da especialidade, e o recurso a programas, modelos e técnicas de intervenção próprios da enfermagem e da saúde Infantil e pediatria.
- A reflexão sobre a prática com base na evidência científica da disciplina de Enfermagem (e outras disciplinas) e ainda numa lógica de Enfermagem Avançada.

São realizadas nos seguintes contextos: ACES, nas suas diferentes unidades funcionais; Hospitais, dos setores público e privado; Outras instituições prestadoras de cuidados no âmbito da prevenção e reabilitação à criança, ao jovem e à família; Organizações não-governamentais (ONGs) e Instituições com atividades educativas junto da criança e do jovem.

Metodologia

- O estágio orienta-se pelos princípios pedagógicos de formação de adultos, pelo que o/a mestrando/a é responsável por monitorizar a sua aprendizagem em conformidade com o projeto de estágio.
- O projeto de estágio assenta nas necessidades e interesses dos mestrandos, nas disposições curriculares e nas competências comuns e específicas do EESIP preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros.
- O projeto de estágio, e o respetivo relatório, explicitam o enquadramento conceptual de enfermagem que os referenciam e orientam.
- O projeto de estágio assume a dinâmica de um contrato pedagógico auto explicitado, em termos das competências de aprendizagem, e acompanhado do respetivo cronograma.
- A escolha dos locais de estágio é realizada pelos/as mestrandos/as, em consonância com o projeto a desenvolver e as orientações da Ordem dos Enfermeiros, e é aprovada pela Professora Orientadora.

- O/A mestrando/a tem uma Professora Orientadora e, em cada contexto, um Orientador Clínico desejavelmente enfermeiro/a especialista na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.
- A orientação tutorial (OT) do/a mestrando/a pela Professora, tendo em conta os objetivos e as atividades propostas/desenvolvidas em Estágio, concretizar-se-á no seu acompanhamento continuado, através da discussão da produção escrita, das atividades apresentadas e realizadas, assim como da sua participação nas sessões de OT em grupo. A inexistência de um acompanhamento continuado durante a redação do Relatório é impeditivo da sua aceitação pela Professora Orientadora.
- As sessões de OT em grupo, num total de cinco (5), decorrerão mensalmente visando a partilha, a reflexão e a orientação do percurso formativo.

No Quadro seguinte constam as datas e a organização geral dos grupos de cada uma das cinco (5) sessões de OT.

Data	<u>1ª Sessão</u> 2ª feira - 23 setembro 2019 16h - 21h	<u>2ª Sessão</u> 2ª feira - 21 outubro 2019 16h - 21h	<u>3ª Sessão</u> 2ª feira - 18 novembro 2019 16h - 21h	<u>4ª Sessão</u> 2ª feira - 16 dezembro 2019 16h - 21h	<u>5ª Sessão</u> 2ª feira - 20 janeiro 2020 16h - 21h
Grupos	1.ª parte: Grupo -Turma 2.ª parte: Grupos de mestrandos/as com respetivos Professores	Grupo A: apresentam 4 mestrandos/as Grupo B: apresentam 5 mestrandos/as Grupo C: apresentam 5 mestrandos/as	Grupo A: apresentam 4 mestrandos/as Grupo B: apresentam 5 mestrandos/as Grupo C: apresentam 6 mestrandos/as	Grupo A: apresentam 6 mestrandos/as Grupo B: apresentam 5 mestrandos/as Grupo C: apresentam 4 mestrandos/as	1.ª Parte: Grupo-Turma Apresentam 2 mestrandos/as 2.ª parte: Organização e redação do Relatório de Estágio

GRUPO A: mestrandos/as das Professoras Alice Curado (3), Teresa Magão (3), Sónia Colaço (1)

GRUPO B: mestrandos/as das Professoras Paula Diogo (7), Góis Paixão (1)

GRUPO C: mestrandos/as das Professoras Graça Vinagre (1), Filomena Sousa (4), Isabel Malheiro (2), Cristina Jeremias (1)

No Quadro seguinte constam os objetivos de cada uma das cinco (5) sessões de OT.

Data	1ª Sessão 2ª feira - 23 setembro 2019 16h - 21h	2ª Sessão 2ª feira - 21 outubro 2019 16h - 21h	3ª Sessão e 4ª Sessão 2ª feira – 18 novembro 2019 e 2ª feira –16 dezembro 2019 16h - 21h	5ª Sessão 2ª feira - 20 janeiro 2020 16h - 21h
Objetivos da Sessão	Pretende-se nesta <u>sessão introdutória</u> que cada mestrando/a se aproprie das linhas orientadoras do estágio, tendo em conta: 1. O projeto que irá operacionalizar. 2. A preparação para cada experiência de estágio; <u>elaboração de um Guia Orientador das Atividades de Estágio</u> a apresentar aos Enfermeiros/as responsáveis e orientadores nos estágios. 3. A produção escrita, e a elaboração paulatina do Relatório, relativamente às experiências de cada contexto de estágio. 4. As dificuldades antecipadas e o modo como as superar. 5. Outras questões que considere poderem facilitar o início do estágio.	Pretende-se nesta sessão que cada mestrando/a, relativamente às <u>experiências que estão a decorrer</u>, apresente para discussão: 1. O modo como a experiência de estágio se enquadra no seu projeto. 2. Os objetivos, as atividades, os processos de trabalho e a mobilização de recursos. 3. As atividades que considera estarem a ser mais relevantes para o seu projeto. 4. A preparação dos instrumentos de suporte à realização das atividades. 5. As dificuldades vividas e o modo como foram superadas e/ou prevê a sua superação. 6. Outras questões que considere poderem beneficiar de discussão em grupo.	Pretende-se nestas sessões, que cada mestrando/a, relativamente <u>às experiências que decorreram e a decorrer</u>, apresente para discussão: 1. O enquadramento profissional¹ e científico do projeto em desenvolvimento. 2. As atividades que considera estarem a ser mais relevantes no desenvolvimento do seu projeto. 3. A aquisição e consolidação dos conhecimentos experienciais e científicos, e o processo de desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista. 4. Os processos de tomada de decisão clínica, vividos e/ou observados, com impacto para o projeto. 5. As dificuldades vividas e o modo como foram superadas e/ou se prevê a sua superação. 6. Outras questões que considere poderem beneficiar da discussão em grupo, nomeadamente as relativas às experiências a iniciar.	Pretende-se, na 1.ª parte desta sessão, relativamente <u>às experiências que decorreram e à aproximação da redação final do Relatório de Estágio</u>, que pelo menos dois (2) mestrandos/as apresentem para discussão a evolução global do seu projeto de estágio (reconstruído/consolidado): a. O enquadramento profissional e científico preconizado para o exercício da profissão como enfermeiro/a especialista ESIP. b. O desenvolvimento dos seus conhecimentos experienciais e científicos, e o processo de aquisição de competências de enfermeiro/a especialista. c. Os processos de tomada de decisão clínica, vividos e/ou observados, com impacto para o projeto de estágio. d. Resultados obtidos na prática clínica e questões emergentes. 2. Pretende-se, na 2.ª parte desta sessão, explicitar os pilares estruturantes de organização e redação do Relatório de Estágio .

¹ Destacam-se como elementos essenciais do enquadramento profissional: O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE); Código Deontológico do Enfermeiro; o Regulamento de Competências do EESIP; Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem; Os Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; A CIPE, o Resumo Mínimo de Dados e o Core de Indicadores de Enfermagem; Normativos da DGS.

Retomando a finalidade do Estágio - *Desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para a concepção, a gestão, a prestação e a supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família* - assim como os seus objetivos, pretende-se que estas sessões de Orientação Tutorial (OT) constituam um espaço de trabalho, que permita o acompanhamento da programação e da concretização das experiências de estágio, no seu conjunto e em cada contexto, assim como o seu relato, análise e discussão.

A turma será organizada em três (3) grupo por sessão. Atendendo a que cada sessão decorre entre as 16 horas e as 21 horas, e que cada uma terá um intervalo de 30 minutos, consideram-se 270 minutos de tempo efetivo em sala. Cada mestrando/a tem a possibilidade de apresentar o seu trabalho pelo menos duas (2) vezes ao longo da totalidade das sessões de OT. Cada apresentação tem a duração de 15 minutos, mais 15 minutos para discussão com o grupo de colegas e 15 minutos para o comentário das Professoras (totalizando 45 minutos por apresentação).

Avaliação

A avaliação é realizada tendo em conta **dois momentos**:

- Avaliação da componente clínica (50%)²
- Avaliação do Relatório e sua discussão pública (50%)

A classificação final é obtida através da média dos dois momentos. A aprovação da UC está condicionada à obtenção de uma nota mínima de 10 valores, em cada um dos momentos.

² Documento de Avaliação para o efeito.

Apresentam-se em seguida alguns elementos que orientarão a elaboração do Relatório de Estágio

O Relatório de estágio, decorrente da concretização do projeto, explicita o enquadramento conceptual de enfermagem e as atividades desenvolvidas na prática clínica, assente na formação reflexiva e na aprendizagem experiencial, visando a demonstração e fundamentação das competências adquiridas.

O Relatório:

1. Explicita o paradigma de enfermagem em que se inscreve e o enquadramento profissional e conceptual relevante para a problemática de enfermagem em estudo e desenvolvimento.
2. Revela sustentação teórica ancorada no conhecimento e evidência científica predominantemente da disciplina de Enfermagem.
3. Identifica claramente a sua finalidade e objetivos, relacionando-os com a problemática em estudo e com os domínios de competências de enfermeiro especialista.
4. Descreve as atividades e os processos de trabalho, ancorados em processos de tomada de decisão clínica, que evidenciam a mobilização do enquadramento profissional e científico preconizado para o exercício da profissão.
5. Explicita o resultado obtido e as questões emergentes, assim como a sua importância para a prática clínica, para o desenvolvimento de conhecimentos experienciais e científicos, e para a aquisição das competências de enfermeiro especialista.
6. Perspetiva, a partir dos resultados emergentes, a continuidade do estudo e a sua concretização na prática clínica, sustentando-se num adequado enquadramento científico e profissional, e visando o seu contributo para as boas práticas.

Em caso de necessidade de **alteração do registo do tema** do relatório de estágio (onde se inclui a mudança do título) deve ser solicitado em requerimento próprio, acompanhado de declaração do Docente Orientador; só após aprovação do CT-C da referida alteração será possível proceder à entrega do Relatório (Cf. Regulamento de Mestrado em Enfermagem e Curso de Pós-Licenciatura de Especialização da ESEL, de 4 junho 2019).

Bibliografia

Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2002). *A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Lisboa: Artes Gráficas Lda.

Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1058-1062.

Direção-Geral da Saúde (18 de Dezembro de 2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Orientação 022/12.

Golse, B. (2005). *O desenvolvimento afetivo e intelectual da criança*. Lisboa: Climepsi.

Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong. Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.

Jorge, A. (2004). *Família e hospitalização da criança*. Lisboa: Lusociência.

Para além de toda a bibliografia indicada como relevante nas diferentes Unidades Curriculares do Curso, de artigos científicos sobre os temas específicos relativos às experiências de estágio e às temáticas abordadas e discutidas em sessões de OT.

O Estágio decorre de **23 de setembro de 2019 a 07 de fevereiro de 2020**, com uma duração de 18 semanas,

e com uma carga horária de 25 horas semanais.

As sessões de OT têm um total de 25 horas.

Limite de faltas de 15% (para cada modalidade de sessão letiva).

ENTREGA DO RELATÓRIO DE ESTÁGIO: **28 de fevereiro de 2020**

Prof.ª Paula Diogo
Setembro 2019

APÊNDICE III

FOLHETOS DE INFORMAÇÃO E PROMOÇÃO DOS CUIDADOS NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Surgem pequenas manchas vermelhas (máculas) que evoluem para lesões sólidas da pele, em horas, seguindo-se, durante 3-4 dias, a formação de vesículas (pequenas bolhas) que progridem para a formação de crostas. Estas lesões da pele caracterizam-se também pela comichão que causam.



A erupção da pele inicia-se no tronco, passando para extremidades (couro cabeludo, axilas, boca, face, trato respiratório ou para áreas com irritação cutânea).

As crianças só podem voltar à escola ou ao infantário quando as lesões já estiverem todas em estado de crosta!



A não esquecer

Elaborado por: Enfª Liliana Abreu-
Aluna do 10º curso MEESIP da ESEL
Sob orientação: Enfª Especialista de Saúde Infantil Ana Menino
Prof. Doutora Alice Curado, docente da ESEL

Atualizado: Outubro 2019

Fonte: SNS 24, <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/varicela/>
Direção Geral de Saúde (2013); <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0182013-de-20122013-pdf.aspx>

Varicela



E agora?

Como se transmite?



A varicela é uma das doenças transmissíveis mais comuns na infância, sendo bastante contagiosa.

A varicela transmite-se de pessoa para pessoa:

- por contacto direto, quando alguém toca nas borbulhas ou em objetos contaminados
- por gotículas de saliva existentes no ar da pessoa com varicela, quando espirra, tosse ou fala

É contagioso quanto tempo?

O período de contágio da varicela é de 1 a 2 dias antes do aparecimento das lesões e até 6 dias depois.

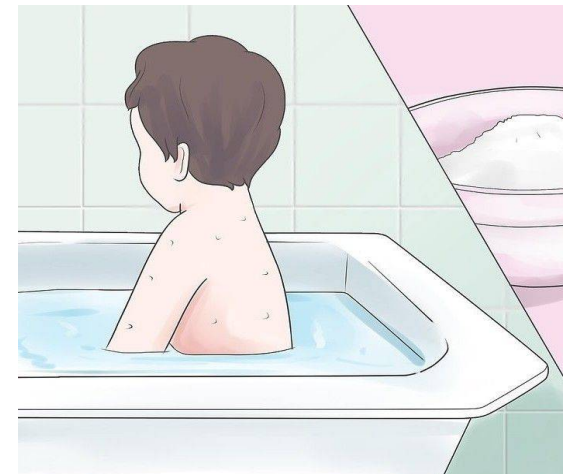


Sintomas

- Febre ligeira
- Dor de cabeça
- Mal-estar
- Falta de apetite
- Erupção da pele

Qual o tratamento para Varicela?

- As unhas devem estar curtas e limpas. Durante a noite, as mãos podem ser cobertas com luvas ou meias
- Assegurar uma ingestão adequada de líquidos
- Banho de água morna
- Utilização de loções à base de calamina



O médico poderá receitar medicamentos anti-histamínicos para controlar a comichão e medicamentos antivirais em casos específicos.

Para a febre só deve ser usado o Paracetamol.

Sempre que não é possível o aleitamento materno, os bebés devem ser alimentados desde o nascimento com fórmulas lácteas infantis.

Os leites e fórmulas lácteas são um excelente meio de cultura para o crescimento de bactérias, quando não se tem cuidados adequados na



Conhecer as melhores práticas com os leites adaptados pode diminuir o risco de complicações.

Lavar sempre as mãos antes de preparar o biberão!

Deve dar o biberão ao bebé de 3 em 3 horas

Em caso de dúvida contactar SNS24

808 24 24 24



Elaborado por: Enfª Liliana Abreu-
Aluna do 10º curso MEESIP da ESEL
Sob orientação: Enfª Especialista de Saúde Infantil Ana Menino
Prof. Doutora Alice Curado, docente da ESEL

Atualizado: Outubro 2019

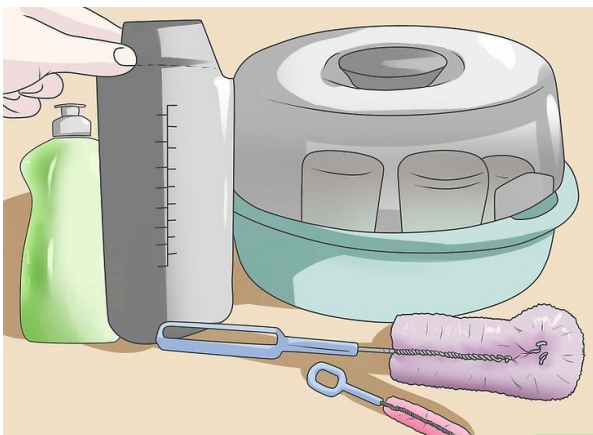
Fonte: Sociedade Portuguesa de Pediatria, http://www.spp.pt/UserFiles/file/Comissoes_SPP/Leites_em_po_Noticia_Agencia_Lusa.pdf
Direção Geral de Saúde (2013); <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0182013-de-20122013-pdf.aspx>

Leite Adaptado



Os Cuidados na Preparação do Biberão

Como lavar o biberão e a tetina?



Biberão

- Lavar os utensílios: não deixar restos de leite no biberão, passar por água potável e quente com detergente da loiça.
- Usar um escovilhão para remoção de resíduos.

- Para esterilizar: colocar numa panela com água a ferver e esterilizar durante 10 minutos na água a ferver (completamente tapados) ou utilizar esterilizador micro-ondas ou outro, de acordo com informações do aparelho.

Tetina- podem ferver em conjunto na panela com os biberões, durante 5 minutos ou num esterilizador.

Como preparar?

1. Usar água potável previamente fervida (3-5 minutos)
2. Aguardar o arrefecimento até temperatura tépida (+- 40°C)
3. Colocar **primeiro** o volume de água



4. **Depois** as medidas correspondentes de leite (pó), colher rasa



5. Agitar muito bem



Quais são as medidas?

Volume de água (em ml)	Medida rasa de leite em pó
30	1
60	2
90	3
120	4
150	5
180	6
210	7
240	8
270	9
300	10



Podem ser preparados com a água previamente fervida já fria, guardar no frigorífico (até 24 horas) e amornar em banho-maria ou num aquecedor de biberão, na hora de alimentar o bebé.

Os micro-ondas não devem ser utilizados!

APÊNDICE IV

REUNIÃO MULTIDISCIPLINAR DE PEDOPSQUIATRIA NO CONTEXTO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: UMA REFLEXÃO CRÍTICA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
10º Curso de Mestrado em Enfermagem
na Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

Centro de Saúde

Reflexão Crítica

Reunião multidisciplinar de pedopsiquiatria no contexto de cuidados de
saúde primários

Discente: Liliana do Rosário Abreu Pombeira, 4778

Enfermeira Orientadora: Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria
Ana Menino

Docente Orientador: Professora Doutora Maria Alice dos Santos Curado

Outubro

2019

INTRODUÇÃO

A síntese reflexiva que se expõe, foi realizada em contexto de cuidados de saúde primários, no âmbito da Saúde Escolar (SE). Evidencio-a como uma atividade indispensável para o meu desenvolvimento enquanto profissional, na medida em que a sua aplicabilidade permitiu-me uma análise dirigida a uma práxis integrada ao nível de diversas áreas, ou seja, na saúde e na educação inserida numa comunidade. As intervenções de enfermagem potenciadas pelos padrões de qualidade, e integradas nos princípios da (bio)ética, permitem o desenvolvimento da tomada de decisão individual e/ou coletiva, permitindo ir ao encontro do meu planeamento e de aquisição das competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria.

Tal como está preconizado, o atual programa de saúde escolar, envolve parcerias com diferentes instâncias ligadas ao setor da Educação e da Saúde. O Programa de Saúde Escolar tem como finalidade “contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização de todos/as com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens” (DGS, 2015, p.4). A efetividade do programa de saúde escolar envolve reuniões sistemáticas com diferentes organismos, pelo que o planeamento da sua atividade está sujeita a reformulação e/ou adaptação constante, consoante as necessidades em saúde que surgem na comunidade escolar. Como envolve várias instâncias, é pertinente uma avaliação contínua, determinando o resultado entre as atividades planeadas e as efetivamente realizadas, já prevendo e contemplando possíveis reformulações na metodologia de acompanhamento da criança e/ou jovem e família, de metas a atingir e calendarização de atividades.

A população abrangida pelo Programa de Saúde Escolar, neste contexto dos cuidados de saúde primários, é numerosa e bastante heterogénea e uma parte é constituída por comunidades com dificuldades socioeconómicas, iliteracia, diversidade cultural e delicadas competências psicossociais, fruto da democratização das sociedades e de fluxos migratórios.

Constatei que a SE está envolvida em várias dinâmicas, como reuniões, da comunidade, tendo oportunidade de as integrar. Por exemplo, na reunião do

Serviço de Apoio Integrado (SAI) e na reunião do Grupo Comunitário da Alta de Lisboa (GCAL), que desenvolvem atividades de diversos setores: Saúde, Educação, Emprego, Segurança, Ambiente, Juventude, Desporto, etc. Também a SE está envolvida em projetos de formação da comunidade escolar, docente e não docente, sendo que, em conjunto com a minha EO, tive a oportunidade de participar ativamente numa formação de “Primeiros Socorros”, com o foco nos cuidados na prevenção de doenças infeto-contagiosas na comunidade escolar.

Para além das atividades supracitadas, surge na dinâmica da SE a parceria com o grupo multidisciplinar de pedopsiquiatria da área envolvente, indo ao encontro de outro objetivo do programa de SE – “promover a saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos/as alunos/as” (DGS, 2015, p.4). Esta reunião permitiu-me observar, experienciar e refletir sobre uma temática tão sensível como a saúde mental nas crianças e jovens. Sabendo que habitualmente estas crianças e jovens recorrem inicialmente aos cuidados de saúde primários e que estão inseridos na comunidade escolar, é da maior importância que a triagem, a avaliação e o seguimento dos casos, bem como a articulação com outras estruturas da comunidade, seja feita por profissionais de saúde especializados (Marques, 2009).

Assim, esta reflexão desenvolve-se no decorrer das experiências que a SE facultou, permitindo-me identificar atividades de dimensão organizacional e de dimensão técnico-científica. Subjacente a um processo de cultura de prática-reflexiva, a reunião com a equipa multidisciplinar da pedopsiquiatria proporcionou-me grandes contributos para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista.

Reunião Multidisciplinar de Pedopsiquiatria

A SE permite entrosar o sector da educação e o sector da saúde de forma holística, compondo-se num contexto dinâmico em interação com a comunidade local, indo de encontro ao conceito preconizado pela DGS – “Escolas Promotoras de Saúde” (EPS). Os princípios das EPS (equidade, sustentabilidade, participação democrática, educação inclusiva e empoderamento da comunidade educativa para a saúde e bem-estar), a nível nacional, são uma referência e um objetivo da Educação e Saúde que norteiam a SE (DGS, 2015). Para a melhoria do desempenho na promoção e na educação para a saúde, os profissionais de saúde devem adequar as práticas à luz da evidência científica. Na SE, a construção de redes de afetos, que aperfeiçoam a comunicação, as relações interpessoais e as aptidões para a vida, são tão importantes como a evolução das redes tecnológicas. Nesta ótica é importante haver “redes que promovam e valorizem a saúde física e mental indispensável à capacitação para a adoção de comportamentos saudáveis” (DGS, 2015, p.17). Um dos desafios da SE é procurar compreender a complexidade dos comportamentos, protegendo a saúde das crianças e jovens, salvaguardando os mais vulneráveis. Para uma intervenção mais efetiva deve ter-se uma abordagem holística da saúde na escola e intervenção biopsicossocial da criança e/ou jovem durante esta fase do ciclo de vida em que a evolução do processo de aprendizagem e a aquisição de novas das mesmas é muito rápida. É nesta dinâmica de influência de contexto de comunidade familiar e local que crianças e jovens crescem, desenvolvem e aprendem ao longo do ciclo de vida escolar repercutindo-se, profundamente, na sua Saúde.

Nas últimas décadas, os problemas de saúde mental em crianças e jovens têm vindo a aumentar e, de acordo com a OMS, estima-se que cerca de 20 % destes grupos apresentam pelo menos uma perturbação mental antes de ter 18 anos (DGS, 2015; Marques & Cepêda, 2009). De acordo com Marques e Cepêda (2009) somente 1/5 destas crianças e jovens recebem tratamento adequado. Estas alterações na saúde mental acarretam encargos à sociedade, a nível económico e social, mas principalmente em termos humanos e que, por

vezes, são precursoras de perturbações na idade adulta. Também é importante ter presente que, por vezes, as dificuldades ao nível da aprendizagem, da atenção e da instabilidade psicomotora, do comportamento, da indisciplina e da violência (auto ou heterodirigida) poderão corresponder a um sofrimento emocional acentuado (DGS, 2015).

As famílias com situações problemáticas recorrem em primeiro lugar aos Cuidados de Saúde Primários, pois têm uma maior acessibilidade e, porque por um lado consideram um recurso menos estigmatizante e, por outro lado, os profissionais de saúde do centro de saúde habitualmente têm um melhor conhecimento das famílias e dos recursos da comunidade (Marques, 2009). Assim, a deteção precoce de situações psicopatológicas e de risco deve ser feita o mais atempadamente possível para poder implementar estratégias preventivas e terapêuticas. Neste contexto, a articulação entre as equipas de saúde mental da infância e os cuidados de saúde primários, é fundamental. Algumas das vantagens desta articulação são a deteção precoce e intervenção nas situações de risco; a maior eficácia na intervenção de situações complexas; e a implementação de programas de prevenção primária e de intervenção precoce (Marques & Cepêda, 2009). De acordo com a Rede de Referência Hospitalar de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (2009, p.9), esta articulação deve ser multidisciplinar, ou seja, para além da equipa de psiquiatria da infância e adolescência e da equipa dos cuidados de saúde primários, mas também deverão estar presentes outras estruturas da comunidade designadamente “serviços sociais, escolas e jardins-de-infância, Equipas de Intervenção Precoce da Infância, projetos de intervenção psicossocial, Comissões de Proteção de Crianças e Jovens e Tribunais”.

Neste estágio de cuidados de saúde primário tive a oportunidade de assistir a uma reunião multidisciplinar da pedopsiquiatria, sendo a equipa constituída por médico psiquiatra, enfermeira especialista de saúde mental e psiquiatria do hospital central de referência, enfermeira especialista de saúde mental e psiquiatria do centro de saúde (elemento da SE), psicóloga, assistente social, técnica da CPCJ, professores de ensino especial de cada agrupamento escolar. Esta reunião possibilitou-me identificar, relacionar e avaliar fatores de

risco e de proteção relacionados com estilos de vida das crianças e/ou jovens e suas famílias no seu ambiente de uma forma muito mais eficiente dado que fui participante. Para além disto, possibilitou-me compreender os objetivos gerais preconizados pelo programa nacional de SE “Promover estilos de vida saudável e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa; Contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar e para a minimização dos riscos para a saúde; Promover a saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos/as alunos/as; Estabelecer parcerias para a qualificação profissional, a investigação e a inovação em promoção e educação para a saúde em meio escolar.” (DGS, 2015, p.20).

O facto de ter adquirido informação e aprofundado conhecimento, capacitou-me para, mais facilmente, identificar determinantes de saúde que influenciam esta comunidade, onde experienciei o meu ensino clínico, possibilitando um aumento da literacia de saúde. Tal como é referido no PNSE (2015, p.22) a literacia para a saúde permite a aquisição de competências cognitivas e sociais que “permitem uma gestão adequada dos determinantes da saúde, o acesso a fontes de informação credíveis e de qualidade, a compreensão da informação técnica, o desenvolvimento de formas adequadas de comunicar e uma utilização mais eficiente dos recursos de saúde” Desta forma, esta experiência também me permitiu relacionar o primeiro eixo do plano estratégico do PNSE, a capacitação, com as competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria, nomeadamente com a primeira unidade de competência, “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” (OE, 2018, p.19193).

O Enfermeiro tem um papel fundamental para a continuação e melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança e ao jovem. Tal como é definido pelo Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2011, p.8), o Enfermeiro Especialista “previne complicações para a saúde da criança/jovem” e para tal, é também necessário, que promova “a articulação com outras

instituições/serviços”. Tal como menciona Tavares (2008), o reconhecimento da articulação entre cuidados de saúde primários e cuidados diferenciados como sendo da máxima importância para o funcionamento harmonioso do sistema de saúde. Ainda segundo a mesma autora, “A cooperação entre as diferentes instituições é fundamental para a promoção da continuidade de cuidados, uma vez que evita as quebras na prestação de cuidados, o que permite aos clientes usufruir dos seus direitos enquanto pessoas doentes” (Tavares, 2008, p.21). Ao participar nesta reunião, para além de permitir constatar na prática o que está recomendado pelos diferentes organismos de saúde, também foi um contributo no meu processo de desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista mais concretamente no “Domínio da gestão de cuidados: Competência C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde. (OE, 2019).

Por outro lado, desta reunião, também retiro a importância da gestão de tempo, isto é, a forma como é efetuada a transmissão da informação deve ser clara, precisa e efetiva, não só para cumprir os *timings* planeados, mas principalmente para haver uma comunicação eficaz. Segundo Teixeira (2004) a comunicação em saúde é uma das estratégias para informar e influenciar as decisões das comunidades para promoverem a saúde. Assim, pode-se dizer que “os processos de informação e comunicação em saúde podem influenciar os resultados da actividade dos técnicos em termos de ganhos em saúde, no que se refere à morbilidade, bem-estar psicológico e qualidade de vida dos utentes e são excelentes analisadores da qualidade dos cuidados e das competências dos técnicos de saúde (Teixeira, 2004, p.616). Nesta ótica, também foi mais um contributo para o desenvolvimento de outra competência comum de enfermeiro especialista, nomeadamente do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade: “Competência B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (OE, 2019).

CONCLUSÃO

Esta reflexão permitiu-me não só o desenvolvimento do pensamento crítico como também aprofundar conhecimentos nesta área e simultaneamente aumentar a minha literacia em saúde. Ao reunir em parceria identifiquei e relacionei os diferentes determinantes de saúde mais significativos desta comunidade escolar. Isto possibilitou-me uma maior compreensão da dinâmica das crianças e/ou jovens e da sua família que se deslocaram às consultas de vigilância nos cuidados de saúde primários. Orientou-me para um processo de enfermagem individualizado e avançado com uma identificação mais rápida e completa dos problemas de saúde, possibilitando-me para uma resolução de problemas ou de clarificação dos mesmos, de forma mais dirigida, visando o desenvolvimento de competências.

As interações com a SE permitiram-me identificar com maior clareza conceitos e metodologias. Um programa de SE efetivo implica uma co-responsabilização social e política, permitindo reduzir significativamente, ou mesmo prevenir, problemas de saúde e comportamentos de risco associados ao ambiente e a estilos de vida.

Estas reuniões despoletaram em mim interesse e atenção em temáticas como a saúde mental, permitindo-me identificar com maior precisão as capacidades e vulnerabilidades de cada criança e/ou jovem, concedendo maior importância à capacidade emocional de cada ser.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Direção Geral da Saúde. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. In Direção-Geral da Saúde. Ministério da Saúde.

Goldschmidt, T., Marques, C. & Xavier, M. (2010). *Psiquiatria da infância e da adolescência*. República portuguesa: Rede de referenciação hospitalar ACSS. Acedido em 01.03.2020. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/06/RRH-Psiquiatria-da-Inf%C3%A2ncia-e-da-Adolesc%C3%A2ncia-Para-CP.pdf>

Marques, C., & Cepêda, T. (2009). *Saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários*. In Recomendações para a prática clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental

Marques, C. (2009). A saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários - avaliação e referenciação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 569–575.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8898/regulamentopadroesqualidadecuidadosespecializadosenfermagensaudecriancajovem.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº422/2018: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República, 2ª Série*, (Nº133 de 12-7-2018), 19192–19194. ELI:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2ª*

Série, (Nº26 de 6-2-2019), 4744–4750. ELI:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Tavares, H. (2008). *Articulação de cuidados de enfermagem entre Hospital e Centro de Saúde no âmbito dos Cuidados Continuados*. Universidade do Porto. Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar. Dissertação em Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto:. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7172/2/Tese%20Mestrado%20Helena%20Tavares.pdf>

Teixeira, J. A. (2004). Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde - Utentes. *Análise Psicológica*, 22 (3), 615-620. Acedido a 01.03.2020. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312004000300021&lng=pt&tlng=pt.

APÊNDICE V

ESTRATÉGIAS PARA CAPACITAÇÃO PARENTAL COM CRIANÇAS COM AUTISMO NA CONSULTA DE DESENVOLVIMENTO

CONSULTAS EXTERNAS DE PEDIATRIA

Consulta de Enfermagem de Desenvolvimento Infantil



Compreender e agir em Família

**ESTRATÉGIAS PARA AJUDAR A CRIANÇA COM AUTISMO A
ENVOLVER-SE, A COMUNICAR E APRENDER TODOS OS DIAS**

- 1. Seja o centro das Atenções*
- 2. Encontre o Sorriso!*
- 3. São precisos dois para dançar o Tango*
- 4. Corpos Falantes*
- 5. Faz o que eu Faço!*
- 6. Passemos à parte Técnica*
- 7. O Triângulo da atenção Conjunta*
- 8. Hora de Brincar!*
- 9. Vamos fazer de Conta!*
- 10. Passagem para a Fala*

1. SEJA O CENTRO DAS ATENÇÕES

PASSO 1 – IDENTIFIQUE O QUE ESTÁ SOB O “HOLOFOTE” DA ATENÇÃO DO SEU FILHO

CHECKLIST DA ATIVIDADE: O QUE GOSTA O MEU FILHO DE FAZER?

- SEI DE UMA QUANTIDADE DE BRINQUEDOS OU OBJETOS COM QUE O MEU FILHO GOSTA DE BRINCAR.
- SEI QUAIS OS JOGOS SOCIAIS (JOGOS SEM BRINQUEDOS, COMO CÓCEGAS OU ALGAZARRA) QUE FAZEM O MEU FILHO SORRIR.
- SEI DE ALGUMAS ATIVIDADES AO AR LIVRE DE QUE O MEU FILHO GOSTA (ANDAR DE BALOIÇO, CAMINHAR, ETC)
- SE DE ALGUNS OBJETOS E ATIVIDADES QUE TORNAM O MEU FILHO MAIS FELIZ QUANDO ESTÁ DE MAU HUMOR.
- SEI DE ALGUMAS CANÇÕES OU SONS QUE O MEU FILHO GOSTA DE OUVIR.
- SEI DE ALGUMAS ATIVIDADES OU BRINQUEDOS QUE POSSO USAR ENQUANTO ESTOU ENVOLVIDO EM ATIVIDADES COMO AS REFEIÇÕES OU OS CUIDADOS (REFEIÇÕES, BANHO, VESTIR, MUDAR A FRALDA, HORA DE DEITAR) QUE PODEM FAZER O MEU FILHO SORRIR OU RIR.
- SEI O QUE O MEU FILHO GOSTA DE FAZER COM OS LIVROS.

PASSO 2 – ENTRE NO “PALCO”; TOME A SUA POSIÇÃO

CHECKLIST DA ATIVIDADE: ESTOU SOB O “HOLOFOTE” DA ATENÇÃO DO MEU FILHO DURANTE AS ATIVIDADES COM ELE?

- QUANDO ESTAMOS A INTERAGIR, O MEU FILHO PODE FACILMENTE VER OS MEUS OLHOS, O MEU ROSTO, AS MINHAS AÇÕES CORPORAIS E MOVIMENTOS.
- O MEU FILHO, POR VEZES, OLHA PARA MIM QUANDO NOS ENVOLVEMOS EM ATIVIDADES JUNTOS.
- ESTOU DIANTE DO MEU FILHO, AO NÍVEL DELE E FRENTE A FRENTE (NÃO ACIMA DELE).
- ENCONTREI FORMAS DE ARRANJAR AS COISAS UM POUCO PARA ESTAR FRENTE A FRENTE COM O MEU FILHO DURANTE AS ATIVIDADES DE BRINCADEIRAS E CUIDADOS.
- O MEU FILHO ESTÁ DIANTE DE MIM, SENTADO OU EM PÉ, CONFORTAVELMENTE – SENTADO NO CHÃO, SENTADO NUMA CADEIRA ADEQUADA PARA ELE, OU EM PÉ JUNTO A UMA MESA QUE TEM UMA BOA ALTURA PARA ELE BRINCAR.

PASSO3 – ELIMINE A CONCORRÊNCIA

CHECKLIST DA ATIVIDADE: IDENTIFIQUEI E ELIMINEI OS FOCOS DE DISTRAÇÃO?

- DURANTES AS ATIVIDADES DE BRINCADEIRA E CUIDADOS , O MEU FILHO PRESTA ATENÇÃO A MIM E À NOSSA ATIVIDADE PARTILHADA.
- IDENTIFIQUEI O QUE DISTRAI O MEU FILHO E ENCONTREI FORMAS DE AFASTAR, COBRIR OU OCULTAR OS FOCOS DE DISTRAÇÃO NUMA OU MAIS DIVISÕES.
- CONSEGUI DESLOCAR O MEU FILHO E A MIM PARA UM LOCAL DIFERENTE PARA EVITAR DISTRAÇÕES.
- QUANDO ESTOU A INTERAGIR COM O MEU FILHO PARA BRINCAR OU CUIDAR DELE, A TELEVISÃO E O COMPUTADOR ESTÃO DESLIGADOS.
- QUANDO OUTRAS PESSOAS PRETENDIAM JUNTAR-SE A NÓS, SUGERI QUE ESPERASSEM E FIZESSEM TURNOS, EM VEZ DE INTERROMPEREM E DESVIAREM O FOCO DE ATENÇÃO DO MEU FILHO.

PASSO 4 – IDENTIFIQUE A ZONA DE CONFORTO SOCIAL DO SEU FILHO

CHECKLIST DA ATIVIDADE: ESTOU NA ZONA OTIMIZADA DE CONFORTO SOCIAL DO MEU FILHO?

- O MEU FILHO NÃO ESTÁ ATIVAMENTE A DESVIAR O OLHAR DE MIM NEM A INCLINAR-SE PARA TRÁS.
- O MEU FILHO OLHA PARA MIM E PARA AS MINHAS AÇÕES, POR VEZES.
- ESTOU DIANTE DO MEU FILHO E PERTO O SUFICIENTE PARA LHE TOCAR E AOS OBJETOS ENTRE NÓS.
- O MEU FILHO PARECE ESTAR CONFORTÁVEL, A BRINCAR COM OS OBJETOS, A SORRIR, POR VEZES, OU FOCADO NA BRINCADEIRA, CALMO, INTERESSADO OU FELIZ/ ANIMADO.

PASSO 5 – JUNTE-SE AO SEU FILHO SEGUINDO A LIDERANÇA DELE

CHECKLIST DA ATIVIDADE: ESTOU A SEGUIR A LIDERANÇA DO MEU FILHO?

- SEGUI OS INTERESSES DO MEU FILHO DURANTE ALGUNS MINUTOS E NÃO TENTEI REDIRECIONAR A SUA ATENÇÃO PARA OUTRAS ATIVIDADES.
- POSICIONEI-ME FRENTE A FRENTE COM O MEU FILHO E ELE ESTAVA BEM POSICIONADO PARA REPARAR EM MIM.
- OBSERVEI AS AÇÕES DO MEU FILHO E NARREI O QUE ELE ESTAVA A FAZER OU PARA ONDE ESTAVA A OLHAR DURANTE UM BOCADINHO ANTES DE TOCAR NOS BRINQUEDOS DELE.
- JUNTEI-ME AO MEU FILHO, IMITANDO O QUE ELE ESTAVA A FAZER, INCLUINDO EMITIR SONS.
- AJUDEI O MEU FILHO FAZENDO COM QUE ELE LHE FOSSE MAIS FÁCIL ALCANÇAR OS SEUS OBJETIVOS, REPETINDO A ATIVIDADE, E/OU ENTREGANDO-LHE OS OBJETOS QUE ELE QUERIA.
- DE VEZ EM QUANDO, O MEU FILHO OLHAVA PARA MIM.

Resumo

Aumentar a atenção do seu filho para si

- Identifique o “holofote” de atenção do seu filho.
- Encontre a sua posição sob esse “holofote”, face a face com a criança.
- Elimine a concorrência pela atenção do seu filho.
- Descubra a zona de conforto social do seu filho e fique lá dentro.
- Siga a liderança do seu filho: use a escuta ativa, narração, ajuda e imitação.

Fonte: Rogers, S., Dawson, G., & Vismara, L. (2015). Autismo: Compreender e agir em família, (pp. 57-78). Lidel: Lisboa.

Consulta de Enfermagem
de
Desenvolvimento Infantil

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Perturbação do Espectro do Autismo

E agora?



O AUTISMO
NÃO VEM COM UM MANUAL

Ele vem com Pais que
NUNCA DESISTEM

2



Áreas em que a maior parte destas crianças têm dificuldade

- Prestar atenção às outras pessoas
- Utilizar sorrisos sociais
- Tomada de turno e envolver-se em brincadeiras sociais
- Utilizar gestos e linguagem
- Imitar os outros
- Atenção coordenada (olhar fixo) com os outros
- Utilizar os brinquedos de forma típica

3

Seja o centro das atenções – Captar a atenção do seu filho

- As crianças prestam muito bem atenção ao ambiente que as rodeia e aprender com o que veem.
- Observar e escutar as pessoas são atividades de aprendizagem muito importantes para as crianças pequenas.



- As crianças com perturbações com espectro do autismo não mostram interesse tão grande em observar e interagir com as pessoas como as outras crianças.

4

Seja o centro das atenções – Captar a atenção do seu filho

Por que motivo é isto um problema?

- Quando as crianças pequenas não prestam atenção às pessoas que gostam delas → Perdem muitas oportunidades de aprendizagem!
- As crianças precisam de prestar atenção a tudo o que as outras pessoas fazem: os seus movimentos físicos; a linguagem corporal; as expressões faciais e as palavras → APRENDER!
- PRESTAR MAIS ATENÇÃO ÀS OUTRAS PESSOAS É IGUAL A MAIS OPORTUNIDADES DE APRENDER COM ELAS.

5

Seja o centro das atenções – Captar a atenção do seu filho

- Passo 1 – Identifique o que está sob o “holofote” da atenção do seu filho
- Passo 2 – Entre no “palco”; tome a sua posição
- Passo 3 – Elimine a concorrência
- Passo 4 – Identifique a zona de conforto social do seu filho
- Passo 5 – Junte-se ao seu filho seguindo a liderança dele

6

Passo 1 - Identifique o que está sob o “holofote” da atenção do seu filho

- Identificar o objeto/ brinquedo que mais manipula ou brinca
- Jogos físicos ativos que os pais inventam (algazarras, dançar, correr, saltar e balançar)

- ↓
- Criar situações de aprendizagem que possibilita o seu filho prestar mais atenção e interagir consigo e, assim, aprender consigo.

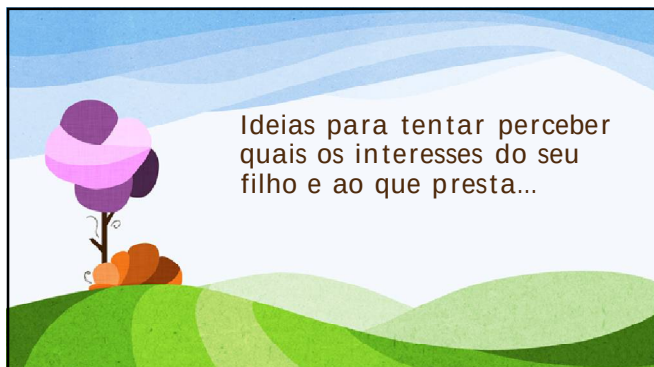


Passo 1 - Identifique o que está sob o “holofote” da atenção do seu filho

- Os materiais altamente apelativos e atividades de brincadeira motivam as crianças a interagir com os pais.
- Uma criança motivada é uma criança feliz, atenta aos pais e pronta a aprender.
- Descubra os objetos de que o seu filho gosta

Brincar com brinquedos ou outros objetos	Brincadeiras Sociais
Refeições	Cuidados (banho, mudar a fralda, vestir, hora de dormir)
Atividades com livros	Tarefas domésticas

8



Jogos, Atividades e Objetos de que o meu filho gosta

Atividade	Objetos	Jogos físicos/ interações sociais	Brincadeiras sensoriais
Brinquedo ou outro objeto			
Brincadeira social			
Refeições			
Cuidados (banho/ vestir / mudar a fralda/ hora de dormir)			
Atividades com livros			
Tarefas domésticas			

10

Responda a estas perguntas, a partir do que observou do seu filho enquanto ele estava envolvido nas atividades listadas.

- Que objetos ou atividades procurou o meu filho?
- Que objetos gosta o meu filho de observar, agarrar ou segurar?
- Que atividades levaram o meu filho a pedir, a mim ou a outro familiar, para o ajudar ou fazer?
- O que faz o meu filho sorrir e rir?
- O que acalma o meu filho quando está zangado ou anima quando está rabujento?

11

O meu filho não mostra muito interesse...

- Em brinquedos tradicionais – foque-se na receptividade da criança a outras atividades diárias
- É raro as crianças que não se aproxima de nada ou de alguém.
 - Quando o seu filho se movimenta sozinho pela casa, do que é que ele se aproxima ou afasta?
 - Quando ele toca ou pega em algum objeto, ou observa algo, o que é?
 - Quando brinca fisicamente com ele – fazer cócegas, embalar, apertar, rodar, ou qualquer outra forma – quais são as reações dele?
 - De quais lhe parece que ele gosta?
- Há algumas crianças pequenas que não se interessam por brinquedos nem por qualquer tipo de atividade → Criar jogos sociais (rotinas sociais sensoriais)

12

Checklist da atividade: o que gosta o meu filho de fazer?

- Sei de uma quantidade de brinquedos ou objetos com que o meu filho gosta de brincar.
- Sei quais os jogos sociais (jogos sem brinquedos, como cócegas ou algazarra) que fazem o meu filho sorrir.
- Sei de algumas atividades ao ar livre de que o meu filho gosta (andar de baloiço, caminhar, etc)
- Se de alguns objetos e atividades que tornam o meu filho mais feliz quando está de mau humor.
- Sei de algumas canções ou sons que o meu filho gosta de ouvir.
- Sei de algumas atividades ou brinquedos que posso usar enquanto estou envolvido em atividades como as refeições ou os cuidados (refeições, banho, vestir, mudar a fralda, hora de deitar) que podem fazer o meu filho sorrir ou rir.
- Sei o que o meu filho gosta de fazer com os livros.

Passo 2 - Entre no “palco”; tome a sua posição

- A comunicação social ocorre especialmente através dos olhos, rostos e corpos.
- Queremos que as crianças olhem para nós, que estabeleçam contacto visual repetido e que tenham uma visão clara do nosso rosto, expressões, padrões de olhar e da boca enquanto falamos.



14

Passo 2 - Entre no “palco”; tome a sua posição

- Pense em si mesmo como um professor pré-escolar e não como a avozinha. Nesta altura, é preciso obter a atenção do seu filho e não mimá-lo.
- Quando está a brincar ou a cuidar do seu filho, comece por posicionar-se de modo a que ele tenha uma visão nítida do seu rosto e olhos.
- Deve estar perto dele, ao mesmo nível e frente a frente.



15

Ideias para se posicionar a si e ao seu filho de modo a que a aprendizagem ocorra mais facilmente...

Encontre posições que o coloquem sob o “holofote”

- O momento de mudar a fralda é uma altura excelente para se posicionar face a face e falar com o seu filho, cantar algumas canções ou fazer brincadeiras de dedos.
- Sentar-se no chão com as pernas esticadas diante de si, com a criança deitada de costas sobre as suas pernas ou entre elas, é também uma excelente posição para cócegas na barriga ou brincadeiras com dedos e para jogos sociais.
- Jogos físicos na cama ou sofá proporcionam excelentes posições face a face, tanto quando a criança está deitada ou em pé.
- Sente o seu filho no seu colo, voltado para si, ou numa pequena cadeira, pufe, cadeira alta ou sofá enquanto está no chão diante dele – canções, jogos de dedos, ler livros, rotinas de vestir (camisola, calças, meias e sapatos).

17

Tire vantagem das refeições

- As refeições numa cadeira alta ou na cadeirinha de bebé proporcionam ótimas oportunidades para uma posição frente a frente à mesa da cozinha, especialmente se forem consideradas como momentos sociais.
- Cada refeição à mesa, em família, apresenta uma excelente oportunidade para trabalhar a atenção e a interação sociais.



18

Tire vantagem das refeições – ideias para aumentar a atenção do seu filho

- Posicione a cadeira alta numa extremidade da mesa e oriente a sua cadeira de modo a ficar voltado para a cadeira e para o seu filho e desfrutar a refeição com ele.
- Quando ele terminar a pequena porção que lhe pôs no prato, ofereça-lhe mais mas de forma que se seja ele a pedir.
- Ofereça um pouco da sua comida.
- Posicione o copo do seu filho na mesa, longe do alcance dele mas de modo a que ele possa vê-lo.
- Quando a refeição estiver a chegar ao fim, cante uma canção e faça um jogo de dedos antes de terminar.



19

Checklist da atividade: Estou sob o “holofote” da atenção do meu filho durante as atividades com ele?

- Quando estamos a interagir, o meu filho pode facilmente ver os meus olhos, o meu rosto, as minhas ações corporais e movimentos.
- O meu filho, por vezes, olha para mim quando nos envolvemos em atividades juntos.
- Estou diante do meu filho, ao nível dele e frente a frente (não acima dele).
- Encontrei formas de arranjar as coisas um pouco para estar frente a frente com o meu filho durante as atividades de brincadeiras e cuidados.
- O meu filho está diante de mim, sentado ou em pé, confortavelmente – sentado no chão, sentado numa cadeira adequada para ele, ou em pé junto a uma mesa que tem uma boa altura para ele brincar.

20

Passo 3 – Elimine a concorrência

- O ambiente físico pode ser um ímã poderoso para a atenção do seu filho.
- Observar o seu filho irá dizer-lhe quais os ímãs de atenção num determinado espaço.
- Pode ser necessário controlar e manipular o ambiente de modo a ter menos concorrência pela atenção do seu filho.



21

Ideias para acabar com os focos de distração...



Durante as brincadeiras com brinquedos, arrume e tape os brinquedos que não estão a ser utilizados.



Durante a hora de brincar, desligue a televisão e o computador



Dê o banho sem outras pessoas no compartimento

22

Ideias para lidar com interações múltiplas...



- Ajude os membros da família a perceber a ideia do "holofote"
- Peça aos outros para esperarem pela sua vez

23



- "Não faças aos outros o que não queres que te façam a ti"

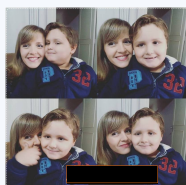
Checklist da atividade: Identifiquei e eliminei os focos de distração?

- Durante as atividades de brincadeira e cuidados, o meu filho presta atenção a mim e à nossa atividade partilhada.
- Identifiquei o que distrai o meu filho e encontrei formas de afastar, cobrir ou ocultar os focos de distração numa ou mais divisões.
- Consegui deslocar o meu filho e a mim para um local diferente para evitar distrações.
- Quando estou a interagir com o meu filho para brincar ou cuidar dele, a televisão e o computador estão desligados.
- Quando outras pessoas pretendiam juntar-se a nós, sugeri que esperassem e fizessem turnos, em vez de interromperem e desviarem o foco de atenção do meu filho.

24

Passo 4 – Identifique a zona de conforto social do seu filho

- Para atrair a atenção do seu filho para o seu rosto e corpo, é importante determinar o nível de conforto com a proximidade física do seu filho.
- É importante aumentar a atenção da criança para si e estar perto o suficiente para tocar nos materiais e nela.



25

Ideias para perceber e responder aos sinais do seu filho sobre o nível de proximidade em que se sente confortável...



Muitos pais brincam com os filhos pequenos posicionando-se à distância de um braço.



Se o seu filho virar a cabeça muitas vezes e evitar o seu olhar, recue e observe a reação dele!



Podem mudar de reação muito rapidamente durante uma atividade. Afaste-se uns minutos.

26

Checklist da atividade:

Estou na zona otimizada de conforto social do meu filho?

- O meu filho não está ativamente a desviar o olhar de mim nem a inclinar-se para trás.
- O meu filho olha para mim e para as minhas ações, por vezes.
- Estou diante do meu filho e perto o suficiente para lhe tocar e aos objetos entre nós.
- O meu filho parece estar confortável, a brincar com os objetos, a sorrir, por vezes, ou focado na brincadeira, calmo, interessado ou feliz/ animado.

27

Passo 5 – Junte-se ao seu filho seguindo a liderança dele

- Quando um dos pais aparece com uma atividade não relacionada com a do seu filho, a criança pode ignorá-los ou ficar zangada e perturbada.
- O lema é "O que fizeres, eu também faço".



28

Pode utilizar objetos, brinquedos ou atividades em que o seu filho está concentrado para criar uma interação.



UTILIZE A ESCUTA ATIVA



NARRE



OFEREÇA AJUDA

29

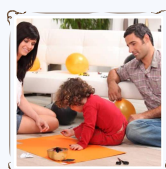
Pode utilizar objetos, brinquedos ou atividades em que o seu filho está concentrado para criar uma interação.



IMITE AS AÇÕES DO SEU FILHO



MISTURE TUDO!



Combine escutar, narrar, ajudar e imitar

30

Checklist da atividade: Estou a seguir a liderança do meu filho?

- Segui os interesses do meu filho durante alguns minutos e não tentei redirecionar a sua atenção para outras atividades.
- Posicionei-me frente a frente com o meu filho e ele estava bem posicionado para reparar em mim.
- Observei as ações do meu filho e narrei o que ele estava a fazer ou para onde estava a olhar durante um bocadinho antes de tocar nos brinquedos dele.
- Juntei-me ao meu filho, imitando o que ele estava a fazer, incluindo sons.
- Ajudei o meu filho fazendo com que ele lhe fosse mais fácil alcançar os seus objetivos, repetindo a atividade, e/ou entregando-lhe os objetos que ele queria.
- De vez em quando, o meu filho olhava para mim.

RESUMO Aumentar a atenção do seu filho para si

- Identifique o "holofote" de atenção do seu filho.
- Encontre a sua posição sob esse "holofote", face a face com a criança.
- Elimine a concorrência pela atenção do seu filho.
- Descubra a zona de conforto social do seu filho e fique lá dentro.
- Siga a liderança do seu filho: use a escuta ativa, narração, ajuda e imitação.

32

Referências Bibliográficas

- Rogers, S., Dawson, G., Vismara, L. (2015). Autismo: Compreender e agir em família. Lidel: Lisboa.

APÊNDICE VI

QUAL O MELHOR DESINFETANTE PARA A PELE NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA?: UMA REFLEXÃO CRÍTICA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
10º Curso de Mestrado em Enfermagem
na Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

Serviço de Urgência de Pediatria

Reflexão Crítica

Qual o melhor desinfetante para a pele na população pediátrica?

Discente: Liliana do Rosário Abreu Pombeira, 4778

Enfermeira Orientadora: Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria
Alexandra Sousa

Docente Orientador: Professora Doutora Maria Alice dos Santos Curado

Novembro

2019

INTRODUÇÃO

Os diferentes contextos dos ensinamentos clínicos permitem experiências que contribuem para o meu percurso como futura enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria (EEESIP), mas também, para desenvolver conhecimentos fundamentados na teoria e implementados na prática. Segundo Alarcão e Ruas (2005, pág. 374) a formação é “como um processo contínuo de apropriação pessoal do saber em contextos interactivos” pois o conhecimento é um processo dinâmico.

Durante o ensino clínico no serviço de urgência de pediatria observei que na sala de trabalho existiam diferentes tipos de desinfetantes. Quando questioneei a minha enfermeira orientadora sobre qual o motivo e em que contexto/situações se aplicavam, referiu-me que não existiam protocolos ou normas e que cada um usava como gostava.

De acordo com Pereira-Mendes (2016, pág. 3) o “estudante depara-se com a necessidade de organizar e mobilizar conteúdos teóricos adquiridos e apropriar-se deles”. Sabendo que existe evidência científica mais recente e adequada para esta população, a resposta que me foi dada não me foi suficiente. Tal como menciona Tomey e Aligod (2004), a teórica Benner refere que à medida que a enfermeira ganha experiência e conhecimento clínico, torna-se uma combinação de conhecimento teórico e prático. No entanto, a perícia desenvolve-se com a prática, mas deve sustentar-se em princípios e conhecimentos baseados na evidência científica mais recente. Nesta ótica, será elaborada esta reflexão crítica, pois um enfermeiro especialista deve possuir a competência “D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019, pág. 4745).

As crianças que recorrem a um serviço de urgência estão sujeitas a procedimentos dolorosos e à aplicação de produtos na pele que podem provocar desconforto e/ou dor. Sendo assim, torna-se imperativo que o enfermeiro alivie ou previna a dor/ desconforto e é por isso que o EEESIP

também deverá possuir a competência “E2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” mais concretamente E2.2. “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem -estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (OE, 2018, pág. 19193).

Kolcaba e DiMarco (2005) referem que, apesar de haver mais protocolos para alívio da dor do que para o conforto, há um aumento de interesse sobre estratégias de conforto que possam ser aplicadas na prestação de cuidados ou na realização de procedimentos invasivos.

O USO DOS DESINFETANTES DA PELE NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA

Quando uma criança recorre a um serviço de urgência ou se encontra num serviço de internamento pode ser sujeita a diversas técnicas (invasivas ou não invasivas), o que acarreta diversos desafios no cuidar. A pele é o primeiro órgão de contacto, que experiencia o toque, o conforto ou o desconforto, a dor, entre outras experiências sensitivas. Quando é necessário fazer algum procedimento que requer a desinfeção da pele, o EEESIP deve conhecer os produtos mais apropriados e que se podem aplicar nesta população com particularidades tão específicas.

O maior órgão do corpo humano é a pele e este tem diversas funções como a prevenção das perdas insensíveis, barreira imunológica, manutenção da termorregulação, síntese de vitamina D e excreção de água e electrólitos (Andrade et al., 2019; Lund et al., 1999).

Durante o primeiro ano de vida de uma criança ocorre a maturação da pele. De acordo com Andrade et al. (2019) os recém-nascidos têm a pele mais permeável aumentando o risco de agressão mecânica.

No entanto, Fernandes et al. (2011) referem que a pele desde o nascimento, encontra-se num processo de adaptação ao meio extrauterino, pelo facto de ser muito fina, sensível e frágil. Os mesmos autores também mencionam que quando comparamos um recém-nascido de termo com um pré-termo, há diferenças, pois um recém-nascido prematuro tem uma pele mais fina, estrato córneo mais delgado, espessura da epiderme e derme diminuída e função de barreira comprometida. Assim, os recém-nascidos prematuros apresentam maior probabilidade de maior perda de água transpidérmica, maior absorção percutânea de químicos e trauma cutâneo e por isso uma maior probabilidade de infeções, toxicidade e dificuldade na hemostase (Fernandes et al., 2011). Os mesmos autores referiram que durante algum tempo pensou-se que a barreira da maturidade cutânea era atingida por volta (cerca) da 34^a semana, mas mais

recentemente revelou-se que continua em desenvolvimento até aos 12 meses após o nascimento.

Mesmo após os 12 meses a pele da criança é considerada mais permeável que a do adulto (Lund,1999). Tendo em conta estas permissas, prestar cuidados à população pediátrica e neonatal na prevenção e tratamentos de lesões cutâneas exige conhecimentos e tratamento mais apropriados e específicos.

A pele dos adolescentes e dos adultos tem o mesmo pH ácido ($\text{pH} < 5$) o que permite ter um efeito protetor contra a micro-organismos (Fernandes et al., 2011). Na população neonatal, especialmente os prematuros, a superfície cutânea já tem um pH mais neutro, ou seja, há uma diminuição da defesa contra a proliferação microbiana, podendo promover maior perda de água transpidérmica.

A pele dos neonatos, lactentes e crianças, em relação à dos adultos, tem outras particularidades como menor espessura da camada córnea, maior número de folículos pilosos e maior relação superfície/volume corporal (Fernandes et al., 2011).

De acordo com a Academia Americana Pediátrica (Mancini, 2004) a absorção percutânea de substâncias aplicadas topicamente e o potencial de toxicidade são considerações importantes na criança. A absorção de medicamentos e/ ou substâncias pela pele é influenciada pelas próprias características do produto mas também pelas propriedades da barreira da pele. Existe a correlação direta entre o risco e a idade, ou seja, quanto mais jovem for a criança maior é o risco, porque quanto mais jovem for, maior é a proporção da área superficial/peso em lactentes.

Nos últimos anos, foi disponibilizada no mercado uma panóplia de desinfetantes. As razões para este renascimento dos antissépticos foram o desenvolvimento de substâncias anti-séticas eficazes e bem toleradas, com poucas consequências sistémicas e ausência de desenvolvimento de resistências (Kramer et al., 2018).

Importante referir a diferença entre quando se usam desinfetantes para a pele e quando necessitamos usar antisséptico para a lavagem e/ou desinfeção de

uma ferida. Nesta reflexão será mencionado os desinfetantes que poderão ser usados nos diversos procedimentos invasivos que promovam a prevenção da lesão da pele e o risco de toxicidade.

Um desinfetante ou um anti-septico ideal deve ser eficaz contra diversos microorganismos, início de ação imediata, ter efeito residual e de longo prazo e não ser inativado pela presença de material orgânico (Sathiyamurthy et al., 2016).

Para a população neonatal os desinfetantes mais usados são o álcool isopropílico a 70%, iodopovidona a 10% e o gluconato de clorexidina, em concentrações variadas como a solução aquosa e combinada com álcool isopropílico a 70% (Lund & Keller, 2014).

Um dos primeiros produtos a aparecer foi o álcool, o qual apresenta um risco de toxicidade percutânea no recém-nascido, pois a exposição da pele imatura ao álcool pode levar a reações significativas e toxicidade sistêmica. Observou-se, por exemplo, necrose cutânea hemorrágica após colocação de catéter umbilical e observação de elevados níveis de álcool no sangue devido à desinfecção do coto umbilical (Mancini, 2004).

Outro produto muito utilizado e durante muito tempo foram os compostos com iodo, como por exemplo a iodopovidona. Ao verificarmos a bula deste antisséptico (Infarmed, 2018), não é aconselhável a sua utilização em recém-nascidos inferiores a 1 mês. Esta restrição nos recém-nascidos deve-se ao facto de terem sido documentados riscos significativos para os recém-nascidos, especialmente os prematuros, como a alteração da função da tiróide incluindo atraso no desenvolvimento infantil e hemorragia interventricular (Mancini, 2004; Lund & Keller, 2014). No entanto, o Consenso sobre o uso dos antisépticos nas feridas, numa revisão em 2018 (Kramer et al., 2018), reporta que a utilização de antissépticos nas feridas, quando se está na presença de mordidas, facadas/picadas e de ferimento de bala, a aplicação de soluções de iodopovidona são a primeira escolha, contudo não faz referência à população pediátrica.

Um outro agente antisséptico tópico é o gluconato de clorexidina parece ser uma alternativa mais segura, sem toxicidade percutânea conhecida, apesar da absorção percutânea variável nos recém-nascidos (Mancini, 2004). O mesmo produto também foi testado com sucesso, para a prevenção de infecções devidas aos catéter venosos centrais nos recém-nascidos (Mancini, 2004). Em publicações mais recentes há várias descrições de complicações com a solução de gluconato de clorexidina, nos recém-nascidos prematuros como queimaduras, flictenas e dermatites (Li Ching Ng et al., 2015; Lund & Keller, 2014). Os produtos com gluconato de cloroxedina podem estar na concentração de 0,5 a 2% mas até mesmo no formato aquoso pode causar irritação da pele (AWHONN, 2018).

De acordo com os autores Lund e Keller (2014) para além das complicações cutâneas é necessário avaliar a eficácia dos produtos. Na preparação da pele para a hemocultura, em crianças e adultos, a iodopovidona foi superior ao álcool isopropílico na descontaminação da superfície da pele. Por outro lado, um estudo na população adulta revelou que houve menos contaminações com o gluconato de clorexidina do que com o iodopovidona. Outro estudo na população pediátrica (2 a 36 meses) também encontrou taxas de contaminação inferiores com o gluconato de clorexidina (3,15% em álcool isopropílico a 70%) comparando com a iodopovidona. A WHONN (2018) recomenda precaução no uso dos desinfetantes com clorexidina em recém-nascidos prematuros ou com menos 2 meses de idade por poderem causar irritação na pele e queimaduras químicas. Em muitos locais, a iodopovidona continua a ser aplicado por evitar as complicações anteriormente mencionadas, mas em contrapartida há problemas com alterações da função da tiróide, como já foi referido.

Para ultrapassar estes efeitos secundários a AWHONN (2018) defende a remoção dos desinfetantes, com água ou solução salina estéril, após a conclusão do procedimento, mas o fabricante da cloroxedina a 2% em álcool isopropílico não o recomenda a remoção, porque o efeito residual pode ser benéfico. Por outro lado pode colocar-se a questão de se essa atitude pode contribuir para a irritação da pele nos recém-nascidos.

Na Europa, há mais de 20 anos que se utiliza outro antisséptico que é o dicloridrato de Octenidina, mais conhecido por octenidina, para a prevenção da infecção da pele, feridas e cavidade oral (Sathiyamurthy et al., 2016). A octenidina é um antimicrobiano eficaz contra a maioria das bactérias Gram-positivas e Gram-negativas e em baixas concentrações (0,1%) mostra uma excelente atividade bactericida, fungicida e virucida moderada (Sathiyamurthy et al., 2016). Os mesmos autores também referem que apresenta uma absorção mínima da pele e mucosas mas principalmente nenhuma toxicidade sistêmica. Uma solução aquosa que contém octenidina e fenoxietanol revelou ser segura na desinfecção da pele em recém-nascidos, inclusive dos prematuros. Também pode ser aplicado em locais de inserção de cateteres venosos centrais e diminui a densidade bacteriana no local de inserção ao longo do tempo. Em contrapartida a eficácia deste produto tem sido muito restrita a estudos microbiológicos *in vitro* ou envolvendo somente a população adulta. Os estudos sobre o uso de octenidina nos recém-nascidos e prematuros são escassos (Sathiyamurthy et al., 2016). Os estudos clínicos são pequenos em número quando avaliados com outros antissépticos como a cloroxidina. No entanto, a octenidina demonstrou ser eficaz na prevenção, na colonização e na erradicação de MRSA. Houve estudos que mencionaram que a cloroxedina é mais eficaz que a octenidina ou iodopovidona na redução de taxas de colonização do local de inserção do catéter venoso central mas no entanto foram estudos realizados na população adulta, não envolvendo o uso de octenidina nos recém-nascidos de termo e pré-termo.

CONCLUSÃO

Para elaborar esta reflexão tive a necessidade de fazer uma pesquisa bibliográfica acerca desta temática com a evidência científica mais recente e disponível, o que se revelou ser um grande desafio, porque existe pouco material disponível em relação à população pediátrica nos diferentes estádios. Curiosamente, é em relação à população mais vulnerável dentro da pediatria, como os recém-nascidos de termo e recém-nascidos prematuros que existem mais artigos e/ou investigação publicados.

A população pediátrica poderá ser sub-dividida em diferentes faixas etárias como, por exemplo: recém-nascidos prematuros (idade gestacional <37 semanas); recém-nascidos de termo (idade gestacional >37 semanas e até aos primeiros 28 dias de vida); lactente (até aos 12 meses de idade); criança (até aos 12 anos) e adolescente (até aos 18 anos) (Fernandes, et al., 2011). Após analisar vários artigos, documentos e investigações depreendo que, dentro da população pediátrica, os adolescentes têm uma maturidade da pele mais semelhante a um adulto e os recém-nascidos (termo e pré-termo) são o grupo mais vulnerável e, provavelmente por isso, haver uma maior necessidade de investigação e/ou preocupação e também haver mais material bibliográfico disponível do mesmo.

Segundo Mancini (2004) existe poucos dados científicos sobre a vulnerabilidade da pele na população pediátrica, especialmente nas diferentes sensibilidades entre adultos e crianças. Por outro lado, também existe considerações éticas a ter em conta porque impõe um certo grau de limitações nos desenhos de estudos prospetivos e também porque a extrapolação dos dados de adulto é de validade incerta.

Existe uma grande variedade de antissépticos tópicos, com concentrações e combinações variadas. Nas unidades de neonatologia as mais comuns são o álcool, a iodopovidona e a cloroxedina (Sathiyamurthy et al, 2016).

As soluções com iodopovidona são mais eficazes na desinfeção da pele, que o álcool isopropílico mas, no entanto, não devem ser aplicados nos recém-

nascidos devido à toxicidade sistêmica envolvendo a função da tireóide, alterações do neurodesenvolvimento, mas também por terem sido mencionadas lesões cutâneas (AWHONN, 2018). As soluções antissépticas com cloroxedina e álcool têm sido associadas com reações locais graves e extrema cautela na utilização de antissépticos tópicos à base de álcool nos recém-nascidos prematuros (Sathiyamurthy et al, 2016).

De acordo com estes últimos autores, é urgente desenvolver investigação sobre a utilização segura de antissépticos tópicos na população pediátrica, nos diferentes estádios, especialmente nos recém-nascidos, inclusivamente nos prematuros. O foco deve privilegiar: no caso da cloroxedina diferenciar o aquoso do alcoólico, como motivo de irritação da pele nos recém-nascidos prematuros; qual a concentração ideal de cloroxedina que pode ser usado em segurança nos recém-nascidos prematuros; quais são as implicações das diferentes concentrações de cloroxedina no sangue e os resultados do neurodesenvolvimento a longo prazo; o efeito de absorção a curto prazo do álcool isopropílico e os resultados a longo prazo; novos estudos de absorção sistêmica das soluções contendo iodo, o efeito da função da tireóide e os resultados a longo prazo no neurodesenvolvimento.

A octenidina é um dos antisséptico mais usados, por alguns países da Europa, pois possui uma boa atividade antimicrobiana de amplo espectro, nomeadamente contra os organismos resistentes como MRSA ou o *Staphylococcus aureus*, a vírus e fungos. Tal como a cloroxedina possui uma atividade residual significativa até 24 horas e o efeito antisséptico é retido mesmo na presença de material orgânico. Aparentemente parece ser um antisséptico bastante promissor, por também terem feitos estudos em todos os grupos etários inclusivé recém-nascidos e prematuros, aparentemente com boa tolerância pela pele e sem complicações documentadas. Contudo, a maioria dos estudos com maior representatividade foram realizados na população adulta e seria necessário mais estudos, com maior representatividade, envolvendo a população pediátrica, nomeadamente os recém-nascidos de termo e pré-termo (Sathiyamurthy et al, 2016).

O EEESIP tem o dever da busca constante da excelência no exercício profissional na prevenção de complicações para a saúde da criança/jovem, mais concretamente no *“rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem, que visem a mobilização de conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória”* (OE, 2017).

Cada vez mais, o enfermeiro com formação especializada na área da Saúde Infantil e Pediátrica terá que se assumir como elo de ligação com os seus pares e com outros profissionais da equipa de saúde, quando se depara com situações que por vezes não se conseguem resolver simplesmente com pesquisa bibliográfica. Cabe-lhe então promover a eficiência na coordenação dos meios (articulação), que garanta responsabilização e continuidade de cuidados, quer a nível da equipa que integra (profissionais, criança e família), quer intersectorial e até mesmo interinstitucional, se necessário.

Nesta perspetiva contactei com a enfermeira da comissão infeção hospitalar, do local de estágio, mais concretamente com o elo de ligação da pediatria. Expus a situação e coloquei a preocupação sentida acerca dos diversos antissépticos e quais os mais adequados para a pediatria, qual era a recomendação da comissão sobre este assunto e quando haveria normas ou condutas para a prática mais adequada dos diferentes desinfetantes no departamento da pediatria. Infelizmente, não consegui obter uma resposta concreta porque é uma situação que a comissão tem conhecimento mas ainda estão a processar/ avaliar o mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermag.*, 14(3), 373–382. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072005000300008>
- Andrade, C., Melki, D., Rios, D., Stambassi, G., Sousa, R., Deconto, J., & Guerra, L. (2019). *Gestão de feridas em pacientes pediátricos e neonatos*. Minas Gerais, Brasil: Fundação Hospitalar do Estado Minas Gerais. Acedido em 1/11/2019. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/files/1394/Protocolos-Clinicos/14429/047---Gestao-de-feridas-em-pacientes-pediatricos-e-neonatos.pdf>
- AWHONN. (2018). *Neonatal Skin Care*. (4th ed). Washington: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses.
- Fernandes, J. D., Machado, M. C. R., & de Oliveira, Z. N. P. (2011). Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 86(1), 102–110. <https://doi.org/10.1590/S0365-05962011000100014>
- INFARMED. (2018). Folheto informativo: Informação para o utilizador. Acedido em 1/11/2019. Disponível em http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=29998&tipo_doc=fi.
- Kolcaba, K. & DiMarco, M. (2005). Comfort Theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric nursing*, 31 (3), 187-194. Acedido a 1-5-2019. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/7686145_Comfort_Theory_and_its_application_to_pediatric_nursing
- Kramer, A., Dissemond, J., Kim, S., Willy, C., Mayer, D., Papke, R., Tuchmann, F., & Assadian, O. (2018). Consensus on Wound Antisepsis: Update 2018. *Skin Pharmacology and Physiology*, 31(1), 28–58. <https://doi.org/10.1159/000481545>
- Lund, C., & Kuller, J. (2014). Integumentary System. In Kenner, C., & Lott, J. (Ed.), *Comprehensive Neonatal Nursing Care* (pp. 299-333). New York: Springer Publishing Company, LLC.

- Lund, C., Kuller, J., Lane, A., Lott, J. W., & Raines, D. A. (1999). Neonatal skin care: the scientific basis for practice. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN / NAACOG*, 28(3), 241–254. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1999.tb01989.x>
- Mancini, A. J. (2004). Skin. *PEDIATRICS*. 113(4). 1114-1120. Acedido em 1/11/2019. Disponível em https://pediatrics.aappublications.org/content/113/Supplement_3/1114
- Ng, A. L. C., Jackson, C., & Kazmierski, M. (2016). Evaluation of Antiseptic Use in Pediatric Surgical Units in the United Kingdom-Where Is the Evidence Base? *European Journal of Pediatric Surgery*, 26(4), 309–315. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1559883>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem Dos Enfermeiros, 1–7. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº422/2018: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República, 2ª Série*, (Nº133 de 12-7-2018), 19192–19194. ELI: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República, 2ª Série*, (Nº26 de 6-2-2019), 4744–4750. ELI: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.
- Pereira-Mendes, A. (2016). La práctica reflexiva en el aprendizaje clínico: Beneficio para la construcción del pensamiento en enfermería. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 1–23. <https://doi.org/10.15359/ree.20-1.9>.
- Sathiyamurthy, S., Banerjee, J., & Godambe, S. V. (2016). Antiseptic use in the neonatal intensive care unit - a dilemma in clinical practice: An evidence based review. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 5(2), 159. <https://doi.org/10.5409/wjcp.v5.i2.159>.

Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*.
(5ªed.). Loures: Lusociência.

APÊNDICE VII

**PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO NO SERVIÇO URGÊNCIA DE
PEDIATRIA: CUIDAR DA CRIANÇA COM FERIDAS EM PEDIATRIA –
MATERIAL DE PENSO**

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

10º Curso de Mestrado em Enfermagem

na Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

Plano da Sessão de Formação – Serviço Urgência de Pediatria

CUIDAR DA CRIANÇA COM FERIDAS EM PEDIATRIA:

Material de Penso

Discente: Liliana do Rosário Abreu Pombeira, 4778

Enfermeira Orientadora: Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria
Alexandra Sousa

Enfermeira Co-Orientadora: Enfermeira Especialista em Reabilitação Ester
Malcato (elemento da Sub-Comissão consultiva de pensos e dispositivos
similares)

Docente Orientador: Professora Doutora Maria Alice dos Santos Curado

Novembro

2019

ÍNDICE	Página
0. INTRODUÇÃO	3
1. JUSTIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	4
2. PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	7
3. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO	9
4. CONCLUSÃO	12
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	13

APÊNDICES

Apêndice 1 – Póster de material de penso para o SUP

Apêndice 2 – Apresentação Powerpoint da Sessão de Formação

Apêndice 3 - Avaliação da sessão de formação

Apêndice 4 – Teste de conhecimentos da formação

ÍNDICE DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1 - Planeamento da sessão de formação

Gráfico 1- Ação de formação em geral

Gráfico 2 – Formador

Gráfico 3 - Efetividade das metodologias de aprendizagem utilizadas

Gráfico 4 Resultados do teste de conhecimentos

0. INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório e no decorrer do ensino clínico do Serviço de Urgência de Pediatria (SUP) de um hospital central de Lisboa, foi-me colocado o desafio de fazer formação em serviço para os enfermeiros sobre cuidados à pele das crianças que recorrem a um serviço de urgência e qual o material mais adequado que pode ser aplicado, adequando aos recursos existentes neste hospital. Neste documento irá ser apresentado a pertinência desta formação e sua justificação, apresentação do seu planeamento, a sua operacionalização e por último, a sua avaliação.

A pele é um dos órgãos mais importantes no nascimento por ter a responsabilidade das seguintes funções: proteção de barreira contra a perda de água e controlo da absorção de substâncias (incluindo a luz); termorregulação; formação de camada ácida e controlo da infeção; regulação hidroeletrólítica; função sensorial tátil (AWHONN, 2018).

A pele é um dos órgãos que mais manipulamos e que mais sofre diversas técnicas invasivas e dolorosas como, por exemplo, colocação/ remoção de elétrodos e sensores; punções desde uma gasimetria à colocação de catéteres; fixação de sondas endotraqueais e gástricas; colocação e remoção de adesivos (Kenner & Lott, 2014).

De acordo com King et al. (2014) existe uma falta de consenso sobre as melhores estratégias para problemas comuns de tratamento de feridas nas populações neonatais e pediátricas. Para além disso existe atualmente no mercado uma panóplia de produtos para feridas e que pode ser desafiador tomar decisões informadas sobre o tratamento de feridas, ou prevenção de lesões da pele, nessas populações.

Este trabalho está estruturado em cinco capítulos: no primeiro é apresentado a importância desta sessão de formação; no segundo é colocado o plano de sessão onde está os objetivos e o planeamento da sessão; no terceiro são apresentados os resultados da avaliação da sessão; no quarto estará a conclusão que descreve como decorreu a sessão fazendo uma avaliação de toda a sessão formativa; e por último as referências bibliográficas.

1. JUSTIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

A população pediátrica tem várias particularidades destacando-se pelo desenvolvimento infantil. Como profissionais de saúde é essencial saber atuar consoante as fases etárias. As crianças não têm noção e/ou consciência do perigo e, por vezes, devido à sua curiosidade, brincam manipulando objetos cortantes, ou têm quedas frequentes quando estão na aprendizagem da marcha, ou por quererem ir a locais mais elevados, fazem com que a pele seja frequentemente exposta a agressões físicas por traumatismos diretos ou indiretos.

A pele é o maior órgão do corpo humano e é um dos órgãos mais importantes no nascimento por ter a responsabilidade das funções anteriormente descritas. Durante o primeiro ano de vida ocorre o processo de maturação cutânea e, mesmo ao fim deste tempo, a pele da criança é mais permeável comparada com a do adulto, aumentando o risco de agressão mecânica (Lund, 1999; Andrade, et al, 2019).

Quando as crianças recorrem ao serviço de urgência, muitas vezes é necessário fazer intervenções/ cuidados que podem lesar a pele, como por exemplo: colocação/ remoção de acesso venoso; execução/ remoção de pensos; colocação/ remoção de elétrodos; posicionamento da criança que está na cama. O Enfermeiro também deve estar desperto para os fatores de risco como a mobilidade diminuída, desnutrição proteica, edema, incontinência, perda sensorial, anemia, infeção, dificuldade em alternar a posição e entubação (Sanders, 2014).

Em contexto pediátrico também está descrito que podem ocorrer outro tipo de feridas como alterações congénitas, hereditárias e autoimunes, extravasamento e infiltração de soluções intravenosas, uso de substâncias químicas irritantes na pele, feridas cirúrgicas e da dermatite associada à incontinência (Gil, 2014; Andrade, et al., 2019, p.2).

Segundo King, et al. (2014) deverá haver consideração sobre os cuidados com feridas em neonatos, lactentes e crianças, que são mencionados no seguinte quadro:

Recém-nascido prematuro

Barreira epidérmica comprometida

- Maior perda transepidérmica de água e desequilíbrio eletrolítico
- Fragilidade da pele e aumento do risco de remoção epidérmica

Maior absorção percutânea de agentes tópicos devido ao aumento da área da superfície corporal em relação ao peso (*por exemplo*, álcool, iodopovidona)

Suscetibilidade a substâncias irritantes

Termorregulação alterada

Sistema imunológico imaturo

Recém-nascido de termo

Fragilidade da pele

Maior absorção percutânea de agentes tópicos devido ao aumento da área da superfície corporal em relação ao peso

Suscetibilidade a substâncias irritantes

Termorregulação alterada

Sistema imunológico imaturo

Lactente

Maior absorção percutânea de agentes tópicos devido ao aumento da área da superfície corporal em relação ao peso

Pode tentar remover os pensos

Pode contaminar feridas e pensos, incluindo a área da fralda

Precisa colocar os pensos de forma segura devido ao gatinhar, corrida e brincadeira

Medo, ansiedade e dor podem complicar o tratamento de feridas e as trocas de pensos

Criança

Pode tentar remover os pensos

Pode contaminar as feridas e os pensos

Precisa colocar os pensos com segurança devido à corrida e ao jogo

O medo, a ansiedade e a dor podem complicar o tratamento de feridas e as mudanças de pensos, principalmente com a remoção dos adesivos

Necessidade de preparação apropriada para o desenvolvimento de cuidados com as feridas e mudanças de pensos, utilizando cuidados atraumáticos

Atrasos no desenvolvimento neurológico podem complicar ainda mais o tratamento de feridas

Fonte: King, et al (2014), p.326

Tendo em conta estas especificidades, torna-se imperativo manter a atualização de conhecimentos e tratamentos específicos para a prevenção e

tratamento de lesões cutâneas. Concomitantemente com a Enfermeira Chefe deste serviço e após uma entrevista exploratória, constatei que há uma necessidade dos enfermeiros do serviço de aprofundar conhecimentos sobre esta temática e conhecer os recursos de materiais existentes na instituição, bem como a sua aplicabilidade.

As práticas para o tratamento de feridas na população neonatal e pediátrica, incluindo a escolha de pensos ou outros produtos para tratamento de feridas, baseiam-se atualmente na combinação de experiência, do material disponível e um pequeno número de diretrizes clínicas publicadas com base na opinião de especialistas (King, et al., 2014). Segundo Gil (2014) tal facto deve-se à falta de documentação por parte dos profissionais de saúde, ainda pouco despertos para o conhecimento nesta área nesta população tão específica, não permitindo, assim, um levantamento de dados ilustrador da realidade mas por outro lado, as barreiras éticas e deontológicas existentes para a realização de estudos nestas idades também têm bastante influência.

Em suma, esta formação nasce de uma necessidade sentida pela equipa de enfermagem em conhecer os materiais e produtos disponíveis, bem como saber aplicar os mesmos, adequando à população alvo e à luz dos conhecimentos mais atuais, cumprindo os objetivos desejados com eficácia e segurança. Alguns dos produtos mencionados na literatura e utilizados com frequência são: apósitos siliconados, protetores cutâneos não alcoólicos, hidrogéis, hidrocolóides, espumas de poliuretano e filmes semipermeáveis (Gil, 2014, p.387).

A formação será dada em conjunto com a Enfermeira Especialista Ester Malcato, por ser uma perita na área das feridas, mas também por pertencer à sub-comissão técnica consultiva de pensos e dispositivos similares da instituição, permitindo fazer um elo de ligação a esta sub-comissão.

2. PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: CUIDAR DA CRIANÇA COM FERIDAS EM PEDIATRIA: Material de Penso

Destinatários/População Alvo: Equipa de Enfermagem do Serviço de Urgência de Pediatria

Data: 19 de Novembro de 2019 **Horário da sessão:** 14:30 às 14:45 horas

Local: Sala de Trabalho do Internamento de Curta Duração no SUP

Formador: Liliana Abreu, estudante do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Enfermeira Orientadora: Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria Alexandra Sousa

Enfermeira Co-Orientadora: Enfermeira Especialista em Reabilitação Ester Malcato

Professora Orientadora: Professora Doutora Maria Alice dos Santos Curado

Objetivo geral: Uniformização dos cuidados de enfermagem ao recém-nascido e crianças com feridas, internado no Serviço de Urgência de Pediatria

Objetivos específicos:

- Compreender a importância dos cuidados à pele do recém-nascido e criança que recorre ao SUP
- Identificar o material de penso existente no hospital adequado ao recém-nascido e criança, tendo em conta as indicações e/ou suas características adequando à fase de cicatrização da ferida
- Identificar o material de penso tendo em consideração a ordem em que é colocado (primário vs secundário)

Método Pedagógico: expositivo e interativo, com discussão orientada (ver Apêndice 2)

	Conteúdo	Metodologia	Recursos Materiais	Duração Temporal (m)
Introdução	Apresentação da Preletora; Contextualização da temática, - Apresentação do Sumário; - Apresentação dos objetivos da formação.	Expositivo e interativo	- Computador - Material de Penso	2 min
Desenvolvimento	-Clarificar conceito sobre a limpeza da ferida complexa -Referir acerca dos diferentes tipos de material de penso consoante a fase da ferida com o coneito TIME demonstrando imagens/ material e explicando a sua relevância	Expositivo e interativo, com discussão orientada		10 min
Conclusão	Resumo da sessão Esclarecimento de dúvidas Apresentação do Póster (Apêndice 1)	Expositivo e interativo, com discussão orientada		3 min
Avaliação	Preenchimento da folha da avaliação da sessão		Folha de avaliação da sessão	

Tabela 1 - Planeamento da sessão de formação

3. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO DE FORMAÇÃO

Depois da conclusão da sessão de formação, foi entregue às enfermeiras participantes da formação um documento de avaliação da ação de formação. O documento apresentava sete questões e a escala utilizada foi a seguinte:

Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
1	2	3	4	5

As dimensões a avaliar foram: Gráfico 1 – O tema; Gráfico 2 - Formador e o Gráfico 3 - Efetividade das metodologias de aprendizagem utilizadas.

A equipa de enfermagem atualmente no ativo é composta por 25 enfermeiros e participaram na formação 7 enfermeiros (28% da equipa de enfermagem).

Como se pode observar no primeiro gráfico, dos participantes na formação, a maioria considerou a ação de formação bastante relevante para a prestação de cuidados ao recém-nascido e crianças.

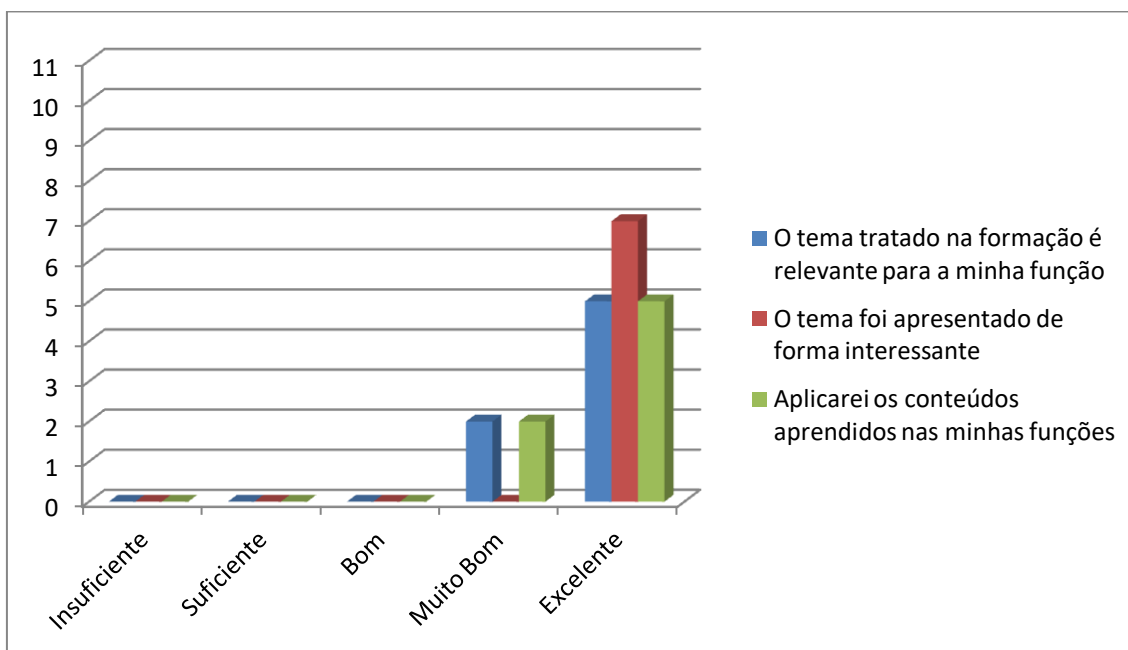


Gráfico 1 Ação de formação em geral

No segundo gráfico, os formandos consideraram que a exposição foi clara e precisa no conteúdo, revelando conhecimentos na área.

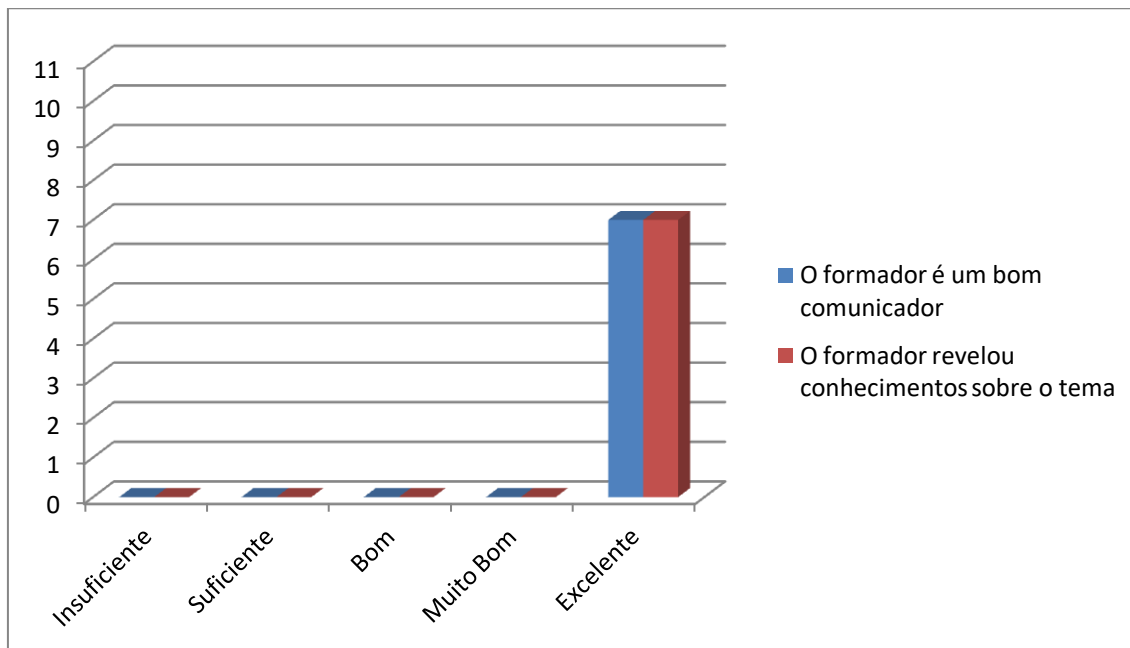


Gráfico 2 Formador

Por último, os formandos consideraram de uma forma geral que os meios audiovisuais foram adequadas apesar das condições da sala não ser as mais apropriadas e o horário da formação também foi igualmente adequado.

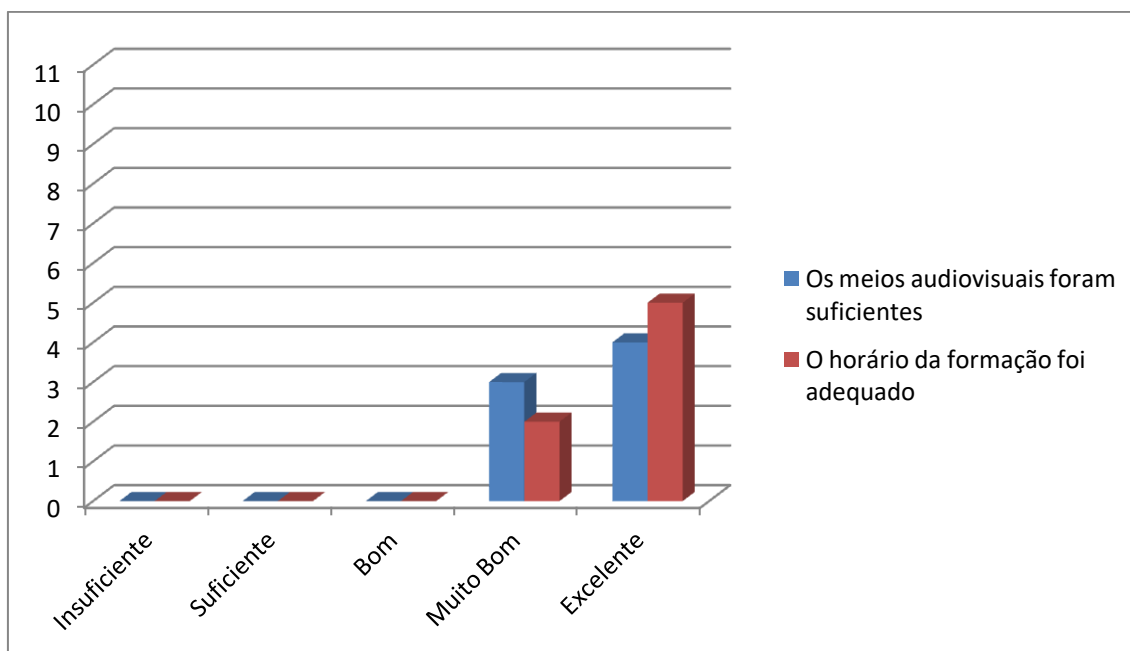


Gráfico 3 Efetividade das metodologias de aprendizagem utilizadas

Também foi aplicado um teste de conhecimentos da sessão da formação aos formandos e os resultados foram excelentes, pois os formandos acertaram em todas as questões-chave da formação e somente uma resposta não foi certa, o que demonstrou que houve aquisição de conhecimentos teóricos.

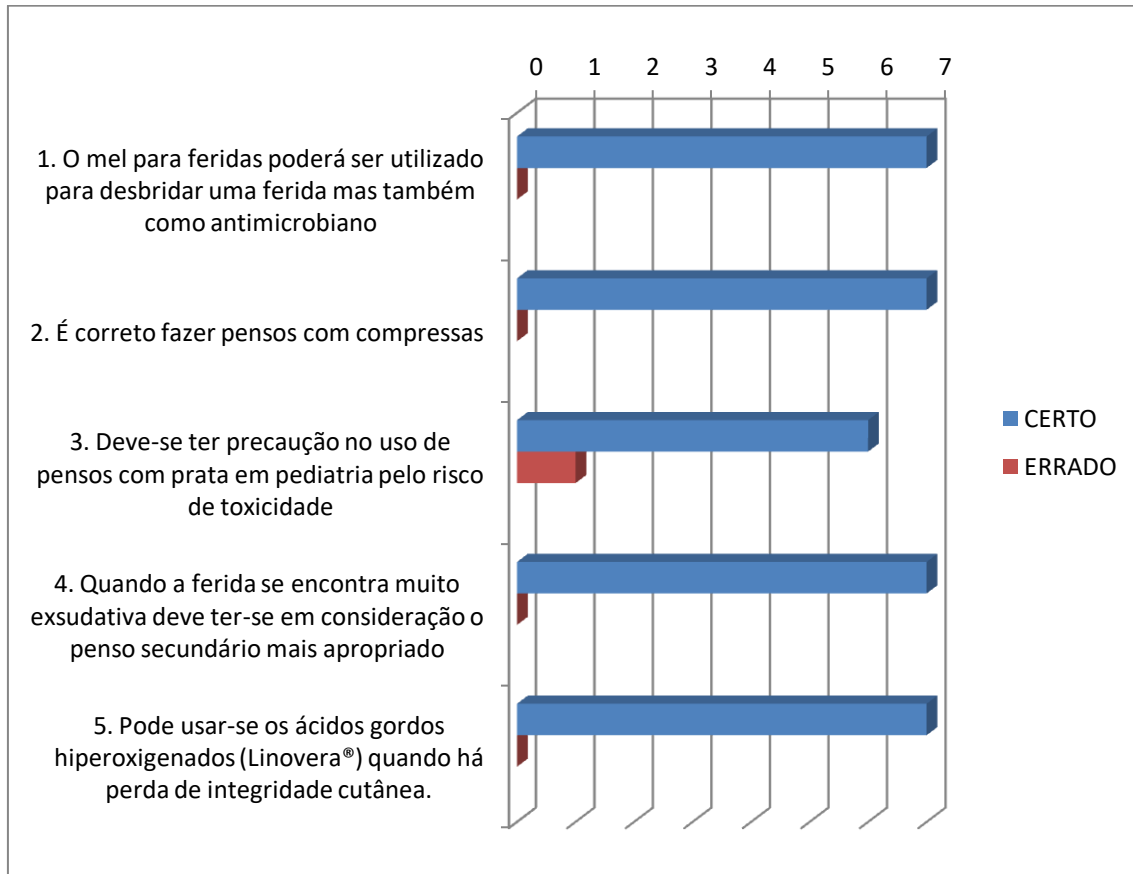


Gráfico 4 Resultados do teste de conhecimentos

4. CONCLUSÃO

A população neonatal e pediátrica que necessita de hospitalização tem um maior risco para desenvolver feridas agudas, crônicas e/ou outras lesões relacionadas com a pele (King, et al (2014)). Os mesmos autores também referem que, na maioria das crianças saudáveis, a cicatrização é rápida e descomplicada. No entanto há crianças com doenças crônicas, mobilidade limitada, estado nutricional deficitário, compromisso imunitário, alteração no neurodesenvolvimento e/ ou hospitalizações frequentes, que têm uma maior predisposição a uma má cicatrização de feridas e lesões da pele.

No meu percurso deste ensino clínico, observei que a prática de cuidados de enfermagem, mais concretamente nos cuidados à pele das crianças, poderia ser melhorado. Esta necessidade já era sentida pela equipa de enfermagem e daí a importância e o pedido desta formação. A participação de uma das enfermeiras de referência da sub-comissão consultiva de pensos e dispositivos similares, foi uma mais-valia, podendo também esclarecer algumas dúvidas sobre os materiais, esclarecer como a equipa como pode adquirir os mesmos e assumindo igualmente um papel de elo de ligação ao serviço.

Na formação houve uma percentagem significativa da equipa de enfermagem que revelou ser um tema importante para a equipa, sempre com a perspetiva de melhorar a prestação de cuidados para esta população pequena mas igualmente especial. Assim, e tendo em conta o feedback da formação, da avaliação da mesma e do teste de conhecimentos, depreendo que os objetivos propostos foram alcançados, prevendo-se a sua continuidade.

Desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, bem como a partilha de conhecimentos baseados na evidência científica, são algumas das competências do Enfermeiro Especialista que “colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.” (Diário da República, 2019).

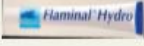
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, C., Melki, D., Rios, D., Stambassi, G., Sousa, R., Deconto, J., & Guerra, L. (2019). *Gestão de feridas em pacientes pediátricos e neonatos*. Minas Gerais, Brasil: Fundação Hospitalar do Estado Minas Gerais. Acedido em 1/11/2019. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/files/1394/Protocolos-Clinicos/14429/047---Gestao-de-feridas-em-pacientes-pediatricos-e-neonatos.pdf>
- AWHONN. (2018). *Neonatal Skin Care* (4th ed). Washington, USA: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses.
- Diário da República Nº26 (2019). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. 4744-4750. ELI: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Gil, M. (2014). *Feridas em Pediatria – especificidades*. In Afonso C., Afonso G., Azevedo, M., Miranda, M., Alves, P. (Coord.), *Prevenção e Tratamentos de Feridas – Da Evidência à Prática* (pp.380-390). Cidade, Portugal: Hartmann.
- Kenner, C., & Lott, J. W. (2014). *Comprehensive Neonatal Nursing Care*. 5^a edição. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- King, A., Stellar, J., Blevins, A., & Shah, K. (2014). Dressings and Products in Pediatric Wound Care. *Advances In Wound Care*, 3(4), 324-334. Acedido em 1/11/2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3985526/pdf/wound.2013.0477.pdf>
- Lund, C., & Kuller, J. (2014). Integumentary System. In Kenner, C., & Lott, J. (Ed.), *Comprehensive Neonatal Nursing Care* (pp. 299-333). New York, USA: Springer Publishing Company.
- Lund, C., Kuller J. Lane A., Lott, J., & Raines, D. (1999). Neonatal skin care: the scientific basis for practice. *Neonatal Network*, 28, 241-54.
- Sanders, J.. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014), *WONG Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 1025-1060). 9ª edição. Loures: Lusociência.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Póster de material de penso para o SUP

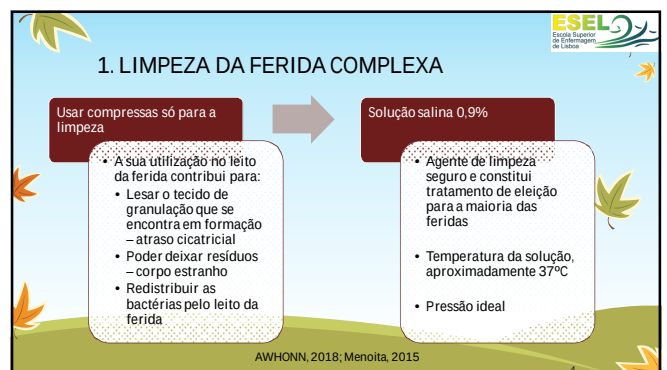
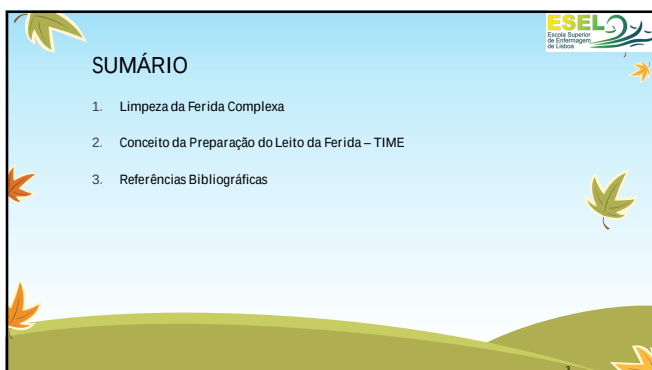
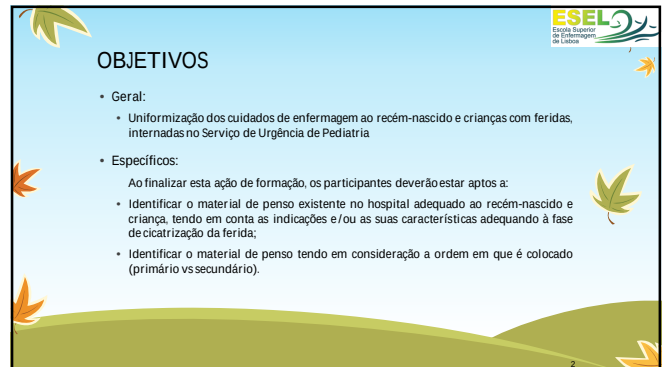
Conceito da Preparação do Leito da Ferida - TIME

T Gestão do Tecido Não-Viável	I Controlo da Inflamação e da Infecção	M Controlo do Exsudado	E Estimulação dos Bordos Epiteliais
	Mel  (+ exsudado)	Alginato de Cálcio 	Protector cutâneo 
Enzima alginogel 	Ácidos Gordos Esterificados 	Poliuretano/ Hidropolímero  (-exsudado) (+exsudado)	Ácidos gordos hiperoxigenados 
Colagenase (>12 anos) 			
Hidrogel 	Octenidina 	Penso fino de silicone  Hidrofibras 	

Elaborado por: Liliana Abreu, aluna do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil



Apêndice 2 – Apresentação Powerpoint da Sessão de Formação



DESINFECÇÃO DA FERIDA COMPLEXA

Antisséptico – Neonatologia

Octenidina

- Amplo espectro de atividade antisséptica
- Muito boa tolerância na pele, ferida e membrana mucosa
- Adequado para crianças
- Única substância ativa com potencial para ser utilizada com segurança em bebês prematuros
- Uso seguro durante a gravidez
- Aplicação indolor, incolor e praticamente inodora

Schuelke, 2010



5

CUIDADOS À PELE PERI-LESIONAL

- Manter a pele peri-lesional íntegra é um desafio!
- Os recém-nascidos são um dos grupos de risco.
 - Avaliar a pele – temperatura, cor, humidade, turgidez e integridade
- Lavar a pele com produto pH neutro e manter a pele hidratada com emolientes adequados, promovendo a massagem
- Humidificar o adesivo antes de o remover (Secura®)
- Escolher pensos com o adesivo menos traumático possível, por exemplo, com silicone (Mepitac®, Mepilex Border®)

AWHONN, 2018



6

2. Conceito da Preparação do Leito da Ferida TIME

- T – Gestão do Tecido Não-Viável
- I – Controlo da Inflamação e da Infecção
- M – Controlo do Exsudado
- E – Estimulação dos Bordos Epiteliais

Curso Abordagem do Tratamento à pessoa com ferida complexa, 2016

7

T – Gestão do Tecido Não-Viável



Desbridamento – remoção de tecido não viável do leito da ferida, no sentido de estimular a cicatrização

MEL

- Tem propriedades antimicrobianas e anti-inflamatórias
- É capaz de promover o desbridamento das feridas
- Mantém o ambiente da ferida húmido
- Não adere ao leito da ferida
- Estimula a sua cicatrização e também é desodorizante
- Reduz o edema

ENZIMA ALGINOCEL

- Fácil de aplicar e remover
- Desbridamento suave da ferida
- Mantém um ambiente da ferida húmido
- Controla a carga bacteriana
- Protege os bordos da ferida

Flaminal Hydro

Curso Abordagem do Tratamento à pessoa com ferida complexa, 2016

I – Controlo da Inflamação e Infecção

Curso Abordagem do Tratamento à pessoa com ferida complexa, 2016

I – Controlo da Inflamação e Infecção

- O profissional de saúde deverá ser perspicaz de forma a conseguir detetar os diferentes sinais de infecção, pois algumas vezes existem subtilezas diferenças que só podem ser detetadas perante uma observação clínica e contínua. Por exemplo em feridas complexas os sinais de inflamação prolongada são muito similares aos da infecção.
- Os sinais clássicos de infecção em ferida aguda são: eritema, calor, edema, dor, exsudado purulento.
- Fatores de risco do doente: Déficit nutricional, RN internado, alterações imunitárias, maturidade da pele, ...
- Os resultados obtidos em amostras não devem ser o único critério ter em conta para o diagnóstico de infecção – necessário ter provas clínicas

Curso Abordagem do Tratamento à pessoa com ferida complexa, 2016; Menoita, 2015

I – Controlo da Inflamação e Infecção

- Os antibióticos tópicos não são recomendados por causa do risco de resistência às bactérias!!!
- Antimicrobianos tópicos: Prata, todo Mel e Ácidos Gordos Esterificados

	PRATA	MEL
Propriedades	Largo espectro	Desbridante Desodorizante
Modo de ação	Bactericida Bacteriostática	Osmolaridade
Aderência	Difere de acordo com o tipo de apósito	Não adere ao leito da ferida
Ação anti-inflamatória	Reduz o exsudado	Reduz o edema

Curso Abordagem do Tratamento à pessoa com ferida complexa, 2016

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

I – Controlo da Inflamação e Infecção

ÁCIDOS GORDOS ESTERIFICADOS	
Propriedades	Largo espetro
Modo de ação	Bactériostática- as bactérias e fungos são atraídos à superfície do penso
Aderência	Não adere
Ação anti-inflamatória	Reduz a carga bacteriana



Curso Abordagem do Tratamento à pessoa com ferida complexa, 2016

13

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Gestão do exsudado com parâmetros de infeção - moderada a grande quantidade

MEL

- Propriedades bactericidas
- Outras propriedades: Desbridante, Anti-oxidante e anti-inflamatório, Promotor de cicatrização, Nutricional
- Aplicar diretamente sobre o leito da ferida
- Aquecer a embalagem com o calor das mãos
- A mudança do penso deve ser feita após absorção do mel (muda de cor)
- Aplicar penso secundário adequado

ENZIMA FORTE

- Fácil de aplicar e remover
- Desbridamento suave da ferida
- Mantém um ambiente da ferida húmido
- Controla a carga bacteriana
- Reduz as bactérias libertadas a partir de um biofilme
- Reduz o odor provocado por bactérias.
- Protege os bordos da ferida



Curso Abordagem do Tratamento à pessoa com ferida complexa, 2016

14

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

M – Controlo do Exsudado



Curso Abordagem do Tratamento à pessoa com ferida complexa, 2016

15

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

M – Controlo do Exsudado

Características:

- Plasmático
- Hemático

→

Quantidade

- Abundante
- Moderado
- Escasso

→

Mantém a ferida húmida

- Acelera a Re-Epitelização
- Não aumenta a taxa de infeção

→

Controlo do Exsudado da Ferida

- Controlo direto
- Utilização de pensos altamente absorventes
- Controlo indireto
- Diminuição da carga bacteriana

Curso Abordagem do Tratamento à pessoa com ferida complexa, 2016

16

M – Controlo do Exsudado

ALGINATO DE CÁLCIO

- Absorve o exsudado por capilaridade (10 a 20 vezes do seu peso)
- Propriedades hemostáticas
- Ocorre troca de iões
- Necessita de penso secundário



Poliuretano/ Hidropolímero

- Espuma de Poliuretano de elevada capacidade de absorção por capilaridade
- Aplicar diretamente sobre o leito da ferida ou como penso secundário
- A mudança do penso deve ser feita mediante a sua saturação
- Os poliuretanos sem rebordo são colocados e fixos com ligadura ou outro



Curso Abordagem do Tratamento à pessoa com ferida complexa, 2016

M – Controlo do Exsudado

Mepilex Border + exsudado

- Espuma de poliuretano com interface de silicone
- Aplicar diretamente sobre o leito da ferida
- A mudança do penso deve ser feita sempre que necessário
- Aderência suave e seletiva com remoção atraumática



Mepilex Lite - exsudado

- Adapta suavemente à pele sem aderir ao leito húmido da ferida
- Atraumático durante as trocas de penso
- Desenho fino, cómodo e suave, fácil de usar
- Minimiza o risco de maceração
- Versátil e recortável



Curso Abordagem do Tratamento à pessoa com ferida complexa, 2016

Hidrocolóide fino

Carboximetilcelulose sódica, gelatina e pectina extra-fino



- Composto por uma camada de hidrocolóide e uma externa de poliuretano extra fino
- Aplicar diretamente sobre o leito da ferida
- A mudança do penso deve ser feita sempre que necessário, através da técnica de estiramento
- O penso em contacto com o exsudado forma um gel húmido e suave de cheiro característico

Penso que gere mal o excesso de humidade havendo risco acrescido de danos na pele peri-lesional

Curso Abordagem do Tratamento à pessoa com ferida complexa, 2016

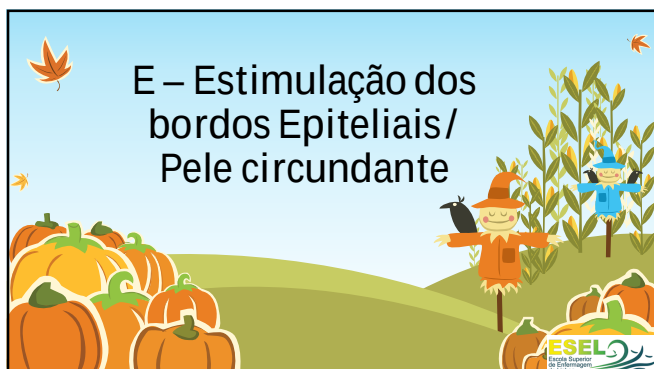
Penso fino de silicone



- Interface simples de silicone
- Aplicar diretamente sobre o leito da ferida, necessitando de penso secundário
- Aderência suave e seletiva
- Propriedade de viscosidade

Sem "Skin Stripping"

Curso Abordagem do Tratamento à pessoa com ferida complexa, 2016



E – Estimulação dos bordos Epiteliais/ Pele circundante

Manter a integridade da pele circundante:

- Proteção dos tecidos subjacentes
- Barreira contra a infeção

Solução Ácidos Gordos Hiperóxigenados - Linovera®

Os estratos vegetais - aloe vera e centella asiática - têm maior efeito protetor regenerador da pele:

- Proteção contra agentes externos
- Melhora a resistência da pele
- Repara a epiderme superior
- Restabelece a circulação capilar
- Estimula a síntese de colagénio
- Tem um efeito hidratante

Pulverizar Linovera 2 a 3 vezes por dia na área afetada e dispersar com a ponta dos dedos sem massajar!!!

Securit

Curso Abordagem do Tratamento à pessoa com ferida complexa, 2016

Dicas práticas na aplicação dos pensos

- Adequado às necessidades da ferida e pele circundante.
- Períodicidade conforme o tipo de penso e as condições da ferida.
- Pensos secundários com rebordo de cerca 1 cm a mais do limite da ferida.
- Penso primário em loca deve ser aplicado até 75% da capacidade da mesma.
- Feridas com leito húmido usar pensos absorventes.
- Feridas com leito seco usar pensos que promovam a humidade

↓

- A decisão terapêutica em cada doente deve ser discutida multidisciplinarmente
- Monitorizar a evolução da ferida de modo a avaliar a eficácia da abordagem assumida
- Avaliar a pele sempre que executar o penso e registar a observação

Curso Abordagem do Tratamento à pessoa com ferida complexa, 2016

3. Referências Bibliográficas

- AWHONN. (2018). *Neonatal Skin Care*. (4th ed). Washington: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses.
- CURSO ABORDAGEM DO TRATAMENTO À PESSOA COM FERIDA COMPLEXA (Apontamentos). Enfª Céu Rocha, Enfª Ester Malcata, Enfª Isabel Tavares do Centro de Formação do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, 2016
- Kramer, A., et al. (2019) **Consensus on Wound Antisepsis: Update 2018** Acedido em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29262416>
- Menoita, E. (2015). *Gestão de Feridas Complexas*. Loures: Lusodidacta.
- Schuelke (2010). *Octisept®*. Acedido a 9/11/2019. Disponível em: <http://www.schuelke.pt/wp-content/uploads/2016/05/Ficha-de-Produto-Octisept.pdf>
- Wounds UK. (2014) **Best Practice Statement: Principles of wound management in paediatric patients**. Acedido a 9/11/2019. Disponível em: <https://www.wounds-uk.com/resources/details/principles-wound-management-paediatric-patients>



Apêndice 3 - Avaliação da sessão de formação

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

TÍTULO:

DATA: __/__/__

Para cada uma das seguintes afirmações escreve a sua opinião relativamente à formação a que assistiu, preenchendo o respectivo quadrado com uma cruz. Se eventualmente se enganar a assinalar a sua resposta, deverá riscá-la com uma bola e preencher o quadrado correspondente à resposta que pretende.

QUESTÕES	1	2	3	4	5
O tema tratado na formação é relevante para a minha função					
O tema foi apresentado de forma interessante					
O formador é um bom comunicador					
O formador revelou conhecimentos sobre o tema					
Os meios audiovisuais foram suficientes					
O horário da formação foi adequado					
Aplicarei os conteúdos aprendidos nas minhas funções					

Legenda

1. Insuficiente
2. Suficiente
3. Bom
4. Muito bom
5. Excelente

COMENTÁRIOS/ SUGESTÕES

Apêndice 4 – Teste de conhecimentos da formação

TESTE DE CONHECIMENTOS

“FERIDAS EM PEDIATRIA”

Temática: Feridas em Pediatria: Material de Penso

Objetivo: Aferir a aprendizagem dos formandos quanto ao reconhecimento do uso material adequado no tratamento da ferida no contexto pediátrico

Duração: 2 minutos

Dimensão do Grupo: Realização Individual

Coloque no quadrado à frente da frase a letra **V** se for verdadeiro e **F** se for falso.

- | | |
|---|----------|
| 1. O mel para feridas poderá ser utilizado para desbridar uma ferida mas também como antimicrobiano. | V |
| 2. É correto fazer pensos com compressas. | F |
| 3. Deve-se ter precaução no uso de pensos com prata em pediatria pelo risco de toxicidade. | V |
| 4. Quando a ferida se encontra muito exsudativa deve ter-se em consideração o penso secundário mais apropriado. | V |
| 5. Pode usar-se os ácidos gordos hiperoxigenados (Linovera®) quando há perda de integridade cutânea. | F |

APÊNDICE VIII

A DOR NA CRIANÇA QUANDO INTERNADA NUM SERVIÇO DE CIRURGIA PEDIÁTRICA: UMA REFLEXÃO CRÍTICA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
10º Curso de Mestrado em Enfermagem
na Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

Serviço de Internamento de Pediatria

Reflexão Crítica

A dor na criança quando internada num serviço de cirurgia pediátrica

Discente: Liliana do Rosário Abreu Pombeira, 4778

Enfermeira Orientadora: Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria
Carla Farinha

Docente Orientador: Professora Doutora Maria Alice dos Santos Curado

Novembro

2019

INTRODUÇÃO

As oportunidades vivenciadas e experienciadas nos estágios contribuíram para a minha caminhada como futura enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria (EEESIP). Tal como Queirós (2016) refere, os enfermeiros colocam em ação os conhecimentos aprendidos, a própria experiência, mais as “capacidades pessoais como a intuição e princípios científicos resultantes da investigação.” Os enfermeiros encontram soluções para os problemas emergidos, através da reflexão na e sobre a ação, construindo conhecimento próprio de enfermagem que ao partilhar e validar junto dos seus pares se transforma em ciência de enfermagem (Queirós, 2016).

Durante o estágio, no serviço de internamento de cirurgia pediátrica, observei que nas passagens de turno de enfermagem, ao descrever o que se passou com a criança naquele turno, não era referida de forma sistemática, a avaliação da dor da criança. Só era mencionado se a criança tinha dor, quando a mesma manifestava uma dor acentuada, aí o enfermeiro referia quais tinham sido as estratégias utilizadas e destas, quais tinham sido eficazes, sem dizer qual tinha sido a escala de avaliação utilizada nem o nível de dor. Ao consultar os processos clínicos também reparei que a folha de registo da dor se encontrava por preencher. Quando questionei a minha enfermeira orientadora sobre esta situação, referiu-me que apesar de existir uma norma sobre a dor (em pediatria), a equipa de enfermagem subitamente ficou muito jovem e que as integrações não tinham sido feitas de forma mais adequada, pois tinha havido uma necessidade emergente de pessoal para trabalhar. Provavelmente estes foram os fatores que “facilitaram” a ausência do registo escrito mas também o registo oral (na passagem de turno).

A prática reflexiva é uma ferramenta vital para a aprendizagem, pois o estudante reaprende com a sua experiência, pensa, medita e avalia sobre a mesma (Peixoto & Peixoto, 2016). Sabendo que esta prática necessita de ser melhorada, tal como Benner (cit. por Tomey & Aligod, 2004) refere que enquanto a enfermeira adquire experiência e conhecimento clínico, nasce uma

combinação de conhecimento teórico-prático. Este conhecimento deve ser sustentado em princípios e conhecimentos mais recentes e baseados na evidência científica. Esta reflexão surge de uma necessidade sentida no estágio, a qual não me foi dada a oportunidade de desenvolver junto da equipa e também porque um enfermeiro especialista deve ter a competência “D - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais: D1- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (OE, 2019).

O internamento de uma criança pode ser uma experiência stressante, pois há uma profunda mudança das suas atividades, com limitações das funções diárias, limitação do convívio social, mas também do cumprimento de normas e regras institucionais (Silva & Garanhani, 2011). Para além disso, estas crianças também são sujeitas a diversos procedimentos dolorosos e, por isso, a dor deve ser valorizada, tal como as intervenções realizadas. De acordo com a DGS (2003), os profissionais de saúde devem sistematicamente diagnosticar, avaliar e registar a dor e os efeitos da sua terapêutica, não só como rotina mas também como boa prática. Esta orientação da DGS vai ao encontro de uma das competências do EEESIP que deve aliviar ou prevenir a dor/ desconforto: “E2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” mais concretamente E2.2. “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem -estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (OE, 2018).

O enfermeiro tem na sua práxis a preocupação da promoção do conforto nas crianças e famílias, pois o conforto é um resultado positivo que teoricamente capacita a criança e família a envolver-se em comportamentos de saúde que procuram mas também na implementação de estratégias de prevenção e diminuição do desconforto (Kolcaba & DiMarco, 2005).

A AVALIAÇÃO DA DOR NO INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

Quando uma criança é internada não são só as suas rotinas que são alteradas, mas ela passa também a estar imersa num ambiente diferente e em que recebe tratamentos e/ou procedimentos que poderão ser dolorosos.

Apóstolo (2009, p.62) refere que *“o controlo e a ausência de dor são muitas vezes considerados como sinónimos de conforto”*. O mesmo autor menciona que é o enfermeiro aquele que promove o fortalecimento e o conforto daquele que está doente. Katharine Kolcaba refere *“que a intervenção de enfermagem é a ação de confortar e que o conforto é o resultado dessa intervenção.”* (2009, p.61).

Num internamento de pediatria com adjuvante de uma cirurgia, a gestão da dor deverá ser uma prioridade na prestação de cuidados pelos profissionais de saúde pediátricos. Diversos autores mencionam do malefício da dor não tratada, pois também pode ter a longo prazo consequências a nível fisiológico, psicossocial e comportamental (Jacob, 2014).

Desde 2003 que a DGS instituiu a avaliação da dor como o 5º sinal vital, pois a *“avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente”* (DGS,2003).

A avaliação da dor em pediatria, difere na forma como cada criança responde a eventos dolorosos. A experiência da dor em crianças pode ser associada a diversos fatores, como a idade, o seu nível de desenvolvimento, o contexto da dor, a natureza da dor e pela capacidade da criança manifestar a dor, pelo que a sua avaliação deverá ser multifacetada (DGS, 2012; Jacob, 2014).

Nos últimos 25 anos têm sido desenvolvidos vários instrumentos de avaliação da dor, que continuam a ser aperfeiçoados, e já estão disponíveis alguns aparelhos eletrónicos (Jacob, 2014). Esta dificuldade da avaliação da dor em pediatria e optar por um instrumento mais adequado, prende-se com as variações nas capacidades cognitivas, emocionais e físicas das crianças. De acordo com uma investigação efetuada em Portugal, com um grupo de 41 enfermeiros, conclui-se que, para além da necessidade de utilização de

instrumentos de medida, também deve haver a necessidade de efetuar registos, tal como é referido no guia orientador de boas práticas sobre a dor pela Ordem dos Enfermeiros (Bastos & Sousa, 2014). Quando se está na presença de uma criança com dor é *“necessário intervir, registar score e intervenção(ões) e registar também o resultado obtido com as intervenções implementadas (reavaliação), tal como para qualquer outro sinal vital”* (Amaral-Bastos & Sousa, 2014).

As mesmas autoras referiram que apesar de estes “passos” parecerem evidentes, verificaram que nem sempre foram cumpridos, pois foi exatamente este ponto que presenciei durante o ensino clínico.

Habitualmente, num serviço de internamento de pediatria, as crianças experienciam a dor aguda por estar associada a uma maior frequência na realização de procedimentos invasivos (DGS, 2012). Durante os procedimentos, a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável e que frequentemente é acompanhada pelo medo e ansiedade. Tanto as crianças como os pais, podem sentir estes dois sentimentos e, como tal, estes serem causa de agravamento do nível da dor, a qual deve ser controlada e minimizada, desde o início do internamento e através de adequados cuidados antecipatórios (DGS, 2012). Também Diogo *et al.* (2016) referem que a experiência da hospitalização para a criança é um momento de elevado stress e ansiedade, na qual experiencia medos, pois encontra-se num ambiente desconhecido, rodeado de equipamentos e sujeito a procedimento que lhe causam dor e desconforto. O medo é uma emoção com uma função adaptativa ao longo do desenvolvimento do ser humano que pode proteger de perigos, mostrando-se através de respostas emocionais, fisiológicas e comportamentais (Diogo, et al., 2016). As crianças são vulneráveis à hospitalização e à doença porque existe uma mudança do estado de saúde habitual e da rotina, mas também têm uma capacidade de gestão do stress diminuída, ou seja, têm um número limitado de mecanismos de defesa para lidar com o stress. As suas reações a estas crises são influenciadas pela idade do desenvolvimento, a sua experiência anterior (com a doença, separação e/ou hospitalização), os seus mecanismos de defesa, a gravidade do diagnóstico e o seu sistema de apoio (Sanders, 2014). Assim, e de forma a ultrapassar estas dificuldades/ barreiras, a equipa de enfermagem, inserida numa equipa multidisciplinar, deve preparar

a criança e a família para a hospitalização e cirurgia, para proporcionarem subsídios para lidar com a situação desconhecida (OE,2013). Qualquer enfermeiro que trabalhe numa pediatria deve ter conhecimento e respeitar a “Carta da Criança Hospitalizada” e o ponto 4 vai exatamente ao que foi referido anteriormente: *“As crianças e os pais têm o direito de receber uma informação sobre a doença e os tratamentos, adequados à idade e à compreensão a fim de poderem participar nas decisões que lhes dizem respeito.”* (SPP, 2020). O enfermeiro dentro da equipa multidisciplinar é um dos parceiros no cuidado, que deve integrar as preferências da família e criança, de forma a diminuir a tensão, minimizar os efeitos negativos e maximizando os benefícios da hospitalização, para planear adequadamente a alta, proporcionando conforto e apoio (Sanders, 2014).

Um dos medos mais sentidos pelas crianças é o medo da lesão corporal e da dor. O enfermeiro no cuidado à criança e família deve ter em conta as preocupações sobre a lesão corporal e as reações à dor, nos diferentes estádios de desenvolvimento (Sanderes, 2014). Por isso, quando o enfermeiro está na prestação de cuidados, especialmente num serviço de internamento pediátrico e cirurgia, apesar de a criança não verbalizar ou não manifestar ter dor, não quer dizer que não tenho medo da mesma. De acordo com Sanderes (2014), o medo, a ansiedade e a frustração são sentimentos comuns manifestados e sentidos pelos pais. Foram feitos diversos estudos que evidenciam que os cuidados de enfermagem devem ser centrados na família, avaliar continuamente a necessidade de informação e de segurança dos pais, para melhorar as suas estratégias de coping com o intuito de melhorar os resultados na criança.

Como já foi dito anteriormente, as crianças submetidas a cirurgia podem ter dor e se esta não for tratada pode haver repercussões a curto e a longo prazo ao nível fisiológico, psicossocial e comportamental (Jacob, 2014). Para além do tratamento farmacológico da dor também se pode recorrer a terapias complementares para alívio da dor e à gestão não farmacológica. Para melhor cuidar do cliente pediátrico no controlo da dor, o enfermeiro deve conhecer os fármacos analgésicos e os cuidados inerentes mas também promover, quando possível, uma complementaridade com as terapias não farmacológicas. Estas terapias/medidas não farmacológicas habitualmente são intervenções a nível

psicológico pois aumentam o sentimento de controlo da dor, promovendo uma maior autonomia da criança e família. Contudo, a sua seleção deve ter em conta o desenvolvimento cognitivo, as preferências e também o contexto e a situação em que a criança se encontra (OE, 2013).

Já o Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias Não Farmacológicas no controlo da dor na criança (OE, 2013), refere que para melhor eficácia do alívio da dor deve-se usar as intervenções não farmacológicas de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas. O recurso a este tipo de estratégia é de grande importância nas situações dolorosas. Penso que durante o ensino clínico, a equipa de enfermagem poderia ter recorrido mais vezes às estratégias não farmacológicas nos procedimentos dolorosos, como por exemplo: recorrer ao uso de sacarose num recém-nascido para a punção periférica (na colheita de sangue, na colocação de via periférica), aplicação de anestésico tópico em crianças quando tem colheitas de sangue programadas ou colocação de veia periférica, entre outros. Apesar de a equipa de enfermagem ser nova e sobrecarregada de trabalho, ao cuidar da criança e sua família, a qualidade da prestação de cuidados deve ser mantida e uma das estratégias que a equipa poderia adotar, seria haver formação contínua sobre as estratégias não farmacológicas a adotar e com exemplos mais práticos. Aqui, o enfermeiro especialista deve ter um papel muito importante e dinamizador porque, duas das competências comuns são o “B — Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade (...) D — Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (DR, 2019) e como competência específica do EEESIP “2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” mais concretamente “E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.” (DR, 2018).

Num serviço de internamento de pediatria, e especialmente um serviço de cirurgia, a grande maioria das crianças internadas foram submetidas a cirurgia ou sofreram traumatismos (de diferentes níveis) e em qualquer uma das situações existem lesões da pele com necessidade de fazer tratamento com pensos. A ferida é frequentemente associada a um evento negativo, pois habitualmente está associada a um evento traumático, como por exemplo uma mordida de um cão, um acidente ou até mesmo uma cirurgia. A dor processual em simultâneo com o tratamento de feridas habitualmente provoca ansiedade e

angústia significativas nas crianças. As crianças, quando são submetidas ao tratamento de feridas que provocam dor, associam mais aos enfermeiros ou ao sistema de saúde do que ao próprio trauma (Nilsson et al., 2011). Por isso, a experiência da criança quando submetida a tratamento de feridas deve ser o mais positiva possível, sem dor ou com a mínima dor possível. Segundo Nilsson et al. (2011), as memórias das crianças no último tratamento influenciam os futuros tratamentos, ou seja, o desenvolvimento de uma memória da dor influencia a capacidade das crianças de ultrapassar os tratamentos. Assim, quando se avalia a eficiência e eficácia de um tratamento de feridas não basta cumprir uma prescrição ou realizar com a técnica correta, mas também proporcionar à criança conforto e dor controlável. Por isso, devem-se encontrar estratégias que ajudem a gerir e reduzir os efeitos negativos e que devem ser adaptadas ao desenvolvimento individual e à capacidade cognitiva de cada criança.

No tratamento de feridas deve haver uma abordagem holística (Briggs & Bou, 2002; Nilsson et al., 2011), responder às necessidades das crianças e receber o apoio dos seus pais, todos essenciais no controlo da dor. Também é importante seleccionar o penso mais atraumático possível, pois na sua remoção deve haver o mínimo de estímulo sensorial para a área sensibilizada da ferida. Pensos à base de silicone macio são recomendados para ajudar a minimizar a dor e o trauma da criança, no momento da sua remoção (Briggs & Bou, 2002). Para remover um penso deve-se ter em atenção as manipulações desnecessárias, evitar danos às estruturas que promovam a cicatrização bem como a pele circundante. No ensino clínico, observei que, os momentos de mudança de penso da criança, de fazer o tratamento à ferida, eram momentos de maior ansiedade para as crianças (e pais) pois associavam a momentos de dor/desconforto. Não falando novamente das estratégias farmacológicas e não farmacológicas, que podem e devem ser usados e aplicadas, o material de penso disponível na sua maioria, não era o mais confortável (pensos à base de silicone), especialmente na sua remoção, pois também não havia produtos que facilitassem a remoção dos adesivos. Contactada a sub-comissão técnica consultiva de pensos e dispositivos similares, confirmaram que aquisição do material de pensos tinha tido pouca consideração na pediatria porque, até há pouco tempo não havia contactos pela pediatria (como se não houvesse feridas

em pediatria) e também não foi feito um levantamento de necessidades nesta área. Contudo, nos últimos anos, vários serviços dentro do departamento da pediatria têm consultado e requerido ajuda a esta subcomissão, para tratamento de feridas mais complexas e que por isso estava a ser elaborada uma nova lista de material de penso, em que a pediatria já estava a ser contemplada em várias áreas.

Em suma, a enfermagem pediátrica tem como uns dos seus objetivos o controlo da dor, prestando cuidados individualizados, sempre que possível envolver as crianças (e os seus pais/cuidadores) na tomada de decisão, promovendo uma enfermagem holística tal como é defendido pela teoria do conforto (Kolcaba & DiMarco, 2005). Aplicar a teoria do conforto em pediatria, de acordo com Kolcaba e DiMarco (2005), para promover esta abordagem holística pode decorrer em quatro contextos que são: físico (as próprias sensações corporais, necessidades físicas), psicoespiritual (consciência interna do eu, confiança e motivação da criança/família), ambiental (ambiente externo; mobiliário confortável, poucos odores, segurança) e sociocultural (relações interpessoais, familiares e sociais, linguagem corporal positiva). O conforto é um termo complexo, implica uma abordagem holística e que também pode ser usado como reconfortante e consolador (Kolcaba & DiMarco, 2005). Kolcaba definiu conforto como um estado imediato através das necessidades humanas para o alívio, tranquilidade e transcendência em quatro contextos de experiência, como referidos anteriormente (Kolcaba & DiMarco, 2005). Para atingir a necessidade de alívio, as crianças devem ter as suas necessidades específicas atendidas e para obter a tranquilidade, elas precisam de um estado de descanso ou satisfação. A transcendência é obtida quando as crianças conseguem um estado em que podem ultrapassar os problemas e a dor. Contudo, continuam a haver poucos estudos com o foco nas experiências de atividades reconfortantes das crianças durante o tratamento de feridas (Nilsson et al., 2011).

CONCLUSÃO

Esta reflexão nasceu de uma necessidade sentida durante o percurso do ensino clínico de um internamento de pediatria. A avaliação da dor e os cuidados intervenientes, como já foi explorado, deve ser uma das essências do cuidar em pediatria. O EEESIP no seu exercício profissional deve prevenir as complicações de saúde e/ou doença da criança/jovem, promovendo a segurança e o bem-estar da criança e família, pois deve ter um *“rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem, que visem a mobilização de conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória”* (OE, 2017). O EEESIP tem a competência de fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança bem como a gestão das medidas farmacológicas (conhecimentos dos fármacos analgésicos existentes e disponíveis no mercado e suas especificidades de administração) e terapias não farmacológicas no controlo e alívio da dor (OE, 2013). O enfermeiro especialista, ao possuir este conhecimento, é que pode responder de forma mais eficiente à dor, tanto na componente fisiológica, como também nas crenças e valores das crianças e adolescentes, na forma como pensam e a vivem.

De acordo com as “Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças” (DGS, 2012), *“É necessário que os profissionais e os serviços reconheçam e saibam ultrapassar as principais barreiras ao efetivo controlo da dor: falta de preparação, desconhecimento das orientações nacionais e internacionais, ausência de protocolos locais e de políticas organizacionais que valorizem o controlo da dor como um padrão de qualidade de cuidados e serviços.”* (DGS, 2012, p.4).

Assim sendo um EEESIP deve ter conhecimento sobre as várias ferramentas de avaliação da dor, mas também das diretrizes sobre os tratamentos farmacológicos (como por exemplo, ter conhecimento das normas internadas da instituição que trabalha) e das medidas não farmacológicas (como por exemplo, conhecer as recomendações da Ordem dos Enfermeiros) para alcançar o alívio da dor. Também existem orientações sobre a avaliação da dor

em crianças pela Direção Geral de Saúde de que devemos estar ao corrente, bem como das suas respetivas atualizações.

No entanto, ainda há algum desconhecimento sobre a gestão e o controlo da dor simultaneamente com o tratamento das feridas. É preciso encontrar estratégias com as crianças e famílias para gerir as memórias negativas associadas ao tratamento de feridas (Nilsson, 2011). Também o conhecimento sobre o conforto e a enfermagem holística no controlo da dor necessita de exploração, como por exemplo, sobre como as diretrizes podem ser aplicadas no tratamento das feridas (Nilsson, et al, 2011; Kolcaba & DiMarco, 2005).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral-Bastos, M., & Sousa, C. (2014). Valorizar a dor na criança: uma reflexão voltada para a praxis. *Nascer e Crescer*, 23(4), 190–194. Acedido 1-3-2020. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v23n4/v23n4a03.pdf>
- Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, 9, 61-67.
- Briggs, M., & Bou, J.(2002). Pain at wound dressing changes: a guide to management. *The European Wound Management Association (EWMA)*. 12-17. Acedido 1-3-2020. Disponível em https://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA.org/Position_documents_2002-2008/position_doc2002_ENGLISH.pdf
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26-47. Acedido 1-12-2019. Disponível em http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Doc2_26_47.pdf
- Direção Geral de Saúde (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. *Circular normativa*, 9. Acedido 1-12-2019. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx~>
- Direção-Geral da Saúde. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimento invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). *Direção-Geral da Saúde*. 022/2012, 1–11. Acedido 1-3-2020. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>
http://criancaefamilia.spp.pt/media/101142/carta_crianca_hospitalizada_spp.pdf. Acedido em 1-3-2020.
- Jacob, E. (2014). Apreciação e Gestão da Dor na Criança. In Hockenberry, M., & Wilson, D. (Ed.), *WONG Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp.188-239). 9ªed. Loures, Portugal: Lusociência.

- Kolcaba, K., & DiMarco, M. (2005). Comfort Theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric nursing*, 31(3), 187-194. Acedido a 1-5-2019. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/7686145_Comfort_Theory_and_its_application_to_pediatric_nursing
- Nilsson, S., Hallqvist, C., Sidenvall, B., & Enska, K. (2011). Children's experiences of procedural pain management in conjunction with trauma wound dressings. *Journal of Advanced Nursing*, 67(7), 1449–1457. Doi: 10.1111/j.13652648.2010.05590.x
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Diminuir o medo da cirurgia. *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*, 2(3), 9-88. Acedido 1-12-2019. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Cader nosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_VolIII.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*, 1(6), 1-80. Acedido 1-12-2019. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodordocrianca.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem Dos Enfermeiros, 1–7. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento nº422/2018: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, 2ª Série, (Nº133 de 12-7-2018), 19192–19194. ELI: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento nº140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*,

2^a Série, (Nº26 de 6-2-2019), 4744–4750. ELI:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.

Peixoto, N., & Peixoto, T. Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(11), 121-132. Acedido 1-12-2019. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832016000400013&lng=pt&nrm=iso

Queirós, P. (2016). O conhecimento em enfermagem e a natureza dos seus saberes. *Escola Anna Nery*, 20(3). Acedido 1-12-2019. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160079.pdf>

Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In Hockenberry, M., & Wilson, D. (Ed.), *WONG Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp.1025-1060). 9^aed. Loures, Portugal: Lusociência.

Silva, J., & Garanhan, M. (2011). O significado do cuidado perioperatório para a criança cirúrgica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 13(2), 259-68. Acedido 1-12-2019. Disponível em <https://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a12.htm>

Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. (5^aed.). Loures: Lusociência.

APÊNDICE IX

**PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO NO SERVIÇO DE NEONATOLOGIA:
ESCALA DE OBSERVAÇÃO DO RISCO DE LESÃO DA PELE EM
NEONATOS, APLICAÇÃO DA NEONATAL SKIN RISK ASSESSMENT
SCALE (NSRAS)**

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
10º Curso de Mestrado em Enfermagem
na Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

Plano da Sessão de Formação – Serviço de Neonatologia

ESCALA DE OBSERVAÇÃO DO RISCO DE LESÃO DA PELE EM NEONATOS

Aplicação da Neonatal Skin Risk Assessment Scale (NSRAS)

Discente: Liliana do Rosário Abreu Pombeira, 4778

Enfermeira Orientadora: Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria Graça Roldão

Docente Orientador: Professora Doutora Maria Alice dos Santos Curado

Fevereiro

2020

ÍNDICE

Página

0. INTRODUÇÃO	3
1. JUSTIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	4
2. PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	5
3. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO	7
4. CONCLUSÃO	9
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	10

APÊNDICES

Apêndice 1 – Registo da avaliação da Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos

Apêndice 2 – Apresentação Powerpoint da Sessão de Formação

Apêndice 3 - Avaliação da sessão de formação

ÍNDICE DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1 - Planeamento da sessão de formação

Gráfico 1- Ação de formação em geral

Gráfico 2 – Conteúdo da ação de formação

Gráfico 3 - Formador

0. INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório e no decorrer do ensino clínico de Neonatologia foi feita a formação sobre a Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele do Neonato, mais concretamente a aplicação da Neonatal Skin Risk Assessment Scale (NSRAS). A elaboração deste documento vai ao encontro da pertinência desta formação, justificando a mesma, apresentação do seu planeamento, a sua operacionalização e posteriormente a sua avaliação.

O avanço tecnológico permitiu uma maior sobrevivência dos recém-nascidos permitindo uma redução da taxa de mortalidade e morbilidade (Araújo & Reis, 2012). No entanto, sabemos que também acarretou outros desafios como, por exemplo, a promoção e manutenção da integridade da pele. A pele é um dos órgãos mais importantes no nascimento por ter a responsabilidade das seguintes funções: proteção de barreira contra a perda de água e controlo da absorção de substâncias (incluindo a luz); termorregulação; formação de camada ácida e controlo da infeção; regulação hidroeletrólítica; função sensorial tátil (AWHONN, 2018).

A pele é um dos órgãos que mais manipulamos e que mais sofre diversas técnicas invasivas e dolorosas como, por exemplo, colocação/ remoção de elétrodos e sensores; punções desde uma gasimetria à colocação de catéteres; fixação de sondas endotraqueais e gástricas; colocação e remoção de adesivos (Kenner & Lott, 2014).

Torna-se imperativo o uso de um instrumento que avalie o risco de lesão da pele, adequado às características desta população tão especial de modo a que forneça dados para a avaliação, que conferem objetividade aos planos de prevenção e tratamento, otimizando os recursos a medidas preventivas e que permitem mensurar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Martins & Curado, 2017).

Este trabalho está estruturado em 5 capítulos: no primeiro capítulo é apresentado a pertinência desta sessão de formação; no segundo capítulo é colocado o plano de sessão onde está os objetivos e o planeamento da sessão; no terceiro capítulo é apresentado os resultados da avaliação da sessão; no quarto capítulo é a conclusão que descreve como decorreu a sessão fazendo uma avaliação de toda a sessão formativa; e por último as referências bibliográficas.

1. JUSTIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Num recém-nascido (RN) prematuro a pele representa 13% do peso corporal, em comparação com 3% em adultos. As sensações de toque, pressão, temperatura e dor são recebidas por milhões de terminações nervosas. A pele é um veículo no estabelecimento precoce da relação mãe-filho em que a qualidade do toque é responsável pelas respostas posteriores do RN ao ambiente (Lund & Kuller, Integumentary System, 2014).

As estruturas imaturas da pele dos RN's prematuros são muito diferentes das da pele do RN's de termo. O RN prematuro tem uma barreira subdesenvolvida da pele, que o põe em risco de perda elevada de água, de desequilíbrio hidroeletrólítico, de instabilidade térmica, de permeabilidade aumentada, de lesão da pele, atraso na maturação da barreira e a infeção. Kenner e Lott (2014) também referem que a morbilidade e mortalidade podem ser atribuídas a práticas que causam trauma à pele ou alterações na função normal da pele.

Segundo os autores Turner & Demniak (2019) referem que a alteração da integridade cutânea desta população causa dor física para a criança, angústia mental para os pais e aumento do custo para as instituições de saúde.

Quando o profissional de saúde conhece os fatores de risco da lesão da pele e que utilize um instrumento específico e validado para a deteção do risco, melhor é a sua avaliação e julgamento clínico, pois pode promover medidas preventivas que promovam a integridade cutânea (Martins & Curado, 2017). Estas mesmas autoras validaram um instrumento de avaliação do risco da lesão da pele do neonato para a população neonatal portuguesa, sendo atualmente a única escala validada, a Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele do Neonato - *Neonatal Skin Risk Assessment Scale* (NSRAS).

Em conjunto com a minha enfermeira orientadora pensamos nesta formação por ser bastante pertinente, pois nesta unidade de cuidados intensivos neonatais de nível 3 não é usado qualquer instrumento que avalie o risco da lesão da pele do recém-nascido. Um dos maiores constrangimentos para a aplicação do mesmo, para além de não haver formação da equipa, é o facto de não haver a informatização do processo de enfermagem e por isso a necessidade de também criar um documento de registo de avaliação desta escala (Apêndice 1).

2. PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: ESCALA DE OBSERVAÇÃO DO RISCO DE LESÃO DA PELE EM NEONATOS - Aplicação da Neonatal Skin Risk Assessment Scale (NSRAS)

Destinatários/População Alvo: Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Data: 3 de fevereiro de 2020 **Horário da sessão:** 16:00 às 16:30 horas

Local: Sala de Reuniões do Departamento da Pediatria

Formador: Liliana Abreu, estudante do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Enfermeira Orientadora: Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria Graça Roldão

Professora Orientadora: Professora Doutora Maria Alice dos Santos Curado

Objetivo geral: Apresentar a escala de observação do risco de lesão da pele em neonatos na UCIN

Objetivos específicos:

- Compreender a importância da utilização desta escala nos cuidados ao recém-nascido internado na UCIN
- Saber como aplicar a escala de observação do risco de lesão da pele em neonatos

Método Pedagógico: expositivo e interativo, com discussão orientada (ver Apêndice 2)

	Conteúdo	Metodologia	Recursos Materiais	Duração Temporal (m)
Introdução	Apresentação da Preletora; Contextualização da temática, - Apresentação do Sumário; - Apresentação dos objetivos da formação.	Expositivo e interativo	-Computador, -Projektor, - Ecrãs digitais de apresentação dos conteúdos	5 min
Desenvolvimento	Conceito: lesões da pele no recém-nascido e risco associado; Apresentação da Escala de observação do risco de lesão da pele em neonatos; Apresentação da folha de registo da Escala de observação do risco de lesão da pele em neonatos.	Expositivo e interativo, com discussão orientada		15 min
Conclusão	Resumo da sessão Esclarecimento de dúvidas Registo de sugestões	Expositivo e interativo, com discussão orientada		5 min
Avaliação	Preenchimento da folha da avaliação da sessão			5 min

Tabela 1 - Planeamento da sessão de formação

3. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO DE FORMAÇÃO

Depois da conclusão da sessão de formação foi entregue às enfermeiras participantes da formação um documento de avaliação da ação de formação. A escala utilizada foi a seguinte:

Muito baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito elevado	Não Aplicável
1	2	3	4	5	N/A

As dimensões a avaliar foram: Gráfico 1 - Ação de formação em geral; Gráfico 2 - Conteúdo da ação de formação e o Gráfico 3 - Formador.

A equipa de enfermagem atualmente no ativo é composta por 43 enfermeiros e participaram na formação 11 enfermeiros (25,5% da equipa de enfermagem).

Como se pode observar no primeiro gráfico, dos participantes na formação, a maioria considerou a ação de formação bastante relevante para a prestação de cuidados ao recém-nascido.

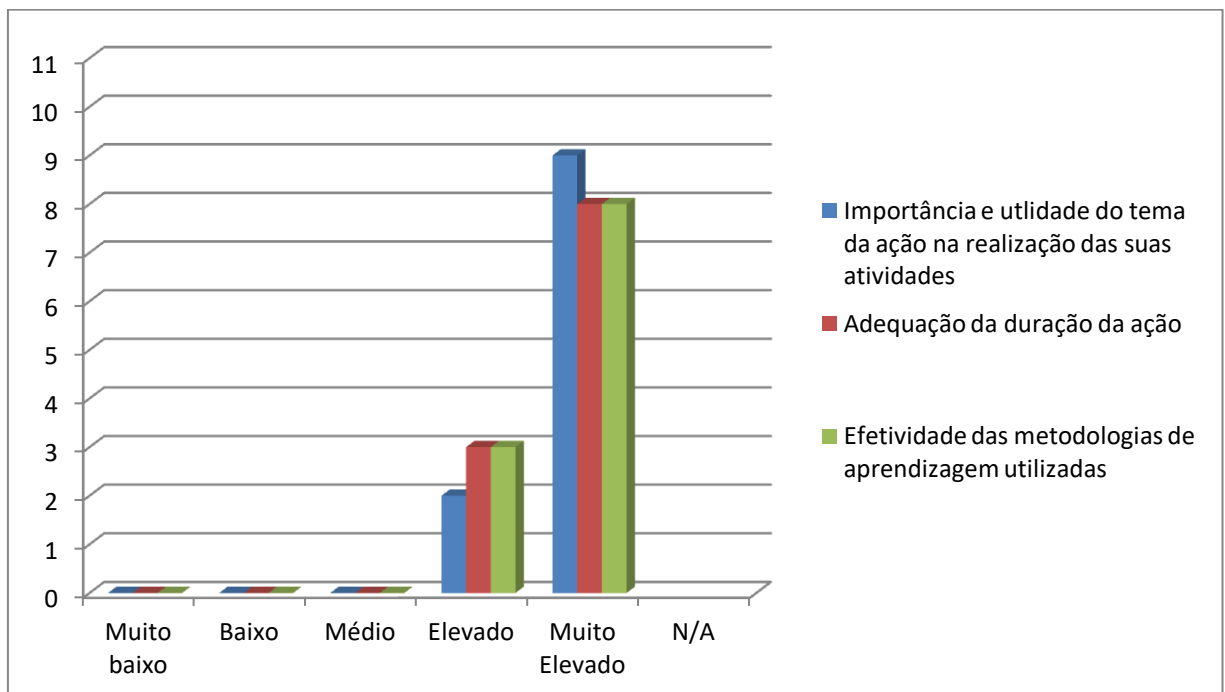


Gráfico 1 Ação de formação em geral

No segundo gráfico, a maioria dos formandos dividiu-se na classificação do conteúdo entre elevado e muito elevado. Na formação foi distribuída a nova folha de registo da avaliação da escala NSRAS, permitindo uma discussão orientada para melhoria da mesma. A equipa considerou a mesma relevante.

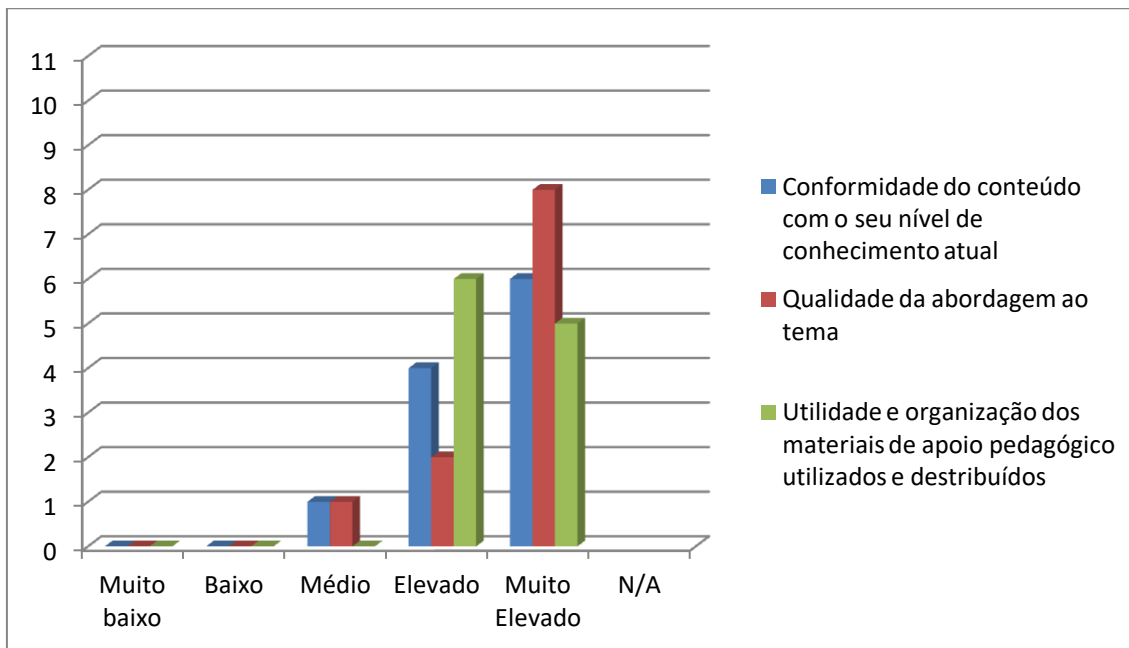


Gráfico 2 Conteúdo da ação de formação

Por último, os formandos consideraram que a exposição foi clara e precisa no conteúdo, mas que podia ter demonstrado um melhor domínio no tema.

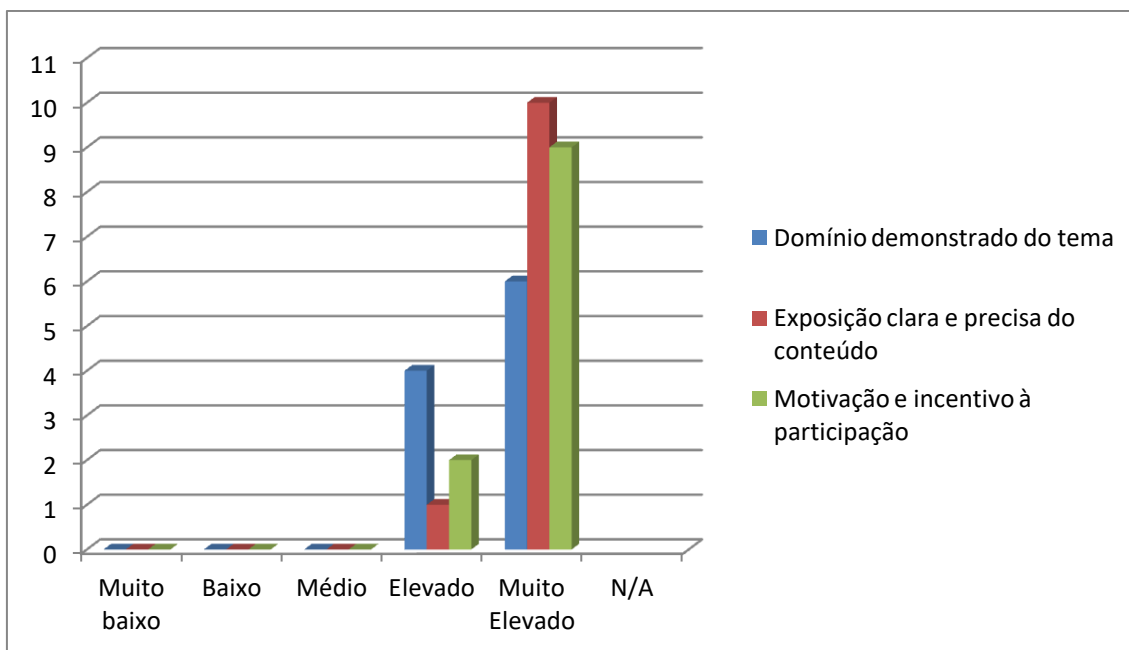


Gráfico 3 Formador

4. CONCLUSÃO

Há muito tempo que a equipa de enfermagem sentira a necessidade desta sessão de formação, mas houve alguns contrangimentos que não permitiram que fosse realizada. A alteração da própria dinâmica da equipa nestes últimos anos, pouca formação dentro desta área bem como a não informatização do processo de enfermagem, foram encarados como obstáculos.

Este meu ensino clínico, para além da orientação da enfermeira orientadora, permitiu que esta lacuna ainda existente na nossa prestação de cuidados de enfermagem fosse ultrapassada com esta sessão de formação. A participação da professora orientadora que é uma das co-autoras desta escala representou uma mais-valia, pois pode esclarecer alguns meandros da investigação que só podem ser esclarecidos por quem a vivenciou.

Por outro lado, ter presente sensivelmente $\frac{1}{4}$ da equipa de enfermagem revelou que este é um tema importante para a equipa e necessário para melhorar a prestação de cuidados destes seres tão especiais como são os recém-nascidos internados numa UCIN.

Penso que os objetivos propostos foram alcançados e prevê-se a sua continuidade.

A partilha de conhecimentos baseados na evidência científica é uma das competências do Enfermeiro Especialista que *“colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.”* (Diário da República, 2019).

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, L. d., & Reis, A. T. (2012). *Enfermagem na Prática Materno-Neonatal*. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.
- AWHONN. (2018). *Neonatal Skin Care* (4th ed). Washington, USA: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses.
- Diário da República Nº26 (2019). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. 4744-4750. ELI: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Lund, C., & Kuller, J. (2014). Integumentary System. In Kenner, C., & Lott, J. (Ed.), *Comprehensive Neonatal Nursing Care* (pp. 299-333). New York, USA: Springer Publishing Company.
- Martins, C. O-A., & Curado, M. A. S. (2017). Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos: validação estatística com recém-nascido. *Revista de Enfermagem Referência*. IV (13), 43-52.
- Turner, Jennifer Lynn & Demniak, Cindy (2019). Low Air Loss Support Surface Selection in the Neonatal and Pediatric Population. *WOUNDS*. Acedido em <https://www.woundsresearch.com/poster/low-air-loss-support-surface-selection-neonatal-and-pediatric-population>

APÊNDICES

Apêndice 1 – Registo da avaliação da Escala de Observação do Risco de Lesão da
Pele em Neonatos

Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos

Neonatal Skin Risk Assessment Scale (NSRAS)

Mês/ Ano: _____

Pontuação da avaliação da escala NSRAS

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

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

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

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

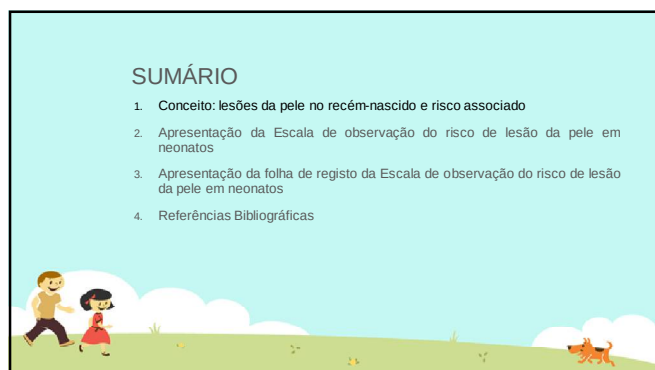
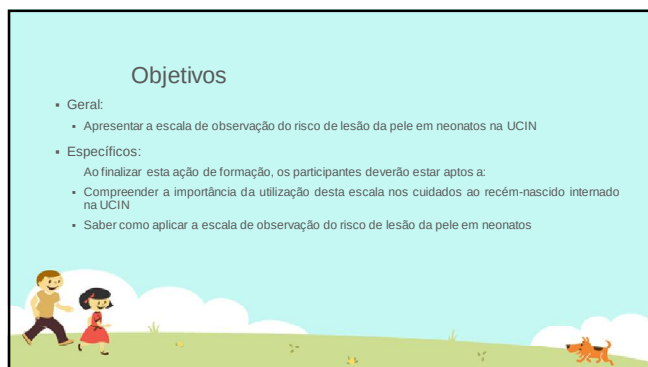
- **Risco alto:** se pontuação ≥ 15
- **Risco baixo:** se pontuação <15

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

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



Apêndice 2 – Apresentação Powerpoint da Sessão de Formação



1. Lesões da Pele no Recém-Nascido

- A pele é um dos órgãos mais importantes no nascimento por ter a responsabilidade das seguintes funções: proteção de barreira contra a perda de água e controlo da absorção de substâncias (incluindo a luz); termorregulação; formação de camada ácida e controlo da infeção; regulação hidroeletrólítica; função sensorial tátil.

(AMHONN, 2018)

- Num RN prematuro a pele representa 13% do peso corporal, em comparação com 3% em adultos. As sensações de toque, pressão, temperatura e dor são recebidas por milhões de terminações nervosas. A pele é um veículo no estabelecimento precoce da relação mãe-filho em que a qualidade do toque é responsável pelas respostas posteriores do RN ao ambiente.

(Lund & Küller, Integumentary System, 2014)



1. Lesões da Pele no Recém-Nascido

- Nos últimos anos, com os avanços científicos e a evolução dos diversos recursos técnicos, tem-se verificado uma **redução considerável na morbilidade e mortalidade dos recém-nascidos de risco.**

(Araújo & Reis, 2012)

- O recém-nascido internado numa unidade de Neonatologia é **sujeito a vários procedimentos** como: colocação de eletrodos cardio-respiratórios e/ou cerebral; sensor de saturação; tubo endo-traqueal; sonda gástrica; cateteres, entre outros; mas também está sujeito à remoção de adesivos, de punções venosas e gasimetrias, **que podem provocar lesões da pele.**

(Kermer & Lotz, 2014)



1. Lesões da Pele no Recém-Nascido

- As potenciais causas de lesões da pele:

- Mecânicas (remoção do adesivo, UPP)
- Térmicas (sensor de temperatura, saturómetro)
- Químicas (dermatite da fralda, extravasamento)
- Congénitas (epidermólise bulhosa)
- Infeção

- Compromisso vascular (hemangiomas, tromboembolismo)

(AMHONN, 2018)



2. Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos

NSRAS - Neonatal Skin Risk Assessment Scale



2. Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos

- A utilização de instrumentos preditivos do risco, adequados às características de populações específicas (neonatal), fornecem dados para a avaliação, conferem objetividade aos planos de prevenção e tratamento, otimizam o recurso a medidas preventivas e permitem mensurar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

(Martins & Curado, 2017)

- 2014 – Validação da Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos para a população portuguesa

(Martins & Curado, 2017)

2. Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos

- A NSRAS é constituída por seis itens: **condição física geral (idade gestacional), estado mental, mobilidade, atividade, nutrição e humidade**, cada um deles com um formato de medida ordinal com quatro pontos (1 a 4). Os **scores dos itens variam entre 6 e 24 pontos**, sendo o score mais baixo representativo de baixo risco de lesão da pele e o **score mais alto representativo de risco elevado de lesão da pele**.

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

- Risco alto:** se pontuação ≥ 15

- Risco baixo:** se pontuação < 15

(Martins & Curado, 2017)

2. Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos

- O risco de úlcera de pressão no neonato avalia-se a doentes desde o nascimento até aos 28 dias de vida:
 - Deve ter o seu início **nas primeiras 6h após a admissão**;
 - No internamento hospitalar os recém-nascidos que estejam internados em **cuidados intermédios, avaliação de 48/ 48 horas**
 - No internamento hospitalar os recém-nascidos que estejam internados em **cuidados intensivos, avaliação de 24/ 24 horas**

(Martins & Curado, 2017)

2. Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos

Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos					Atividade	Nutrição	Humidade
1	2	3	4	5			
Cond. física geral	Cond. física geral >28 semanas	Cond. física geral >28 semanas	Cond. física geral >28 semanas	Cond. física geral >28 semanas	Cond. física geral >28 semanas	Cond. física geral >28 semanas	Cond. física geral >28 semanas
Estado mental	Consciência intacta	Consciência intacta	Consciência intacta	Consciência intacta	Consciência intacta	Consciência intacta	Consciência intacta
Mobilidade	Mobilidade	Mobilidade	Mobilidade	Mobilidade	Mobilidade	Mobilidade	Mobilidade

2. Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos

Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos

Pontuação	4	3	2	1
Condição física geral	Recém-nascido > 32 semanas	Recém-nascido > 32 semanas, mas < 33 semanas	Recém-nascido > 33 semanas, mas < 34 semanas	Recém-nascido > 34 semanas
Estado mental	Completamente limitado. Não responde a estímulos dolorosos, devê-lo a redução do nível de consciência ou redução ou de desorientamento motor separado para a idade gestacional (decoretence, agita ou gema, aumento da pressão arterial ou da frequência cardíaca).	Muito limitado. Responde apenas a estímulos dolorosos (estímulo, agita ou gema, aumento da pressão arterial e frequência cardíaca).	Ligeiramente limitado. Látex ou Apito.	Nenhuma limitação. Desperta e Alvo.

- O item **Condição física geral** caracteriza o recém-nascido de acordo com a idade gestacional. Quanto mais prematuro for a criança maior é a pontuação, reforçando o facto da imaturidade cutânea ser um fator de risco ao aparecimento de lesões.
- O item **Estado mental** pontua a forma como o recém-nascido responde aos estímulos dolorosos e ao desconforto, varia desde a incapacidade de resposta (no caso de sedação ou alguma disfunção sensorial que limite a capacidade de sentir e expressar a dor: 4 pontos) até a percepção sensorial normal (1 ponto).

(Martins & Curado, 2017)

2. Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos

	Completamente imóvel. Não faz qualquer alteração (ignora a posição do corpo ou das extremidades sem ajuda com ou sem sedação).	Muito limitada. Capac de fazer ligeiras alterações ocasionais do corpo ou das extremidades, mas incapaz de fazer alterações frequentes de forma independente.	Ligeiramente limitada. Capac de fazer alterações frequentes, embora ligadas, de posição do corpo ou extremidades de forma independente.	Nenhuma limitação. Capac de fazer alterações frequentes e significativas de posição sem ajuda (por exemplo, virar a cabeça).
Mobilidade				
	Completamente limitado. Incubadora. Está confinado à incubadora e não consegue sair dela.	Limitado à incubadora. Está confinado à incubadora e não consegue sair dela.	Ligeiramente limitado. Numa incubadora, mas pode ir ao colo, canguru, etc.	Nenhuma limitação. Num berço aberto.
Atividade				

- O item **Mobilidade** avalia a capacidade do recém-nascido alternar a posição do corpo, a sua pontuação pode variar consoante o tipo de alterações, desde nenhuma alteração até alterações frequentes e significativas de posição sem ajuda. **Facilita o alívio de pressão nas regiões de proeminências ósseas.**

- O item **Atividade** avalia o grau de ação ou trabalho físico da criança, ou seja, se esta permanece restrita à incubadora ou alterna períodos no leito com períodos ao colo/canguru, facilitando o alívio de pressão nas regiões de proeminências ósseas.

(Martins & Curado, 2017)

2. Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos

Nutrição	Muito pobre. Não recebe fluidos endovenosos exclusivos).	Inadequada. Não recebe a quantidade ideal de dieta líquida para as necessidades (fórmula / leite materno) tendo de ser suplementada com fluidos endovenosos.	Adequada. Alimentação por sonda gástrica que permite satisfazer as necessidades nutricionais para o crescimento.	Excelente. Evidência de alimentação em todas as refeições que satisfazem as necessidades nutricionais para o crescimento.
----------	--	--	--	---

- O item **Nutrição** considera-se sem risco o recém-nascido com a aquisição plena das competências orais, que se alimenta exclusivamente por tetina, e o recém-nascido com risco elevado, aquele cuja satisfação das necessidades nutricionais é feita por via parentérica. O uso de dispositivos médicos associados aumenta o risco de lesões.

(Martins & Curado, 2017)

2. Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos

Humidade	Consistentemente húmida. A pele está húmida sempre que a criança é manipulada ou posicionada.	Húmida. A pele está frequentemente húmida. Os lençóis têm que ser trocados pelo menos uma vez de 8 a 16 horas, devido a frequentes defecções semiquitar e/ou vômitos, bolados.	Ocasionalmente húmida. A pele está ocasionalmente húmida. Requer uma troca de lençóis entre uma vez por dia, devido a algumas defecções ou vômitos, bolados.	Parcialmente húmida. A pele está parcialmente seca, os lençóis apenas requerem ser mudados a cada 24 horas.
----------	---	--	--	---

- A avaliação do item **Humidade** pontua a exposição da pele à transpiração, à urina e outros fluidos que permaneçam em relação inconveniente com a pele, é medida pela quantidade de vezes em que são trocados os lençóis e as fraldas. **A maceração e a lesão, causadas pela humidade excessiva, destroem a barreira natural da epiderme, pelo que a incontinência urinária e fecal são potenciadores do risco de aparecimento de lesões.**

(Martins & Curado, 2017)

3. Folha de registro da Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos

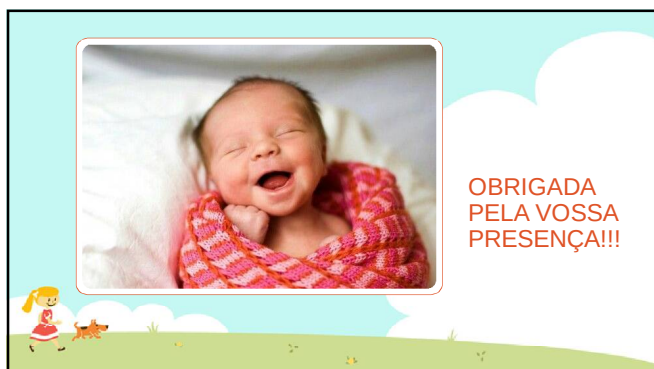
3. Folha de registro da Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos

The image shows two versions of a registration form for the Neonatal Skin Lesion Risk Observation Scale. The left form is a simplified grid with columns for patient information (Name, Room, Date, Time) and a grid for recording observations (0-4 scale) for various risk factors. The right form is a more detailed version with multiple columns for patient information, assessment criteria, and a final score.

4. Referências Bibliográficas

4. Referências Bibliográficas

- Araújo, L. d., & Reis, A. T. (2012). *Enfermagem na Prática Materno-Neonatal*. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.
- AWHONN. (2018). *Neonatal Skin Care* (4th ed). Washington, USA: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses.
- Lund, C., & Kuller, J. (2014). Integumentary System. In Kenner, C., & Lott, J. (Ed.), *Comprehensive Neonatal Nursing Care* (pp. 299-333). New York, USA: Springer Publishing Company.
- Martins, C. O-A., & Curado, M. A. S. (2017). Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos: validação estatística com recém-nascido. *Revista de Enfermagem Referência*. IV (13), 43-52.



Conceito da Preparação do Leito da Ferida – TIME

T Gestão do Tecido Não-Viável	I Controlo da Inflamação e da Infecção	M Controlo do Exsudado	E Estimulação dos Bordos Epiteliais
	Mel  (+ exsudado)	Alginato de Cálcio 	Protetor cutâneo 
Enzima alginogel  	Ácidos Gordos Esterificados 	Poliuretano/ Hidropolímero   (-exsudado) (+exsudado)	Ácidos gordos hiperoxigenados 
Hidrogel  	Octenidina 	Penso fino de silicone  Hidrofibras 	

Elaborado por: Liliana Abreu, aluna do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil

Apêndice 3 - Avaliação da sessão de formação

AVALIAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Por favor, assinale com um X a resposta que considera mais adequada de acordo com a seguinte escala:

Muito baixo	Baixo	Médio	Elevado	Muito elevado	Não Aplicável
1	2	3	4	5	N/A

1. Ação de formação em geral

a. Importância e utilidade do tema da ação na realização das suas actividades

b. Adequação da duração da acção

c. Efetividade das metodologias de aprendizagem utilizadas

1	2	3	4	5	N/A

2. Conteúdo da ação de formação

a. Conformidade do conteúdo com o seu nível de conhecimento atual

b. Qualidade da abordagem ao tema

d. Utilidade e organização dos materiais de apoio pedagógico utilizados e distribuídos

1	2	3	4	5	N/A

3. Formador

a. Domínio demonstrado do tema

b. Exposição clara e precisa do conteúdo

c. Motivação e incentivo à participação

1	2	3	4	5	N/A

Obrigado!

APÊNDICE X

OS INDICADORES DE AVALIAÇÃO DA EVOLUÇÃO DA FERIDA CIRÚRGICA NUM RECÉM-NASCIDO INTERNADO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS: REVISÃO SCOPING

Os indicadores de avaliação da evolução da ferida cirúrgica num recém-nascido internado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: Revisão *scoping*

The indicators for assessing the evolution in a newborn with surgical wound admitted to the Neonatal Intensive Care Unit: Scoping review

Liliana Abreu| Enfermeira – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Hospital Santa Maria EPE – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais liliana.abreu@campus.esel.pt
Maria Alice Curado| Professora Doutora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa acurado@esel.pt

RESUMO

Objetivo: Identificar e mapear na literatura científica os indicadores de avaliação da evolução da ferida cirúrgica num recém-nascido internado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

Base de Dados: As pesquisas foram efetuadas em dez bases eletrónicas, usando os termos em combinação ou individualmente: (wound infection OR Surgical Wound Dehiscence OR Surgical Wound Infection OR Surgery Wound) AND (Infant, Newborn OR Infant, Premature) AND (Intensive Care Units, Neonatal).

Seleção da Pesquisa: Foram considerados todos os estudos primários de investigação, quantitativos e qualitativos e revisões sistemáticas da literatura, nos últimos quinze anos. Considera-se ainda a literatura cinzenta nesta área, que avalia os indicadores de avaliação da evolução da ferida cirúrgica num recém-nascido internado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e ainda os fatores de risco associados à infeção do local cirúrgico.

Extração dos Dados: Foram analisados 15 artigos após a exclusão daqueles que não cumprem os critérios mencionados.

Síntese dos Dados: Os indicadores de avaliação da evolução da ferida foram: a classificação da ferida cirúrgica (Limpa, Limpa-contaminada, Contaminada, Suja ou Infetada ou classificação TIME); caracterização da ferida (tamanho, forma e profundidade) e o registo fotográfico. Os fatores de risco associados à infeção do local cirúrgico com maior representatividade foram: prematuridade, baixo peso ao nascer, cirurgia abdominal, tempo cirúrgico superior a uma hora, internamento hospitalar aumentado e internamento pré-operatório superior a quatro dias.

Conclusão: A informação sobre esta temática ainda é escassa. Para a população neonatal ainda não existem ferramentas, normas ou diretrizes a seguir, recorrendo ao que está estudado e publicado para a população adulta. Esta dificuldade poderia ser ultrapassada com investigação primária acerca deste assunto.

Palavras-chave: Recém-nascido, Ferida cirúrgica, Avaliação, Fatores de Risco, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Keywords: Newborn, Wound Surgery, Evaluation, Risk Factors, Neonatal Intensive Care Unit

BACKGROUND

As Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) são locais com tecnologia altamente sofisticada que dão assistência a recém-nascidos (RN) de alto risco, que apresentam uma maior mortalidade e morbidade - além da sua idade gestacional ou peso ao nascer – o que está relacionado com acontecimentos que poderão ser associados ao nascimento e/ou à adaptação à vida extrauterina (Hockenberry & Wilson, 2013).

A evolução científica e dos recursos, o ambiente tecnológico e altamente sofisticado permitiu uma redução considerável na morbidade e mortalidade dos RN (Araújo & Reis, 2012), fomentando novos desafios.

O sistema neurológico fetal desenvolve-se no último trimestre da gravidez e para garantir a sobrevivência destes prematuros existe uma estimulação excessiva e inesperada do ambiente, mas também na própria prestação de cuidados, que é potencialmente prejudicial para a organização e desenvolvimento do cérebro frágil e imaturo do RN (Butler & Als, 2008).

Com estas premissas, Altimier & Phillips (2016) desenvolveram um modelo de cuidados que diminui os efeitos negativos do ambiente extrauterino, o Modelo de Cuidados Centrados no Desenvolvimento Neonatal, que assenta em sete medidas nucleares neuroprotetoras como estratégias para suportar conexões neuronais ideais, promover o desenvolvimento neurológico, físico e emocional normal e prevenir deficiências. Destas sete medidas, destaca-se a proteção da pele, um dos novos dilemas/desafios para a equipa de enfermagem. Por exemplo, os RN internados numa UCIN estão sujeitos a diversos dispositivos de monitorização, equipamento de suporte de vida, acessos arteriais/ venosos entre outros, uso e remoção de adesivos que causam trauma na epiderme, utilização de soluções desinfetantes na pele que podem ser absorvidos resultando em toxicidade e efeitos colaterais (lesão da pele como o aparecimento de flictena e descamação) (Lund, Kuller, Lane, Lott, Raines, & Thomas, 2001; Altimier & Phillips, 2016).

A pele é um dos órgãos mais importantes no nascimento. Tem a responsabilidade de assegurar as funções de proteção de barreira contra a perda de água e controlo da absorção de substâncias (incluindo a luz); termorregulação; formação de camada ácida e controlo da infeção; regulação hidroeletrolítica e função sensorial tátil

(AWHONN, 2018). Num RN prematuro a pele representa 13% do peso corporal, em comparação com 3% em adultos. As sensações de toque, pressão, temperatura e dor são recebidas por milhões de terminações nervosas. É um veículo no estabelecimento precoce da relação mãe-filho em que a qualidade do toque é responsável pelas respostas posteriores do RN ao ambiente (Lund & Kuller, 2014).

As estruturas imaturas da pele dos RN prematuros são muito diferentes das da pele do RN de termo. O RN prematuro tem uma barreira subdesenvolvida da pele que o põe em risco devido a: perda elevada de água, desequilíbrio hidroeletrolítico, instabilidade térmica, permeabilidade aumentada lesão da pele, atraso na maturação da barreira e infecção. Kenner e Lott (2014) referem que a morbidade e mortalidade podem ser atribuídas a práticas que causam trauma à pele ou alterações na função normal da pele.

A pele cumpre uma tarefa de importância vital, particularmente na área da enfermagem neonatal. Os cuidados à pele do RN internado numa UCIN devem ter atenção às diferentes estruturas da pele subdesenvolvidas promovendo a sua integridade e função (Lund, Kuller, Lane, Lott, Raines, & Thomas, 2001).

A cirurgia neonatal é o campo mais especializado e sofisticado da cirurgia pediátrica e, como a ciência da neonatologia, é recente. As primeiras cirurgias neonatais foram descritas só na segunda metade do séc. XX (Taguchi, 2008) e apresentam várias facetas que interferem nos cuidados. Provoca dor e stress significativo no RN e na sua família, o que exige práticas informadas e baseadas em evidências para que as famílias estejam preparadas para entender e tomar decisões aquando do procedimento cirúrgico, mas também no pós-operatório (Hockenberry & Wilson, 2014). Os mesmos autores referem que o enfermeiro é o profissional que deve assegurar *“aos pais que as necessidades dos bebés relacionadas com a gestão da dor no período pós-operatório serão avaliadas e tratadas”*.

O internamento prolongado numa UCIN potencia um elevado risco de infeção hospitalar e o aumento da sua gravidade. Os RN (devido ao seu sistema imunológico imaturo) têm maior suscetibilidade de desenvolver infeções, daí a importância da prevenção. A infeção da ferida cirúrgica é uma causa importante na morbidade e mortalidade na UCIN, o que é corroborado pelos dados estatísticos

que mostram que 27- 61% das feridas cirúrgicas neonatais podem ser infetadas (Ibieta et al., 2015).

Estas feridas devem ser avaliadas frequentemente despistando sinais de infeção (rubor, edema, presença de exsudado e as suas características) e documentando as mesmas, via registos de enfermagem (Irving, et al., 2006). A observação destas características, a avaliação da condição geral do RN e a experiência dos profissionais de saúde são fatores determinantes para uma decisão terapêutica adequada e eficaz (Sousa & Santos, 2007). Contudo, existe uma grande dificuldade em cuidar do RN com ferida cirúrgica. Este facto surge sobretudo pela não existência de protocolos/normas de intervenção e apreciação da mesma e porque os profissionais ainda têm dificuldade em saber qual o material mais adequado ao tratamento, sobretudo em situações de maior complexidade. Acresce a estes aspetos, a pouca existência de investigação na área e concomitantemente, baixa publicação de artigos de qualidade e ainda problemas e complicações cirúrgicas (sobretudo infeção) associados às taxas de internamento destas crianças nas UCIN. A infeção do local cirúrgico (ILC) é a complicação mais frequente no pós-operatório e resulta em redução de qualidade de vida, internamento prolongado e custo económico aumentado. A ILC pode ser mortal principalmente nos RN com baixo peso ao nascer (INOUE, et al., 2018). Sabendo que a prevenção da infeção do local cirúrgico deverá ser *gold of care*, torna-se imperativo conhecer os indicadores de avaliação da ferida cirúrgica num RN internado numa UCIN para melhor atuar na sua avaliação, adequar o tratamento e conhecer os fatores de risco associados à infeção do local cirúrgico.

O objetivo desta revisão *scoping* será identificar e mapear, na literatura científica, os indicadores de avaliação da evolução da ferida cirúrgica num recém-nascido internado na Unidade de Cuidados Neonatais.

Foi realizada uma pesquisa preliminar da literatura nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, bem como na JBI *Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* e na Cochrane *Database of Systematic Reviews* e na Cochrane *Central Register of Controlled Trials*, que revelou não existir, de momento, uma revisão *scoping* sobre esta temática. Esta revisão *scoping* será elaborada segundo a metodologia proposta pelo JBI conforme o Reviewer's Manual 2017.

Objetivo e Questão

A revisão *scoping* pretendeu responder à questão “Quais são os indicadores de avaliação da evolução da ferida cirúrgica num recém-nascido internado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais?”, de acordo com *JBI (Joanna Briggs Institut)*.

Por isso o objetivo definido foi “Identificar e mapear na evidência científica os indicadores de avaliação da evolução da ferida cirúrgica num recém-nascido internado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.”

Para melhor responder a esta questão nasceu a necessidade de saber quais são os fatores de risco que podem contribuir para avaliação da evolução de uma ferida cirúrgica e assim também pretende-se responder à questão “Quais os fatores de risco que contribuem para a avaliação da evolução da ferida cirúrgica num recém-nascido na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais?”.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Tipos de participantes

Esta revisão *scoping* inclui todos os estudos cujos participantes são recém-nascidos, independentemente da idade gestacional e idade corrigida.

Conceito

O conceito de interesse desta revisão *scoping* tem como enfoque os indicadores de avaliação da evolução da ferida cirúrgica num recém-nascido.

Contexto

Esta revisão *scoping* inclui todos os estudos de pesquisa quantitativa, qualitativa, revisão sistemática de literatura, meta-análise ou meta-síntese incluindo a literatura cinzenta, desenvolvidos em contexto de Unidades de Cuidados Neonatais.

Tipos de fontes de informação

Nesta revisão *scoping* serão considerados todos os estudos primários de investigação, quantitativos e qualitativos, e revisões sistemáticas da literatura, nos últimos quinze anos. Considera-se ainda a literatura cinzenta nesta área.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A estratégia de pesquisa para esta revisão *scoping* pretende identificar estudos publicados e não publicados. A pesquisa será realizada em três etapas. A pesquisa inicial será limitada às bases de dados JBI, CINAHL *Plus with Full Text*, MEDLINE *with Full Text* e COCHRANE *Database of Systematic Reviews* através da plataforma EBSCOhost, tendo como objetivo identificar as palavras-chave usadas para descrever os artigos, decorrentes da população, conceito e contexto definidos após o background.

Numa segunda pesquisa inclui-se todas as palavras-chave e termos de indexação identificados como relevantes e será realizada em todas as bases de dados incluídas (anteriormente referidas) e ainda na COCHRANE *Central Register of Controlled Trials*, Scielo – Scientific Electronic Library Online (Brasil e Portugal), Academic Search Complete, MedicLatina, RCAAP, PubMed, no período 2005-2020. Os termos de indexação, com descritores MeSH, usados foram: (*wound infection* OR *Surgical Wound Dehiscence* OR *Surgical Wound Infection*) AND (*Infant, Newborn* OR *Infant, premature*) AND (*Intensive Care Units, Neonatal*).

Em terceiro lugar, foi realizada a análise das referências bibliográficas dos artigos selecionados para que possam ser identificados outros artigos pertinentes para a temática em revisão. Serão considerados estudos em português, inglês e espanhol.

Assim sendo e respeitando a estratégia descrita alcançou-se 67 artigos. Aplicando os critérios de inclusão ficaram 30 artigos e recorrendo ao *software* Mendeley®, os duplicados foram eliminados, restando 21 artigos. Estes artigos foram analisados na íntegra e foram excluídos mais 6 artigos, ficando 15 artigos. Na figura seguinte estará o esquema de todo este processo de pesquisa.

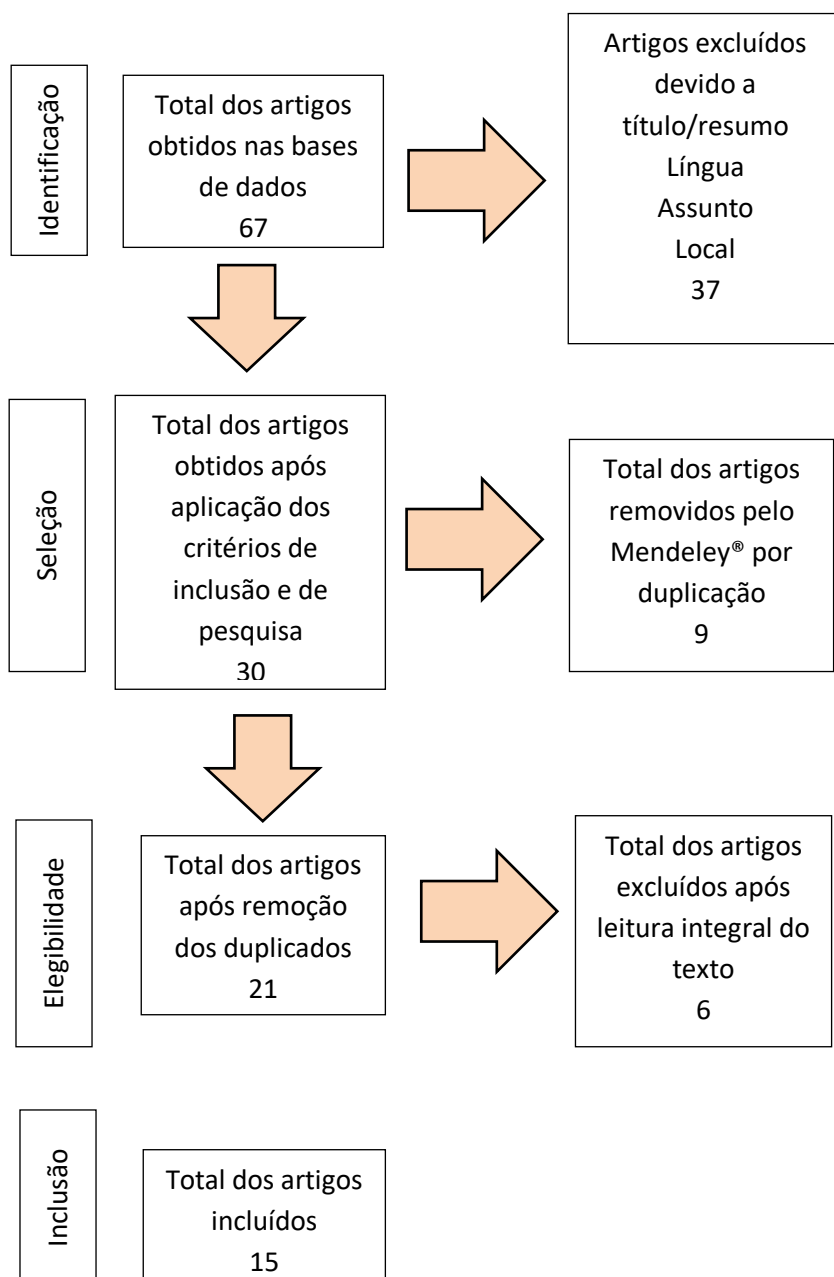


Figura 1- Fluxograma da seleção de artigos (The Joanna Briggs Institute, 2015)

EXTRACÇÃO DE DADOS

Os dados foram extraídos de todos os artigos na revisão de acordo com as questões de revisão e os objetivos estabelecidos. Foi desenvolvida uma tabela de extração de dados, para resumir os resultados de forma lógica e descritiva, alinhada com o objetivo e a questão de revisão, de forma a facilitar a identificação do tema e lacunas da literatura. Os artigos selecionados foram analisados por dois investigadores, sendo o primeiro autor (L.A.) avaliador dos artigos, através da tabela

de extração de dados, tendo em conta a qualidade e validade dos dados, para identificar os indicadores de avaliação da evolução da ferida cirúrgica num RN internado na UCIN e os seus fatores de risco associados. O segundo autor (A.C.) também avaliou os resultados esclarecendo dúvidas de forma a chegar aos resultados pretendidos, respeitando a revisão scoping preconizado pelo JBI (2015).

Durante a revisão dos textos integrais, a informação contida numa tabela de dados que inclui: Título do artigo, Autores, Ano de publicação/ País, Tipo de Estudo, Palavras-chave relacionadas com a questão da revisão *scoping*, Objetivos, População sob estudo ou amostra, Contexto, Indicadores e Fatores de Risco (Anexo I).

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Características dos estudos

Observou-se que nestes últimos 15 anos tem ocorrido uma maior preocupação com o recém-nascido submetido a cirurgia, mais concretamente sobre a ferida cirúrgica e a infeção do local cirúrgico, refletindo sobre as intervenções e a avaliação da ferida, mas também sobre os fatores de risco que podem estar associados à infeção e os diferentes tratamentos que podem ser aplicados. Contudo, o número de artigos publicados ainda é pouco, não só por ser uma área recentemente explorada, mas também pelo desafio e a complexidade de avaliar as feridas cirúrgicas num recém-nascido. O RN apresenta características bem diferentes da criança e/ou adulto, como por exemplo, as características da pele, o grau de prematuridade, tipo de cirurgia (programada, urgência/ complicação, malformação congénita), localização do local cirúrgico, entre outros. De acordo com Fontenele&Cardoso (2011) é um desafio para a equipa neonatal, pois implica cuidados especiais, uma tomada de decisão rápida, intervenção eficaz e uma atitude precisa, assim sendo, as práticas devem basear-se na evidência científica mais recente e um trabalho em equipa multidisciplinar.

Os estudos analisados foram na sua maioria na América do Norte (USA=8 e Canadá=2), a seguir na Europa (Hungria=1, Reino Unido=1, Itália=2) em conjunto com Canadá e Reino Unido, e somente um no Japão, México e Brasil. Apenas 15

artigos foram analisados, contudo houve uma grande diversidade de países a nível global, podendo depreender-se uma preocupação mundial acerca deste tema.

Os tipos de estudos foram na sua maioria estudos retrospectivos (6), estudos de caso (2) e estudo coorte retrospectivos (2). Para além destes houve um estudo de cada: prospetivo, descritivo e quantitativo; retrospectivo e descritivo; comparativo; revisão sistemática da literatura; e coorte prospetivo.

Por existir pouca evidência científica desta temática, a maioria dos estudos foram retrospectivos, descrevendo os diferentes tipos de feridas cirúrgicas, a sua avaliação e evolução e, outros concomitantemente ou não avaliaram os fatores de risco que estão associados à infeção do local cirúrgico.

Contexto

Observando os contextos dos diferentes estudos, quase todos foram na UCIN. Somente um foi feito num centro terciário de cirurgia neonatal. No estudo de Lee, *et al.* (2018), a realização de uma cirurgia de urgência, o local, quer no bloco operatório ou na UCIN, não é um fator de risco para o desenvolvimento de ILC.

Participantes

Em relação aos participantes, em todos os estudos, o objeto de estudo foram os RN internados, independentemente da idade gestacional e peso. Somente um estudo incluiu qualquer RN internado na UCIN com qualquer tipo de lesão da pele.

Sobre a dimensão da amostra é bastante variável, sendo apenas de um participante quando são estudos de caso, e os restantes foram de seis a 902 RN, esta disparidade associa-se ao tipo de estudo em questão.

De acordo com Carneiro (2003) *“as características da respectiva amostra de doentes é fundamental para a validade dos resultados”* e também refere que *“os métodos de amostragem são fundamentais para a representatividade dos doentes do estudo em relação à população para a qual se deseja extrapolar os resultados conseguidos”*. Tendo em conta o objetivo desta revisão scoping e para responder às questões de forma mais objetiva e adequada, foram consideradas qualquer tipo de amostragem devido à escassez de informação, mas também por serem importantes os estudos de caso. Tal como refere Meirinhos&Osório (2010) este tipo de estudos permitem

estudar o caso “no seu contexto real utilizando múltiplas fontes de evidência (qualitativas e quantitativas) e enquadra-se numa lógica de construção de conhecimento, incorporando a subjectividade do investigador. Poderá ser uma estratégia poderosa quando o contexto é complexo e quando entrecruza um conjunto complexo de variáveis”.

Conceito

Neste ponto, o conceito, tem a intenção de abordar os indicadores de avaliação da evolução da ferida cirúrgica, mas também identificar os factores de risco associados à infeção do local cirúrgico que podem comprometer à cicatrização do mesmo.

Indicadores de avaliação da evolução da ferida

Nos 15 artigos avaliados, 10 mencionaram indicadores de avaliação da evolução da ferida. De uma forma geral não existe uma forma única de fazer a avaliação da ferida cirúrgica e a sua evolução num RN internado na UCIN, contudo e de uma forma geral foram encontrados os seguintes grupos:

1. Classificação de ferida cirúrgica por Limpa, Limpa-contaminada, Contaminada, Suja ou Infetada – três estudos
2. Características das feridas: tamanho (comprimento, largura e altura); forma e distribuição – três estudos
3. Classificação das feridas cirúrgicas infetadas: DIME (Desbridamento ou Tecido desvitalizado/ Inflamação, Infeção/ Exsudado/ Epitelização, Preparação do leito da ferida); Incisional superficial, Incisional profundo, órgão/ espaço; Tipo de tecido (necrose, ganulação); Gestão do exsudado; Eritema, calor e edema; Dor e Odor – seis estudos
4. Uso de registo fotográfico – dois estudos

Apesar de não existir, para esta população tão especial e frágil, consensos acerca deste conceito, há três estudos que vão ao encontro ao que a World Union of Wound Healing Societies (WUWHS) recomenda para a população, independentemente do grupo etário. A WUWHS (2019) refere que a classificação da ferida cirúrgica deverá

ser Limpa, Limpa-contaminada, Contaminada, Suja ou Infetada. Há três estudos que de forma clara e objetiva utilizam este sistema de classificação.

Contudo, também a WUWHS (2018) publicou um consenso que quando estamos na presença de ferida cirúrgica com deiscência a avaliação deverá ser feita com outro sistema de classificação, o TIME (Tecido desvitalizado, Infecção/ inflamação, Exsudado e Epitelização). Nesta ótica houve seis estudos que mencionaram essas características mas só um artigo usou esse sistema de classificação. Para além de ser necessário uma conformidade do sistema de classificação de avaliação e evolução da ferida, também é necessário caracterizar a ferida de acordo com o seu tamanho, forma e profundidade (quatro estudos) e que por vezes recorrem ao registo fotográfico para melhor analisar a avaliação e evolução da ferida (dois estudos).

Somente um estudo reforça a importância da avaliação da dor do recém-nascido com ferida cirúrgica. O controlo da dor reduz complicações hemodinâmicas, endócrinas, metabólicas, afetivas e comportamentais e também protege os recém-nascidos de possíveis efeitos nocivos, quando a dor é mal controlada, pode trazer complicações para o seu desenvolvimento (Bueno, et al., 2007). Por outro lado e segundo Miranda (2014) a dor pode estar associado à manipulação da ferida ou à infecção, inflamação e trauma.

Factores de risco associados à infecção do local cirúrgico.

Quase todos os artigos abordaram os fatores de risco associados à infecção do local cirúrgico (14 estudos), uns com maior representatividade que outros:

1. Características do RN: prematuridade (oito estudos); muito baixo peso (seis estudos); sexo masculino (dois estudos); mau estado nutricional (dois estudos);
2. Características cirúrgicas: cirurgia abdominal (cinco estudos); tempo de cirurgia >60 minutos (três estudos); mais de uma cirurgia no mesmo local (dois estudos);
3. Características de internamento: internamento hospitalar aumentado (três estudos); internamento hospitalar pré-operatório >4 dias (quatro estudos); local de internamento UCIN (dois estudos).

4. Colonização por MRSA ou infecção sistêmica anterior (dois estudos)

No entanto também foram mencionadas atitudes terapêuticas que não influenciam o aumento do risco de infecção do local cirúrgico, como por exemplo, o uso de antibióticos profilaticamente 72h pós-operatório e que não há diferença a cirurgia ser efetuada num bloco operatório ou na UCIN, mas que existe uma maior estabilidade hemodinâmica quando é efetuada na UCIN (Walker et al., 2017; Lee et al., 2018).

Também há um estudo, de Inoue *et al.* (2018), que refere que há desvantagens para a flora normal da pele como a separação precoce da mãe-bebê, o jejum após o nascimento e uso de antibióticos perioperatório. No mesmo estudo aconselham como incentivo de colonização de flora normal a administração de probióticos, a administração de pequena quantidade de leite materno durante o jejum e vigilância ativa de colonização de MRSA.

O estudo de Boyar (2018) refere que, apesar de não existirem sinais de infecção do local cirúrgico, a deiscência da sutura aumenta o risco de infecção, a morbidade, o tempo de internamento e o número de procedimentos.

Considerações finais

O objetivo desta *scoping review* é identificar e mapear na evidência científica os indicadores de avaliação da evolução da ferida cirúrgica num recém-nascido internado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. No decorrer deste tipo de investigação, e após analisar os 15 artigos que cumpriram os critérios pré-estabelecidos, nasceu a necessidade de explorar também quais os fatores de risco associados à infeção do local cirúrgico, no sentido de que estes podem comprometer a avaliação da ferida cirúrgica, mas também a evolução da mesma e o conforto do recém-nascido.

Em relação aos indicadores de avaliação da evolução da ferida não houve uniformidade nos mesmos, mas no entanto emergiram duas categorias distintas que vão ao encontro do que é preconizado pela WUWHS, ou seja, quando estamos na presença de ferida cirúrgica sem infeção ou sem deiscência usar a classificação de Limpa, Limpa-contaminada, Contaminada, Suja ou Infetada. Contudo quando estamos na presença de uma ferida cirúrgica mais complexa, com deiscência e/ou infeção, deverá ser usado a classificação TIME (Tecido desvitalizado, Infeção/inflamação, Exsudado e Epitelização). Para além desta classificação, é também importante a restante caracterização da ferida (tamanho, forma e profundidade) e se necessário recorrer ao registo fotográfico.

A identificação dos fatores de risco associados à infeção do local cirúrgico tornou-se um desafio por ter havido uma maior variedade. Porém houve alguns fatores com maior representatividade como prematuridade, baixo peso ao nascer, cirurgia abdominal, tempo cirúrgico superior a uma hora, internamento hospitalar aumentado e internamento pré-operatório superior a 4 dias. A prematuridade e o baixo peso ao nascer apesar de terem tido uma maior representatividade, foram muito discutidos por serem necessários estudos com maior representatividade. No entanto quando era analisado a mortalidade e/ou morbilidade dos RN submetidos a cirurgia, havia uma maior representatividade destes dois fatores.

Outros fatores que também emergiram foram ser do sexo masculino, mau estado nutricional, mais do que uma cirurgia no mesmo local, internamento na UCIN, colonização MRSA e/ou sépsis anterior.

A informação desta temática ainda é escassa, mas tornou-se claro que está a haver uma maior preocupação com a mesma. Para a população pediátrica, especialmente a neonatal, não existem ferramentas, normas ou diretrizes a seguir, recorrendo ao que está estudado e publicado para a população adulta. Esta dificuldade poderia ser ultrapassada com investigação primária acerca deste assunto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier, L., & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core. *ELSEVIER* , 9-22.
- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *ELSEVIER* , 230-244.
- Araújo, L. d., & Reis, A. T. (2012). *Enfermagem na Prática Materno-Neonatal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Argo, R. (2014). Necrotizing enterocolitis in a neonate: A case study using negative pressure wound therapy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 41(3), 222–225. Disponível em <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000033>.
- AWHONN. (2018). *Neonatal Skin Care*. Washington: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses.
- Boyar, V. (2018). Treatment of Dehiscenced, Thoracic Neonatal Wounds with Single-Use Negative Pressure Wound Therapy Device and Medical-Grade Honey: A Retrospective Case Series. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 45(2), 117–122. <https://doi.org/10.1097/WON.00000000000000407>.
- Bueno, M., Kimura, A., Pimenta, C. (2007). Avaliação da dor em recém-nascidos submetidos à cirurgia cardíaca. *SciELO*. 20 (4). Acedido a 15/2/2020. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000400007.
- Butler, S., & Als, H. (2008). Individualized developmental care improves the lives of infants born preterm. *Acta Paediatrica* , 1173-1175.

- Carneiro, A.V. (2003). Cálculo da Dimensão da Amostra em Estudos Clínicos: Princípios Metodológicos Básicos. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 22 (12), 1513-1521.
- Casey, D. M., Stebbins, K., & Howland, V. (2013). Necrotizing fasciitis: A case report of a premature infant with necrotizing enterocolitis. *Journal of Pediatric Nursing*, 28(5), 486–491. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2012.12.001>
- Catania, V. D., Boscarelli, A., Lauriti, G., Morini, F., & Zani, A. (2019). Risk factors for surgical site infection in neonates: A systematic review of the literature and meta-analysis. *Frontiers in Pediatrics*, 7(MAR), 1–11. <https://doi.org/10.3389/fped.2019.00101>
- Coughlin, M. E. (2014). *Transformative Nursing in the NICU*. New York: Springer Publishing Company.
- Fontenele, F. C., & Cardoso, M. V. L. M. L. (2011). Lesões de pele em recém-nascidos no ambiente hospitalar: tipo, tamanho e área afetada. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 45(1), 130–137. Disponível em <https://doi.org/10.1590/s0080-62342011000100018>.
- García, H. J., Rodríguez-Medina, X., Franco-Gutiérrez, M., Miranda-Novales, G., & Villegas-Silva, R. (2005). Factores de riesgo asociados a infección del sitio quirúrgico en recién nacidos en una unidad de cuidados intensivos neonatales. *Revista de Investigacion Clinica*, 57(3), 425–433.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2013). *WONG, Enfermagem da Criança e do Adolescente, 9ª edição*. Loures: Lusociência.
- Horgan, M. J., Clements, K. E., Quaye, K., Whyte, C., O'Donnell, R., & Fisher, M. (2016). Surgical site infections in the NICU. *Journal of Pediatric Surgery*, 51(9), 1405–1408. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2016.04.002>
- Huett, E., Bartley, W., Morris, D., Reasbeck, D., McKittrick-Bandy, B., & Yates, C. (2017). Collagenase for Wound Debridement in the Neonatal Intensive Care

Unit: A Retrospective Case Series. *Pediatric Dermatology*, 34(3), 277–281.
<https://doi.org/10.1111/pde.13118>

Inoue, M., Uchida, K., Ichikawa, T., Nagano, Y., Matsushita, K., Koike, Y., Okita, Y., Toiyama, Y., Araki, T., & Kusunoki, M. (2018). Contaminated or dirty wound operations and methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) colonization during hospitalization may be risk factors for surgical site infection in neonatal surgical patients. *Pediatric Surgery International*, 34(11), 1209–1214. Disponível em <https://doi.org/10.1007/s00383-018-4338-x>.

Lee, L. K., Woodfin, M. Y., Vadi, M. G., Grogan, T. R., Ross, P. J., Applegate, R. L., & Iravani, M. (2018). A comparison of postoperative outcomes with PDA ligation in the or versus the NICU: A retrospective cohort study on the risks of transport. *BMC Anesthesiology*, 18(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12871-018-0658-6>.

Lund, C., & Kuller, J. (2014). Integumentary System. In C. Kenner, & J. Lott, *Comprehensive Neonatal Nursing Care* (pp. 299-333). New York: Springer Publishing Company.

Lund, C., Kuller, J., Lane, A., Lott, J., Raines, D., & Thomas, K. (2001). Neonatal Skin Care: Clinical Outcomes of the A W 0 N/NANN Research-based Practice Project on Knowledge and Skin care Practices. *JOGNN*, 41-51.

Meirinhos, M. & Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EDUSER: revista de educação*. 2(2), 49-65.

Meszes, A., Tálosi, G., Máder, K., Orvos, H., Kemény, L., & Csoma, Z. R. (2017). Lesions requiring wound management in a central tertiary neonatal intensive care unit. *World Journal of Pediatrics*, 13(2), 165–172. <https://doi.org/10.1007/s12519-016-0070-6>

Miranda, M. (2014). A dor e o tratamento de feridas. In Pinto, E. & Vieira, I. (Ed.), *Prevenção e Tratamento de Feridas - Da Evidência à Prática* (pp 439-444). Prior Velho: Hartmann.

- Prasad, P. A., Wong-McLoughlin, J., Patel, S., Coffin, S. E., Zaoutis, T. E., Perlman, J., DeLaMora, P., Alba, L., Ferng, Y. H., & Saiman, L. (2016). Surgical site infections in a longitudinal cohort of neonatal intensive care unit patients. *Journal of Perinatology*, 36(4), 300–305. <https://doi.org/10.1038/jp.2015.191>
- Segal, I., Kang, C., Albersheim, S. G., Skarsgard, E. D., & Lavoie, P. M. (2014). Surgical site infections in infants admitted to the neonatal intensive care unit. *Journal of Pediatric Surgery*, 49(3), 381–384. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2013.08.001>
- Walker, S., Datta, A., Massoumi, R. L., Gross, E. R., Uhing, M., & Arca, M. J. (2017). Antibiotic stewardship in the newborn surgical patient: A quality improvement project in the neonatal intensive care unit. *Surgery (United States)*, 162(6), 1295–1303. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2017.07.021>
- Woldemicael, A. Y., Bradley, S., Pardy, C., Richards, J., Trerotoli, P., & Giuliani, S. (2017). Surgical Site Infection in a Tertiary Neonatal Surgery Centre. *European Journal of Pediatric Surgery*, 29(3), 260–265. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1636916>
- WUWHS. (2018). *Surgical wound dehiscence: Improving prevention and outcomes*. Londres: Wounds International.

ANEXOS

ANEXO I – Tabela de Extração de Dados

Título	Autores	País/Ano	Tipo de Estudo	Objetivos	Conceito	Contexto	Amostra	Indicadores	Fatores de Risco
1. Contaminated or dirty wound operations and methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) colonization during hospitalization may be risk factors for surgical site infection in neonatal surgical patients	Mikihiro Inoue · Keiichi Uchida · Takashi Ichikawa · Yuka Nagano · Kohei Matsushita · Yuhki Koike · Yoshiki Okita · Yuji Toiyama · Toshimitsu Araki · Masato Kusunoki	Japão/2018	Estudo retrospectivo 2007-2016	Identificar os fatores de risco associados à infecção do local cirúrgico em neonatos	Classificação da Ferida; Infecção do local (ILC) cirúrgico; Fatores de Risco	UCIN	218 RN submetidos a cirurgia	Classificação de feridas: Limpa, Limpa-contaminada, Contaminada, Suja ou Infetada Infecção no local cirúrgico: Incisional superficial, Inscisional profunda, Órgão/ espaço	Fatores de risco para a infecção do local cirúrgico: Muito baixo peso ao nascer; Malformação abdominal (gastrosquise), cirurgia múltipla na mesma incisão Internamento na UCIN, IG baixa, colonização MRSA – fatores de risco independentes para a infecção do local cirúrgico Desvantagens para a flora normal da pele: separação precoce da mãe-bebê, jejum após o nascimento e uso de antibióticos perioperatório. Incentivo de colonização de flora normal: administração de probióticos, pequena quantidade de LM durante o jejum, vigilância ativa de colonização de MRSA

2. Lesões de pele em recém-nascidos no ambiente hospitalar: tipo, tamanho e área afetada	Fernanda Cavalcante Fontenele, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso	Brasil/ 2011	Estudo prospectivo, descritivo e quantitativo	Identificar lesões de pele em recém-nascidos internados numa UCIN, considerando tipo, área afetada e tamanho	Lesões da pele e sua avaliação	UCIN	137 RN	Tamanho da lesão (comprimento, largura e altura) Características (forma e distribuição) Dor, infecção, incômodo – atrasa o tratamento Registos fotográficos Tipo de Lesão	Lesão de pele é algo que pode implicar em infecção, maior permanência hospitalar, maior complexidade nos cuidados
3. Necrotizing Enterocolitis in a Neonate A Case Study Using Negative Pressure Wound Therapy	Rosie Argo	EUA/ 2014	Estudo de Caso	Descrever um caso de um neonato com NEC, sobre a intervenção na ferida e os seus diferentes tratamentos.	NEC Terapia por pressão negativa	UCIN	1 RN submetido a cirurgia	Avaliação da ferida: tipo de exsudado (colheita de cultura); tamanho da ferida (comprimento, largura e profundidade); odor; proteção da pele	

								perilesional; peso do RN; o sono do RN	
4. Treatment of Dehiscenced, Thoracic Neonatal Wounds With Single-Use Negative Pressure Wound Therapy Device and Medical-Grade Honey	Vita Boyar	EUA/ 2018	Estudo retrospectivo e descritivo	Descrever a experiência com dispositivo portátil de terapia de ferida por pressão negativa de uso único, combinado com mel no tratamento de feridas torácicas colonizadas ou infectadas, e deiscência, em neonatos com cardiopatia congênita complexa.	Deiscência de ferida cirúrgica Terapia por pressão negativa	UCIN	11 RN Submetidos a cirurgia	Prematuridade Sistema imunológico comprometido Instabilidade hemodinâmica Edema Mau estado nutricional Avaliação da ferida: DIME (Desbridamento ou Tecido desvitalizado/ Inflamação, Infecção/ Exsudado/ Epitelização, Preparação do leito da ferida)	Desicência da sutura aumenta: o risco de infecção, a morbidade, o tempo de internamento, nº de procedimentos

								As feridas infectadas foram disgnosticadas com: eritema, calor, aumento de exsudado ou edema, combinado com sinais e sintomas sistêmicos (dificuldade respiratória, hipertermia, hipotensão, hipoglicemia e intolerância alimentar). Controlo da dor	
5. A comparison of postoperative outcomes with PDA ligation in the OR versus the NICU: a retrospective cohort study on the risks of transport	Lisa K. Lee, Michelle Y. Woodfin , Marissa G. Vadi, Tristan R. Grogan, Phillip J. Ross, Richard L. Applegate II and Marc Iravani	EUA/ 2018	Estudo de coorte retrospectivo	Determinar se na correção de Persistência do Canal Arterial (PCA) na UCIN corresponde a maior risco de infecção na ferida cirúrgica ou	Correção cirúrgica da PCA Transporte pós-operatório	UCIN	189 RN	Infeção do local cirúrgico não está associado ao sítio onde é feita a cirurgia.	

				mortalidade e se o transporte está associado a piores resultados no perioperatório					
6. Antibiotic stewardship in the newborn surgical patient: A quality improvement project in the neonatal intensive care unit	Sarah Walker, Ankur Datta, Roxanne L. Massoumi, Erica R. Gross, Michael Uhing, and Marjorie J. Arca	EUA/ 2017	Estudo comparativo	Comparar 2 períodos antes e após implementação do protocolo de antibióticos e avaliar o local cirúrgico nos mesmos períodos	Antibióticos, malformação cardíaca congênita, local cirúrgico	UCIN	148 RN submetidos a cirurgia cardíaca	Fazer antibiótico após nascimento e limitar a profilaxia antibiótica até 72h perioperatória não influencia a taxa de infecção do local cirúrgico	
7. Factores de riesgo asociados a infección del sitio quirúrgico en recién nacidos en una unidad de cuidados intensivos neonatales	Heladia J. García,Xóchitl Rodríguez-Medina, Mario Franco-Gutiérrez, Guadalupe Miranda-Novales, Raúl Villegas-Silva	México, 2005	Estudo retrospectivo	Identificar os fatores de risco associados à infecção do local cirúrgico nos RN	Infeção do local cirúrgico, Fatores de risco, cirurgia neonatal	UCIN	279 RN	Avaliação da ferida: limpa, limpa-contaminada, contaminada e suja	5 fatores de risco: reintervenção cirúrgica, tempo de cirurgia>60 minutos, internamento hospitalar >5dias pré-operatório, cirurgião não especialista em neonato e infecção sistêmica anterior

8. Surgical site infections in a longitudinal cohort of neonatal intensive care unit patients	PA Prasad, J Wong-McLoughlin, S Patel, SE Coffin, TE Zaoutis, J Perlman, P DeLaMora, L Alba, Y-h Ferng and L Saiman	USA/ 2015	Estudo de coorte retrospectivo	Estimar a incidência e identificar os fatores de risco para infecção do local cirúrgico em lactentes na UCIN	Fatores de risco, infecção do local cirúrgico	UCIN	902 crianças		Os fatores de risco são: idade cronológica mais jovem na 1ª cirurgia, idade gestacional menor, sexo masculino, uso de catéter venoso central, menor peso ao nascer. A cirurgia abdominal tem maior taxa de infecção.
9. Surgical site infections in infants admitted to the neonatal intensive care unit	Ilan Segal, Christine Kang, Susan G. Albersheim, Erik D. Skarsgard, Pascal M. Lavoie	Canada/ 2014	Estudo retrospectivo	Determinar a taxa e o impacto clínico da infecção do local cirúrgico em lactentes internados na UCIN	Infeção do local cirúrgico, Rn com muito baixo peso, Gastrosquises	UCIN	724 RN	Avaliação da ferida: limpa, limpa-contaminada, contaminada e suja	Prematuridade (IG+Peso) Profilaxia de AB
10. Surgical site infections in the NICU	Kelly E. Clements, Marilyn Fisher, Kofi Quaye, Rebecca O'Donnell, Christine Whyte, Michael J. Horgan	USA/ 2016	Estudo retrospectivo	Calcular a incidência da infecção do local cirúrgico (ILC) na população da UCIN. Determinar se a incidência da infecção do local cirúrgico é mais comum nos RN	Infeção do local cirúrgico RN	UCIN	165 RN		Cirurgia abdominal Múltiplos procedimentos Imaturidade do sistema imunológico Duração do procedimento Maior tempo de internamento

				prematturos e identificar os fatores de risco para o desenvolvimento da ILC					pré-operatório
11. Collagenase for Wound Debridement in the Neonatal Intensive Care Unit: A retrospective case series	Elizabeth Huett, Whitney Bartley, Darla Morris, Della Reasbeck, Beth McKittrick-Bandy, Charlotte Yates	USA/ 2017	Estudo retrospectivo	Investigar o uso de colagenase na UCIN	Desbridamento da ferida RN Colagenase	UCIN	6 RN	Tamanho da ferida (comprimento, largura e profundidade) Nível de tecido de granulação	Nutrição Nível de Oxigenação
12. Lesions requiring wound management in a central tertiary neonatal intensive care unit	Angéla Meszes, Gyula Tálosi, Krisztina Máder, Hajnalka Orvos, Lajos Kemény, Zsanett Renáta Csoma	Hungria/ 2016	Estudo retrospectivo	Rever os RN admitidos na UCIN que necessitam de tratamento de feridas. Avaliar as lesões e feridas mais frequentes e sua etiologia	Tipos de Lesão da Pele Cuidados à ferida no RN	UCIN	211 RN		IG e Baixo peso do RN Maior tempo de internamento

13. Necrotizing Fasciitis: A Case Report of a Premature Infant With Necrotizing Enterocolitis	Denise M. Casey, Karen Stebbins, Victoria Howland	USA/ 2013	Estudo de caso	Apresentar um caso de um RN com 25s de gestação com NEC e a complexidade do tratamento da ferida	Enterecolite necrosante, RN prematuro, Avaliação da ferida	UCIN	1 RN	Dor Gestão do exsudado/ humidade Uso da fotografia Tipo de tecido (necrose, granulação)	
14. Risk Factors for Surgical Site Infection in Neonates: A Systematic Review of the Literature and Meta-Analysis	Vincenzo Davide Catania, Alessandro Boscarelli, Giuseppe Lauriti, Francesco Morini and Augusto Zani	Canadá e Itália/ 2019	Revisão Sistemática da Literatura	Avaliar a prevalência e identificar os fatores de risco para ILC em neonatos	Cirurgia neonatal, Infecção da ferida, Fatores de Risco	UCIN	RN 8 estudos		Sexo masculino Prematuro Cirurgia gastrointestinal IG, PN ao nascer, idade à cirurgia, duração do procedimento cirúrgico, maior nº de procedimentos por doente, maior tempo de internamento pré-operatório e sépsis pré-operatório UCIN
15. Surgical Site Infection in a Tertiary Neonatal Surgery	Adiam Y. Woldemicael, Sarah Bradley,	Reino Unido e Itália/	Estudo de coorte	Definir a incidência da ILC e possíveis	Cirurgia neonatal,	Centro terciário de	244 RN		Internamento pré-operatório > 4dias

Centre	Caroline Pardy Justin Richards PaoloTrerotoliStef ano Giulian	2017	prospectivo	fatores de risco em um centro de cirurgia neonatal terciária	Infeção da ferida, Fatores de Risco	cirurgia neonatal			Internamento > 30 dias Procedimentos gastrointestinais (Correção de gastrosquise e laporotomia de NEC) IG menor
---------------	--	------	-------------	---	---	----------------------	--	--	---

APÊNDICE XI

NORMA DOS CUIDADOS À PELE AO RECÉM-NASCIDO SUBMETIDO A

CIRURGIA

	Serviço de Pediatria Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia	
NORMA		
Cuidados à pele ao recém-nascido submetido a cirurgia		Aprovado em:
Elaborado em: Março 2020	Revisão:	

1. OBJETIVOS

Promover a integridade cutânea do recém-nascido submetido a cirurgia

Prevenir lesões da pele

Prevenir a infecção da sutura operatória

2. ÂMBITO

Aplica-se a todas as actividades desempenhadas pelos Médicos e Enfermeiros, na prestação de cuidados ao recém-nascido submetido a cirurgia.

3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A pele é um dos órgãos mais importantes no nascimento por ter a responsabilidade das seguintes funções: proteção de barreira contra a perda de água e controlo da absorção de substâncias (incluindo a luz); termorregulação; formação de camada ácida e controlo da infeção; regulação hidroelectrolítica; função sensorial tátil (AWHONN, 2018). Num recém-nascido (RN) prematuro a pele representa 13% do peso corporal, em comparação com 3% em adultos. As sensações de toque, pressão, temperatura e dor são recebidas por milhões de terminações nervosas. A pele é um veículo no estabelecimento precoce da relação mãe-filho em que a qualidade do toque é responsável pelas respostas posteriores do RN ao ambiente (Lund & Kuller, 2014).

As estruturas imaturas da pele dos RN prematuros são muito diferentes das da pele do RN de termo (ver Anexo1). O RN prematuro tem uma barreira subdesenvolvida da pele, que o põe em risco de perda elevada de água, de desequilíbrio hidroeletrólítico, instabilidade térmica, permeabilidade aumentada, lesão da pele, atraso na maturação da barreira e infecção. Kenner e Lott (2014) também referem que a morbidade e mortalidade podem ser atribuídas a práticas que causam trauma à pele ou alterações na função normal da mesma. A manutenção da integridade cutânea é a chave para a sobrevivência e um desafio no cuidado dos RN doentes, por apresentar uma maior vulnerabilidade, não só pela doença e maturidade do desenvolvimento da pele, mas também socialmente, através do toque (Coughlin, 2017). De acordo com Coughlin (2017) os mecanismos associados à lesão da pele no RN internado numa UCIN são: mecânicos (pressão, abrasão/laceração, “arrancamento” da pele e trauma – onde estão incluídas as incisões cirúrgicas), térmicas, químicas (irritantes, incontinência e extravasamento), infecciosas, vasculares e/ou desenvolvimento.

A pele cumpre uma tarefa de importância vital, particularmente na área da enfermagem neonatal. Os cuidados à pele do RN são de importância vital e devem ter em atenção as diferentes estruturas da pele e o seu subdesenvolvimento promovendo a sua integridade e função (Lund, Kuller, Lane, Lott, Raines, & Thomas, 2001).

A cirurgia neonatal é o campo mais especializado e sofisticado da cirurgia pediátrica. A cirurgia neonatal tal como a ciência da neonatologia é recente, as primeiras cirurgias neonatais foram descritas só na segunda metade do séc. XX (Taguchi, 2008). De acordo com Gilje, *et al* (2017), os RN submetidos a cirurgia tem vindo a aumentar.

A cirurgia apresenta várias facetas que interferem nos cuidados. Provoca dor e stress significativo no RN, mas também na sua família, o que exige práticas informadas e baseadas em evidências para que as famílias estejam preparadas para entender e tomar decisões aquando do procedimento cirúrgico mas também no pós-operatório (Wilson, *et al.*, 2014).

A infeção do local cirúrgico (ILC) é a infeção mais comum nos cuidados de saúde dos doentes submetidos a cirurgia (Bucher, *et al.*, 2011). Estas infeções têm um grande impacto na morbidade e mortalidade no pós-

operatório mas também na duração e no custo da hospitalização (Gilje, et al., 2017).

Os fatores de risco para a ILC estão bem definidos para a população adulta mas para a população pediátrica já não é tão claro, especialmente para os recém-nascidos. Segundo Gilje, et al. (2017), os neonatos são mais suscetíveis à infecção do que as crianças e os adultos, o que os torna uma população especial, associa-se este maior risco devido ao seu sistema imunológico imaturo. Segundo os mesmos autores, estes recém-nascidos submetidos a procedimentos cirúrgicos, por fatores clínicos e sociais, têm um menor consumo de leite materno que é protetor contra algumas infeções.

As feridas cirúrgicas nos recém-nascidos são frequentemente encerradas por via subcutânea ou suturadas e cobertas com um filme para proteger o local e simultaneamente permitir a sua visibilidade. Estas feridas devem ser avaliadas frequentemente despistando sinais de infeção (rubor, edema, presença de exsudado e as suas características) e documentando as mesmas, via registos de enfermagem (Irving, et al., 2006). A observação destas características, a avaliação da condição geral do RN e a experiência dos profissionais de saúde são fatores determinantes para uma decisão terapêutica adequada e eficaz (Sousa & Santos, 2007).

Segundo Irving et al. (2006), a dor é um sintoma clássico da ferida com infeção. Os recém-nascidos não podem verbalizar a sua dor, mas os profissionais de saúde devem fazer uma observação sistematizada do RN, atendendo a: alteração da frequência respiratória e cardíaca, necessidades de oxigénio aumentadas, tónus muscular aumentado e alterações da face (como os olhos fechados com força). Os autores Wilson, et al. (2014) referem que o enfermeiro é o profissional que deve assegurar *“aos pais que as necessidades dos bebés relacionadas com a gestão da dor no período pós-operatório serão avaliadas e tratadas”*.

A gestão incorreta da dor pode ter repercussões na sua infância, ou seja, há um aumento de prevalência de défices, problemas psicossociais e perturbações neurocomportamentais (Jacob, 2014, p.227). Segundo a mesma autora a prevenção da dor aguda e o tratamento da dor crónica foram relatados como benéficos na redução da mortalidade e morbilidade. Apóstolo (2009,

p.62) refere que “o controlo e a ausência de dor são muitas vezes considerados como sinónimos de conforto”.

4. RESPONSÁVEIS PELA APLICAÇÃO DA NORMA

Todos os médicos e enfermeiros da UCIN.

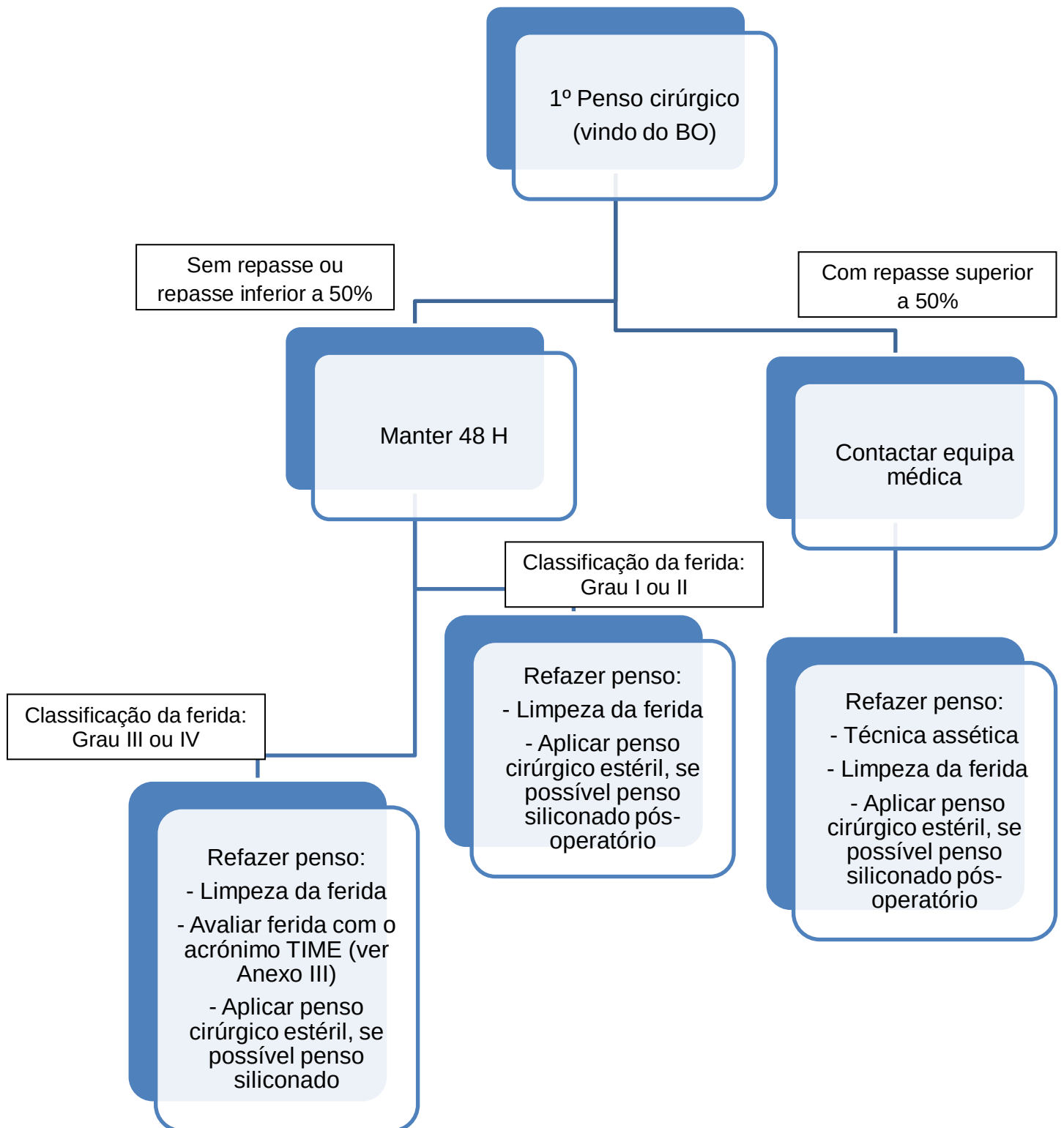
5. PROCEDIMENTOS

Intervenção de Enfermagem	Justificação / Comentários
<u>Cuidados no Período Pré-Operatório</u>	
Avaliar a pele com aplicação da escala NSRAS e fazer o registo em local próprio	Avaliação do risco da lesão da pele
Banho no dia da cirurgia - Prematuro: somente com água morna - Termo: água morna+ solução de limpeza (ou sabão) neutra (pH 5.5-7.0)	Diminuição do risco de infecção Não há evidência de banho com antiséptico para a população neonatal As soluções de limpeza geralmente causam menos desrupção na barreira da pele no pH da superfície da pele, no manto ácido e enxangua mais facilmente que o sabão.
Não aplicar emolientes	Para melhor colocação de elétrodos
Mudar a roupa da incubadora após os cuidados de higiene	Diminuição do risco de infecção/contaminação
Permanecer ou colocar numa incubadora aquecida	Promoção da termorregulação
Não vestir o recém-nascido, ir apenas com a fralda colocada	Visualização melhorada da pele e do estado clínico do recém-nascido
Fazer registos no processo clínico sobre as condições da pele	Documentar as intervenções de enfermagem
<u>Cuidados no Período Pós-Operatório</u>	
Avaliar a pele com aplicação da	Avaliação do risco da lesão da pele

escala NSRAS e fazer o registo em local próprio	
Colocar numa incubadora aquecida e registar a temperatura corporal	Promoção da termorregulação
Fazer registos no processo clínico sobre as condições da pele	Documentar as observações de enfermagem
Fazer registos no processo clínico sobre o penso cirúrgico e/ou da sutura operatória: . manter penso estéril e de técnica assética nas primeiras 48 horas (NOC – DGS 2013) - se repasse inferior a 50% deve ser delimitado - se houver necessidade de se mudar penso deve ser comunicado à equipa médica	Documentar as observações e intervenções de enfermagem
Classificação de ferida cirúrgica (CDC), ver Anexo II: • Limpa • Limpa-contaminada • Contaminada • Suja ou Infetada	
Classificação de ferida cirúrgica Infetada (TIME), ver Anexo II: • T – Tecido não-viável • I – Infecção/ Inflamação • M – Exsudado • E - Epitelização	
A limpeza da ferida cirúrgica deverá ser feita com soro fisiológico à temperatura corporal.	Manter a termorregulação, não haver atraso cicatricial e maior conforto para o RN.
Seguir o fluxograma de atuação da	

intervenção à ferida cirúrgica (Fig1)	
Usar pensos cirúrgicos estéreis e se possível pensos siliconados	Maior conforto ao RN e diminuição da dor na sua remoção

Fig 1 . Fluxograma de atuação da intervenção à ferida cirúrgica



6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. Referência. (9). 61-67. Acedido em 1-5-2019. Disponível em file:///C:/Users/Liliana/Downloads/Artigo_de_Revis%C3%A3o.pdf
- AWHONN. (2018). *Neonatal Skin Care*. (4th ed). Washington: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses.
- Bucher, B.T., Guth, R.M., Elward, A.M., Hamilton, N.A., Dillon, P.A., Warner, B.W., Keller, M.S. (2011). Risk Factors and Outcomes of Surgical Site Infection in Children. Elsevier. 212 (6), 1033-1038. Doi:10.1016/j.jamcollsurg.2011.01.065
- Centro Hospitalar Lisboa Norte. (2015). Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. Norma elaborada pelo Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. Acessível no Hospital Santa Maria, Lisboa, Portugal.
- Coughlin, M. E. (2017). Trauma-Informed Care in the NICU. In *Trauma-Informed Care in the NICU*. New York: Springer Publishing Company.
- DGS. (2013). Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. Norma Da Direção Geral Da Saúde, 1–18.
- EWMA (2020). Surgical Site Infection: Prevention and Management across Healthcare sectors. Journal of Wound. 29 (2), 1-72.
- Gilje, E.A., Hossain, M.J., Vinocur, C.D., Berman, L. (2017). Surgical site infections in neonates are independently associated with longer hospitalizations. Journal of Perinatology, 00, 1-5. Doi:10.1038/jp.2017.107.
- Irving, V., et al. (2006). Neonatal wound care: minimising trauma and pain. Wounds UK. 2 (1). Acedido a 1-6-2019. Disponível em <https://www.woundsinternational.com/resources/details/neonatal-wound-care-minimising-trauma-and-pain-1>
- Jacob, E. (2014). Apreciação e Gestão da Dor na Criança. In Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014), *WONG Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 122-239). 9ª edição. Loures: Lusociência.

- Kenner, C., & Lott, J. W. (2014). *Comprehensive Neonatal Nursing Care*. 5ª edição. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Lund, C., & Kuller, J. (2014). Integumentary System. In Kenner, C., & Lott, J. (Ed.), *Comprehensive Neonatal Nursing Care* (pp. 299-333). New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Lund, C., Kuller, J., Lane, A., Lott, J., Raines, D., & Thomas, K. (2001). Neonatal Skin Care: Clinical Outcomes of the A W O N/NANN Research-based Practice Project on Knowledge and Skin care Practices. *JOGNN*, 41-51.
- Mangram, A. J., Horan, T. C., Pearson, M. L., Silver, L. C., & Jarvis, W. R. (1999). Guideline for Prevention of Surgical Site Infection, 1999. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. *American Journal of Infection Control*, 27(2). [https://doi.org/10.1016/S0196-6553\(99\)70088-X](https://doi.org/10.1016/S0196-6553(99)70088-X)
- Menoita, E.C. (2015). *Gestão de Feridas Complexas*. Loures: Lusodidacta
- Onyekwelu, I., Yakkanti, R., Protzer, L., Pinkston, C. M., Tucker, C., & Seligson, D. (2017). Surgical Wound Classification and Surgical Site Infections in the Orthopaedic Patient. *JAAOS: Global Research and Reviews*, 1(3), e022. <https://doi.org/10.5435/jaaosglobal-d-17-00022>
- Pina, E. (2004). Recomendações para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. *Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge*, 1–13.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2014). *Consenso nacional de Cuidados cutâneos no Recém – Nascido*. Acedido a 1-2-2020. Disponível em https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Pele_RN.pdf
- Sousa, P. & Santos, I. (2007). Cuidando da pessoa com ferida cirúrgica: estudo de caso. *Referência*, (4), 25-33.
- Taguchi, T. (2008). Current Progress in Neonatal Surgery. *Surg Today*, 38, 379–389. DOI: 10.1007/s00595-007-3657-7.
- WHO (2016). Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection. Acedido em 1-3-2020. Disponível em <http://www.who.int>.
- Wilson, D., Montagnino, B, Wilson, K.. (2014). Condições provocadas por Defeitos no Desenvolvimento Físico. In Hockenberry, M., & Wilson, D.

(2014), *WONG Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 412-490).
9ª edição. Loures: Lusociência.

ANEXOS

ANEXO 1 - Diferenças estruturais e funcionais da pele

Características da pele	Adulto	Termo	Pré-termo	Importância
Espessura Epidérmica	50 µm	50 µm	27.4 µm	Permeabilidade a agentes tópicos ↑ perda água transepidérmica
Ligações celulares	Normal	Normal	Diminuídas	↑ Tendência para bolhas
Derme	Normal	↓ Colagénio e fibras elásticas	↓↓ Colagénio e fibras elásticas	↓ Elasticidade ↑ Bolhas
Melanossomas	Normal	Diminuídos	1/3 dos RN de termo	↑ Fotossensibilidade
Glândulas Écrinas	Normal	↓ Actividade durante 7-10d ↓ Controlo neurológico por 2-3 anos	Anidrose total	↓ Resposta ao stress térmico
Glândulas Sebáceas	Normal	Normal	Normal	Possíveis propriedades de barreira, lubrificantes, antibacterianas
Pêlo	Normal	↓ Pêlo terminal	Lanugo persistente	Ajuda a determinar a idade gestacional

Fonte: Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2014), Consenso nacional de Cuidados cutâneos no Recém – Nascido

ANEXO II - Classificação de ferida cirúrgica (CDC)

As feridas são classificadas, de acordo com a probabilidade e grau (grau I-IV) de contaminação da ferida no momento da intervenção cirúrgica, conforme definido pelo CDC (Centers for Disease Control and Prevention):

Grau I/ Limpa – Ferida cirúrgica resultante de cirurgia electiva, não traumática, não infectada em que não houve transgressão da técnica cirúrgica e em que não se penetrou no tracto respiratório, digestivo, genito-urinário nem cavidade orofaríngea. As feridas incisionais operatórias que seguem trauma não penetrante (contuso) devem ser incluídas nesta categoria se atenderem aos critérios.

Grau II/ Limpa-contaminada – Ferida cirúrgica de intervenções, em que se penetrou no aparelho respiratório, digestivo, genito-urinário, em condições controladas (técnica cirúrgica correcta) e sem contaminação.

Grau III/ Contaminada – Ferida cirúrgica de intervenções com graves transgressões de técnica cirúrgica, as feridas traumáticas ou aquelas em que se penetrou no aparelho respiratório, digestivo ou genito-urinário, na presença de infecção aguda e não purulenta.

Grau IV/ Suja ou Infectada – Feridas traumáticas com tecido desvitalizado, corpos estranhos e contaminação fecal ou aquelas em que o tratamento cirúrgico foi tardio. Esta definição sugere que houve organismos causadores de infeção pós-operatória que estavam presentes no pré-operatório.

Fonte:

Pina, E. (2004). Recomendações para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico. *Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge*, 1–13.

Onyekwelu, I., Yakkanti, R., Protzer, L., Pinkston, C. M., Tucker, C., & Seligson, D. (2017). Surgical Wound Classification and Surgical Site Infections in the Orthopaedic Patient. *JAAOS: Global Research and Reviews*, 1(3), e022. <https://doi.org/10.5435/jaaosglobal-d-17-00022>

Mangram, A. J., Horan, T. C., Pearson, M. L., Silver, L. C., & Jarvis, W. R. (1999). Guideline for Prevention of Surgical Site Infection, 1999. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. *American Journal of Infection Control*, 27(2). [https://doi.org/10.1016/S0196-6553\(99\)70088-X](https://doi.org/10.1016/S0196-6553(99)70088-X)

ANEXO III - Classificação da ferida complexa (TIME)

“Os microrganismos que geralmente causam a infecção do local cirúrgico (ILC) pertencem à flora microbiana do doente. Estas bactérias podem estar presentes em pequeno número, mas encontram na ferida cirúrgica condições favoráveis à sua proliferação – a hemorragia, a isquemia, a modificação do potencial de oxirredução – sendo o risco de infecção, predominantemente, durante o ato cirúrgico, diminuindo o mesmo após o encerramento da ferida.”

(DGS, 2013)

De acordo com as “Recomendações para prevenção da infecção do local cirúrgico” da DGS (2004) a infecção do local cirúrgico classifica-se em:

- Incisional superficial – *“A infecção do local cirúrgico incisional superficial é uma infecção que ocorre nos primeiros 30 dias após a operação, envolve apenas a pele e o tecido celular subcutâneo da incisão e apresenta pelo menos um dos seguintes critérios: Drenagem purulenta da incisão - Microrganismo isolado em cultura de líquido ou tecido da incisão por colheita asséptica - Existência dos sintomas e sinais clássicos de infecção (dor, tumefacção local, rubor e calor)”*;
- Incisional profunda – *“A infecção do local cirúrgico incisional profundo ocorre no prazo de 30 dias após a operação no caso de não ser utilizado nenhum implante ou, no prazo de um ano se for utilizado um implante, envolve os planos profundos da incisão (aponevrose e músculo) e apresenta pelo menos um dos seguintes critérios: Drenagem purulenta da incisão - Deiscência espontânea da incisão ou abertura deliberada da mesma pelo médico no caso de o doente apresentar pelo menos um dos seguintes sintomas ou sinais – febre ($\geq 38^{\circ}$), dor localizada ou dor à palpação - Abscesso ou outra evidência de infecção envolvendo a profundidade da incisão detectada no exame clínico, em reoperação, em exame histológico ou estudo radiológico”*;
- Órgão / Espaço – *“A infecção do local cirúrgico Órgão/Espaço ocorre no prazo de 30 dias após a operação no caso de não ser usado um implante ou, no prazo de um ano se foi utilizado um implante, envolve qualquer local que tenha sido manipulado durante a intervenção com excepção da incisão, e apresenta pelo menos um dos seguintes*

critérios: Drenagem purulenta por dreno, colocado no Órgão/Espaço - Microorganismo isolado mediante colheita asséptica de líquido ou tecido do Órgão/Espaço - Existência de abscesso ou outra evidência envolvendo o Órgão/Espaço identificado pelo exame clínico, em reoperação, por exame histológico ou estudo radiológico”.

No entanto, esta classificação está direcionada para a população adulta. Mas pode ser adaptada da mesma forma para a população pediátrica e neonatal (Inoue, et al., 2018).

Para a população pediátrica, mais concretamente a neonatal, não existem para já normas ou protocolos da infeção do local cirúrgico. Existem artigos que utilizam este sistema de classificação, mas também há outros artigos que aconselham a metodologia DIME (Boyar, 2018).

De acordo com Menoita (2015) “as feridas complexas estão sujeitas a fatores que induzem à estagnação da cicatrização” como por exemplo: presença de corpos estranhos, isquémia, carga biológica imposta pelas bactérias, entre outros. Assim, de acordo com esta definição, com a definição ILC pela DGS e pelo que está protocolado pela comissão de tratamento de feridas e dispositivos similares deste centro hospitalar, uma ILC pode ser gerido como ferida complexa.

A preparação do leito da ferida é a gestão de uma ferida para a otimização da cicatrização ou facilitar a eficácia de uma medida terapêutica. (Menoita, 2015). Sendo assim, este tipo de feridas, e de acordo com o que é preconizado neste centro hospitalar, deve ser usado o acrónimo TIME: T – Tecido não-viável; I – Infeção/ Inflamação; M – Exsudado; E – Epitelização.

Este acrónimo aborda as quatro barreiras à cicatrização e a intervenção na preparação do leito da ferida não deve ser uma intervenção isolada mas sim a avaliação deverá se feita numa abordagem holística do RN (Menoita, 2015).

A mesma autora também menciona que o acrónimo DIM+E permite uma otimização do leito da ferida pois reduz o edema, o volume do exsudado e a carga bacteriana presente, corrigindo possíveis fatores que possam contribuir para a atraso na cicatrização.

Tabela que relaciona os acrónimos TIME e DIM+E e quais os produtos que podem ser aplicados nos RN submetidos a cirurgia

Acrónimo TIME/DIM+E	Produtos que podem ser aplicados no RN
T - Tecido não-viável/ Desbridamento	Mel para feridas Octenidina em gel Hidrogel
I – Infecção ou Inflamação prolongada/ Controlo da Infecção ou Inflamação prolongada	Mel para feridas: em gel quando feridas menos exsudativas; penso de alginato com mel, para feridas mais exsudativas Octenidina em spray Enzima alginogel
M – Meio de desequilíbrio de humidade/ Gestão da humidade	Hidropolímero médio espesso/ Penso de espuma (feridas mais exsudativas) Penso fino de espuma/ Hidrocolóide (feridas menos exsudativas)
E – Margens da epiderme que não avançam/ Estimulação do epitélio	Co-polímero acrílico Óxido de zinco/ vitamina A

É recomendada pela AWHONN (2018) e pela EWMA (2020) a aplicação de pensos com base de silicone porque têm melhor aderência na ferida, mas também porque na sua remoção, o trauma e o desconforto dos recém-nascidos é reduzido. Nos produtos mencionados anteriormente na tabela, não foi considerada a solução de pensos com prata devido às preocupações de absorção de prata a níveis tóxicos.

ANEXOS

ANEXO I

CERTIFICADO DE PRESENÇA DO XXVII CONGRESO DE NEONATOLOGÍA Y MEDICINA PERINATAL – VII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMARÍA NEONATAL E OS CERTIFICADOS DE APRESENTAÇÃO DOS DOIS PÓSTERES ABORDAJE TERAPÉUTICO A UN RECIÉN NACIDO, SOMETIDO A CIRUGÍA ABDOMINAL INTERNADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES: ESTUDIO DE CASO SOBRE LA INTERVENCIÓN EN LA HERIDA E DO PÓSTER LESIÓN DE LA PIEL EN EL RECIÉN NACIDO INTERNADO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES: PROTOCOLO PARA UNA REVISIÓN SCOPING.

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

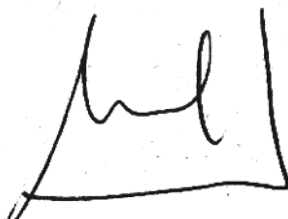
El Comité Organizador del
XXVII Congreso de Neonatología y Medicina Perinatal -
VII Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Neonatal,

Certifica que:

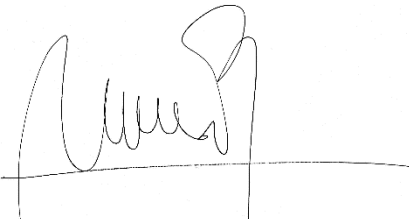
Liliana Abreu Pombeira

ha asistido al **XXVII Congreso de Neonatología y Medicina Perinatal –**
VII Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Neonatal
que ha tenido lugar en Madrid del 2 al 4 de Octubre de 2019.

Y para que así conste, firman en Madrid a 4 de Octubre de 2019,



Dr. Manuel Sánchez Luna
Presidente del Comité
Organizador SENEo



Sra. Carmen Varea Rodríguez
Presidenta del
Comité Organizador SEEN

CERTIFICADO DE PRESENTACIÓN

El Comité del XXVII Congreso de Neonatología y Medicina Perinatal
VII Congreso de Enfermería Neonatal,

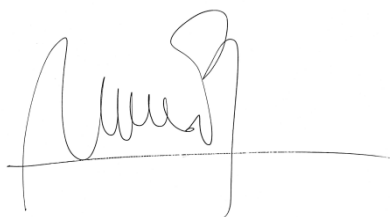
Certifica que los autores:

Liliana Abreu Pombeira, Maria Graça Roldão, Maria Alice Curado

han presentado el trabajo aceptado como Comunicación póster titulado:

**ABORDAJE TERAPÉUTICO A UN RECIÉN NACIDO, SOMETIDO A CIRUGÍA
ABDOMINAL: ESTUDIO DE CASO SOBRE LA INTERVENCIÓN EN LA HERIDA**

En el XXVII Congreso de Neonatología y Medicina Perinatal – VII Congreso de
Enfermería Neonatal,
Celebrado en Madrid del 2 al 4 de octubre de 2019



Carmen Varea Rodríguez
Presidenta del Comité Organizador SEEN



Alicia Llorca Porcar
Presidenta del Comité Científico SEEN

Abordaje terapéutico a un recién nacido, sometido a cirugía abdominal internado en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: estudio de caso sobre la intervención en la herida

Liliana Abreu¹, Maria Graça Roldão², Maria Alice Curado³

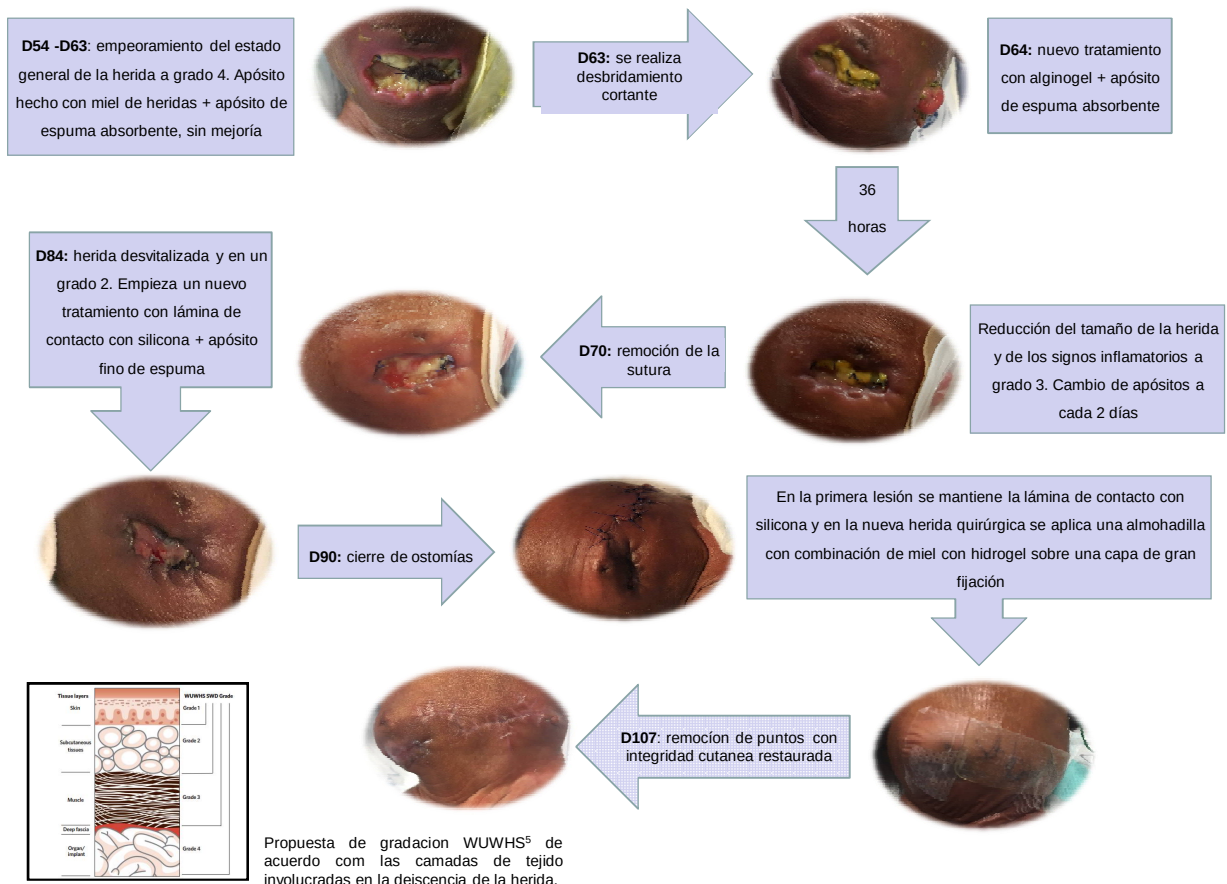
1. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Hospital Santa Maria, PT, enf_liliana_abreu@hotmail.com
2. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Hospital Santa Maria, PT, grolldão@sapo.pt
3. Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, ESEL, acurado@esel.pt

INTRODUCCIÓN

El cuidado al recién nacido prematuro es un desafío constante en la UCI Neonatal. Las nuevas tecnologías y terapias han permitido la supervivencia de neonatos cada vez más prematuros. La enterocolitis necrotizante (NEC) es una de las complicaciones más frecuentes conllevando altas tasas de mortalidad y morbilidad¹. La NEC es una enfermedad inflamatoria intestinal de etiología desconocida, que conduce a isquemia y necrosis y que ocurre con mayor frecuencia en recién nacidos prematuros². Las NEC se correlacionan inversamente con el peso al nacer (<1500g) y/o edad gestacional (<32 semanas), representando estos neonatos más de un 85% de los episodios³, siendo que pocos tienen indicación quirúrgica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

- Gestante de 33 años, IO1011, hipertensión arterial sob terapéutica
- Ecografía obstétrica (24 semanas): restricción del crecimiento fetal y alteración de flujos. Maduración pulmonar completa.
- Cesaría a las 28 semanas y 2 días por empeoramiento clínico.
- Recién nacido de sexo femenino, 635g, IA 5/8/9 resucitado con ventilación por presión positiva. Admisión en UCI neonatal
- En D2 de vida se presenta con NEC grado II, tratada convencionalmente (antibióticos y dieta cero). Sépsis neonatal tardía en D46, con empeoramiento progresivo de la distensión abdominal, sometida a enterectomía segmentaria ileal (25 cm) + ileostomía en D48. En D53, signos inflamatorios en la herida quirúrgica, con exudado verde, con cultivo positivo para *Klebsiella Pneumoniae*. Limpieza con solución salina, con aplicación de gasa grasa y compriessa seca.



DISCUSIÓN / CONCLUSIÓN

Los profesionales de sanidad que cuidan a los recién nacidos necesitan formación y actualización en el mantenimiento de la integridad cutánea y cuidados de herida quirúrgica. En la última década han surgido nuevos tratamientos y materiales terapéuticos, aumentando el interés por el estudio de estas heridas⁴. La tomada de decisión clínica es ahora soportada por la evidencia en lo que concierne a la utilización de instrumentos de evaluación, nuevos tratamientos y formas diferentes de registro, como el fotográfico. Este registro es crucial para la monitorización de la herida y la continuidad del cuidado al neonato, como se comprobó en este estudio de caso.

Bibliografía

- ¹Tamez, R. (2013). *Enfermagem UTI Neonatal*. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan.
²Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência.
³Sharma, R., & Hudak, M. L. (2013). A Clinical Perspective of Necrotizing Enterocolitis. *Elsevier*, 27-51.
⁴Dias, C., Lopes, J., Martins, L., Santos, M., Antunes, T., & Cardoso, R. (2013). *Manual de Boas Práticas no Tratamento de Feridas*. Lisboa: ACES Lisboa Norte.
⁵World Union of Wound Healing Societies. (2018). *Surgical wound dehiscence*. London: Wounds International.

CERTIFICADO DE PRESENTACIÓN

El Comité del XXVII Congreso de Neonatología y Medicina Perinatal
VII Congreso de Enfermería Neonatal,

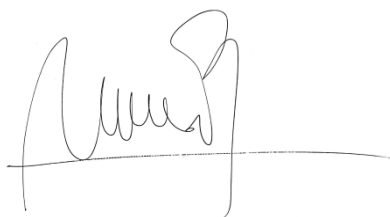
Certifica que los autores:

Liliana Abreu Pombeira, Maria Alice Curado

han presentado el trabajo aceptado como Comunicación póster titulado:

**LESIÓN DE LA PIEL EN EL RECIÉN NACIDO INTERNADO EN LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES: PROTOCOLO PARA REVISIÓN SCOPING**

En el XXVII Congreso de Neonatología y Medicina Perinatal – VII Congreso de
Enfermería Neonatal,
Celebrado en Madrid del 2 al 4 de octubre de 2019



Carmen Varea Rodríguez
Presidenta del Comité Organizador SEEN



Alicia Llorca Porcar
Presidenta del Comité Científico SEEN



Lesión de la piel en el recién nacido internado en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: protocolo para una revisión scoping

Liliana Abreu¹, Maria Alice Curado²

1. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Hospital Santa Maria, PT, enf_liliana_abreu@hotmail.com
2. Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, ESEL, acurado@esel.pt

INTRODUCCIÓN/ BACKGROUND

La piel es uno de los órganos más importantes del cuerpo humano, por su multidimensionalidad y sus funciones: protección de barrera contra la pérdida de agua y control de la absorción de sustancias; termorregulación; formación de capa ácida y control de la infección; la regulación hidroelectrolítica y la función sensorial táctil. Las estructuras inmaduras de la piel de los recién nacidos prematuros son muy diferentes de las de la piel de los nacidos a término, lo que es evidenciado por una barrera de la piel subdesarrollada, lo que aumenta el riesgo de lesión de la piel de estos niños. Kenner y Lott (2014) señalan que la morbilidad y la mortalidad pueden atribuirse a las prácticas que causan trauma a la piel o cambios en su función normal.

El recién nacido internado en Neonatología está sujeto procedimientos como: colocación de electrodos cardiorrespiratorios y / o cerebral; sensor de saturación; tubo endo traqueal; sonda gástrica; catéteres, entre otros; pero también la remoción de adhesivos, y la punciones venosas y gasimetrías, pueden provocar lesiones de la piel.

OBJETIVO

Identificar y mapear, en la literatura científica, la tipología de las lesiones de la piel en el recién nacido internado en la Unidad de Cuidados Neonatales

CUESTIÓN DE REVISIÓN

¿Cuáles son las posibles lesiones de la piel del recién nacido internado en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales?

La investigación efectuada en las Bases de Datos/ Descriptores: JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, CINAHL Plus con Full Text, MEDLINE con Full Text, COCHRANE Database of Systematic Reviews, COCHRANE Central Register of Controlled Trials, PubMed y Scientific Electronic Library Online.

Criterios de Inclusión:

La revisión scoping deberá incluir todos los estudios cuyos participantes son recién nacidos (P), independientemente de la edad gestacional y edad corregida. Se definió como concepto (C) las lesiones de la piel y como contexto (C) la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

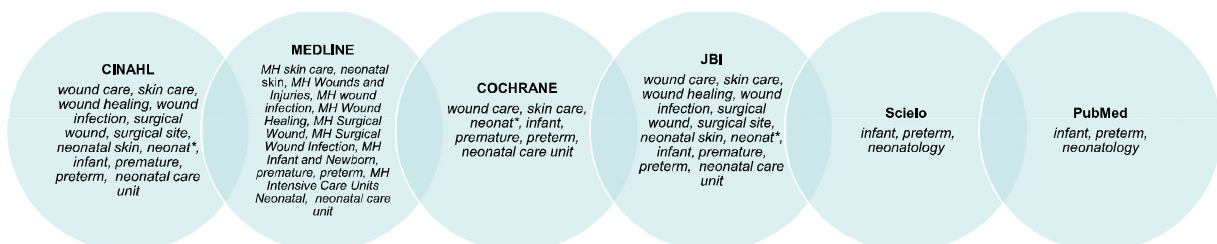
Se concluyeron estudios cuantitativos y cualitativos, revisiones sistemáticas de la literatura y literatura gris (2009-2019 se incluirán en esta revisión). Serán considerados estudios en portugués, inglés y español.

Estrategia de búsqueda de tres pasos:

1. La investigación inicial se limitará al JBI, CINAHL Plus con texto completo, MEDLINE con texto completo y las bases de datos COCHRANE Database of Systematic Reviews a través de la plataforma EBSCOhost, para identificar las palabras clave utilizadas para describir los artículos, derivadas de la población, el concepto y Conjunto de contexto.
2. Incluya todas las palabras clave y los términos de indexación identificados como relevantes y se realizarán en todas las bases de datos incluidas.
3. Análisis de referencias bibliográficas de artículos seleccionados para identificar otros artículos pertinentes.

PALABRAS CLAVE INICIALES: recién nacido, prematuro, lesión de la piel, unidad de cuidados intensivos neonatales

Termos de Indexación/ Bases de datos consultadas



EXTRACCIÓN Y SÍNTESIS DE LOS DATOS

Los 268 artículos seleccionados serán ingresados en una tabla de extracción de datos y analizados por dos investigadores, teniendo en cuenta su calidad y validez. La información contenida en la tabla de datos incluye: título del artículo; autores; año de publicación; palabras clave relacionadas con el problema de revisión del alcance; tipo de estudio; objetivos; población en estudio o muestra; técnica de análisis de datos; resultados; resumen y tipo de lesión cutánea; comentarios

Bibliografía

AWHONN. (2018). *Neonatal Skin Care*. Washington: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses.
Lund, C., & Kuller, J. (2014). Integumentary System. In C. Kenner, & J. Lott, *Comprehensive Neonatal Nursing Care* (pp. 299-333). New York: Springer Publishing Company.

ANEXO II

**CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO “CURSO PRÉ-CONGRESSO 2019:
“FERIDAS XS - A REALIDADE DA PEDIATRIA”, NO CONGRESSO
APTFERIDAS’19 – “PRODUÇÃO E DIFUSÃO DO CONHECIMENTO” E O
CERTIFICADO DE COMUNICAÇÃO CIENTÍFICA SOB A FORMA DE
PÓSTER “ABORDAGEM TERAPÊUTICA A UM RECÉM-NASCIDO,
SUBMETIDO A CIRURGIA ABDOMINAL INTERNADO NUMA UNIDADE DE
CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS: ESTUDO DE CASO SOBRE A
INTERVENÇÃO NA FERIDA.”**

CERTIFICADO

Certifica-se que:

Liliana Do Rosário Abreu Pombeira

Participou no

**Curso Pré-Congresso 2019: "Feridas XS - A Realidade da
Pediatria", no dia 20 de Novembro de 2019,**

no âmbito do **CONGRESSO APTFeridas '19 - "Produção e
Difusão do Conhecimento"**, realizado no Pavilhão Multiusos de
Gondomar.

Porto, 20 de Novembro de 2019

Por As Comissões Científica e Organizadora

Paulo Alves
O PRESIDENTE DA DIREÇÃO
DA APTFERIDAS
(Paulo Alves)

Paulo Ramos
O PRESIDENTE
DO CONGRESSO
(Paulo Ramos)

Anabela Moura
A PRESIDENTE DA COMISSÃO
ORGANIZADORA
(Anabela Moura)



ALDO CIENTÍFICO
FCT
Fundação
para a Ciência
e a Tecnologia

O Presidente da República

IMPRESSO EM PAPEL RECICLADO
COM 50% DE FIBRA RECICLADA

INSTITUTO
NACIONAL DE
SAÚDE
CERTIFICADA

CERTIFICADO

Certifica-se que:

No **Congresso APTFeridas 2019 - "Produção e Difusão do Conhecimento"**, realizado nos dias 21 e 22 de Novembro de 2019, no Pavilhão Multiusos de Gondomar, foi apresentada, sob a forma de

Poster,

a seguinte Comunicação Científica:

"Abordagem terapêutica a um recém-nascido, submetido a cirurgia abdominal internado numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: estudo de caso sobre a intervenção na ferida."

que teve como Autor(es):

Liliana Abreu; Joana Silva; Graça Roldão; Maria Alice
Curado

Porto, 22 de Novembro de 2019

Pe'l As Comissões Científica e Organizadora


O PRESIDENTE DA DIREÇÃO
DA APTFERIDAS
(Paulo Alves)


O PRESIDENTE
DO CONGRESSO
(Paulo Ramos)


A PRESIDENTE DA COMISSÃO
ORGANIZADORA
(Anabela Moura)



O Presidente da República

ALDO CIENTÍFICO

FCT

Fundação
para a Ciência
e a Tecnologia

IMPRESSO EM PAPEL RECICLADO

INTELE
TUALIDADE
CERTIFICADA

Abordagem Terapêutica ao recém-nascido submetido a cirurgia abdominal internado numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: estudo de caso sobre a intervenção na ferida

Liliana Abreu, RN, MS Student, ESEL, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte enf_liliana_abreu@hotmail.com
Joana Silva, RN, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital de Santa Maria - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte enf.josilva@gmail.com
Maria Graça Rolão, RN, MS, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, Hospital Santa Maria, PT, grolão@sapo.pt
Maria Alice Curado, RN, MS, PhD, Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, ESEL, acurado@esel.pt

INTRODUÇÃO O Cuidado ao recém-nascido (RN) prematuro é um desafio constante na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. O aparecimento de novas tecnologias terapêuticas, possibilitou uma maior sobrevivência destes seres tão frágeis e simultaneamente tão resistentes. Apesar da tecnologia de apoio, continuam a existir complicações, sendo a enterocolite necrosante (ECN) uma das mais frequentes e com maior taxa de mortalidade e morbilidade¹. A ECN é uma doença inflamatória do intestino, que leva à isquémia e necrose, com etiologia desconhecida ocorrendo com mais frequência nos recém-nascidos prematuros². Sendo que, mais de 85% da ECN são em recém-nascidos de muito baixo peso (<1500gr) e/ou com idades gestacionais muito baixas (< 32 semanas)² e só algumas têm indicação cirúrgica.

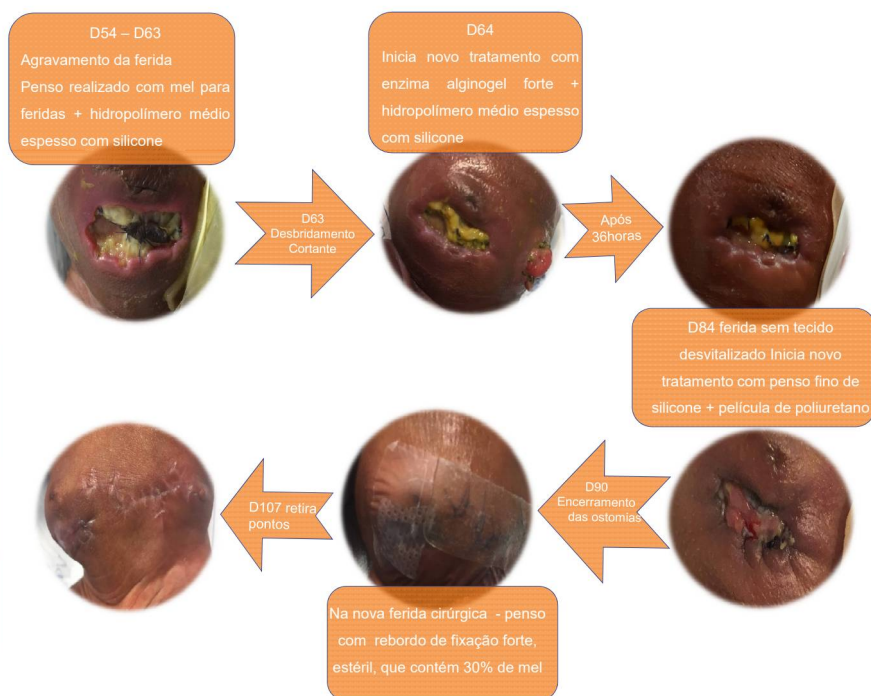
A cirurgia apresenta várias facetas que interferem nos cuidados. Provoca dor e stress significativo no RN mas também na sua família, o que exige práticas informadas e baseadas em evidências para que as famílias estejam preparadas para entender e tomar decisões aquando do procedimento cirúrgico mas também no pós-operatório³. O enfermeiro é o profissional que deve assegurar "aos pais que as necessidades dos bebés relacionadas com a gestão da dor no período pós-operatório serão avaliadas e tratadas"⁴. Assim como, o conforto, que segundo Kolcaba (2005) "a intervenção de enfermagem é a ação de confortar e que o conforto é o resultado dessa intervenção."

EVOLUÇÃO CLÍNICA



DESCRIÇÃO DO CASO

Contextos onde o conforto é experimentado	Tipos de Conforto ⁷			
		Alívio	Tranquilidade	Transcendência
	Físico	Dessaturação Choro Braços e pernas agitadas Dor	Respiração suave Tónus relaxado Sucção não-nutritiva Posicionamento Contenção	Melhor estado de auto-regulação
	Psico-espiritual	Ansiedade da mãe da separação do bebé	A capacidade da mãe de confortar o bebé	A necessidade dos pais de apoio espiritual e confiança da equipe da UCIN e da família / amigos
	Ambiental	UCIN barulhenta Luzes intensas Numerosos cuidadores	Comportamento organizado Contenção Redução da luz/som	Melhor estado de auto-regulação
	Social	Irritabilidade e dificuldade em ser consolado	Estado de alerta Estado de sono	Capacidade de interação do Bebê



RESULTADOS Os recém-nascidos não podem verbalizar a sua dor, mas os profissionais de saúde podem fazer uma observação sistematizada do RN, utilizando o instrumentos de avaliação e medidas de conforto. A infecção da ferida cirúrgica é uma causa importante morbilidade e mortalidade nas unidades de cuidados intensivos neonatais, o que é corroborado pelos dados estatísticos que mostram que 27- 61% das feridas cirúrgicas neonatais podem ser infetadas⁵. A observação destas características, a avaliação da condição geral do RN e a experiência dos profissionais de saúde são fatores determinantes para uma decisão terapêutica adequada e eficaz⁶. Na última década verifica-se um maior interesse pelo estudo das feridas devido facto de terem surgido na evidência científica e novos tratamentos e novos materiais terapêuticos³. A formação e a partilha de informação nas equipas de saúde, não é suficiente para combater as necessidades existentes, é fundamental que a tomada de decisão clínica seja baseada na evidência científica com o objetivo de uniformizar a avaliação da ferida, a intervenção e os registos de enfermagem.

CONCLUSÃO A existência de instrumentos de avaliação da ferida com dados relativos a tipo de lesão, o tratamento instituído e a sua evolução, e o registo fotográfico da lesão e aplicação do tratamento apropriado, são cruciais para a monitorização da ferida e continuidade dos cuidados. Neste estudo de caso, e apesar de não haver ainda um instrumento de avaliação, a fotografia foi um meio auxiliar fundamental para avaliar a intervenção nesta ferida (cirúrgica) e a sua evolução em resposta à intervenção de enfermagem ao recém-nascido submetido a cirurgia ao tratamento da ferida cirúrgica.

BIBLIOGRAFIA

Tamez, R. (2013). *Enfermagem UTI Neonatal*. Rio de Janeiro, Brasil: Guanabara Koogan. ⁷Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência. ⁵Sharma, R., & Hudak, M. L. (2013). A Clinical Perspective of Necrotizing Enterocolitis. *Elsevier*, 27-51. ⁴Dias, C., Lopes, J., Martins, L., Santos, M., Antunes, T., & Cardoso, R. (2013). *Manual de Boas Práticas no Tratamento de Feridas*. Lisboa: ACES Lisboa Norte. ⁶Ibets, M. et al. (2015). Infecção de ferida cirúrgica neonatal: encuesta multicéntrica sobre medidas profiláticas. *Cirurgia Pediátrica*, 28 (1). Acedido a 1-6-2019. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000902271500028>. ³Sousa, P. & Santos, I. (2007). Cuidando da pessoa com ferida cirúrgica: estudo de caso. *Referência*, (4), 25-33. ²Kolcaba, K. & Dillmarco, M. (2005). Comfort Theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric nursing*, 31 (3), 187-194. Acedido a 1-5-2019. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/7686145_Comfort_Theory_and_its_application_to_pediatric_nursing

ANEXO III

**CERTIFICADO DE PRESENÇA NO 48º CONGRESSO PORTUGUÊS DE
NEONATOLOGIA**



48^o
Congresso
Português
Neo
natologia

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Liliana da Rosário Abreu Pombeira

Esteve presente no 48º Congresso Português de Neonatologia que se realizou em
Lisboa, de 4 a 6 de dezembro de 2019

Joana Saldanha, Presidente da SPN

ANEXO IV

**CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO IV ENCONTRO DE ENFERMEIROS
DE NEONATOLOGIA DA ÁREA DE LISBOA**

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO



IV ENCONTRO DE ENFERMEIROS DE NEONATOLOGIA DA ÁREA DE LISBOA

Cuidados Neuroprotetores: Viver Sem Trauma

Certifica-se que Liliana do Rosário Abreu Pombeira esteve presente no IV Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da área de Lisboa, subordinado ao tema principal, "Cuidados neuroprotetores: viver sem trauma", que decorreu nos dias 14 e 15 de Novembro de 2019, no Auditório da ESEL — Pólo Artur Ravara, Lisboa.



Enfermeiros Neonatologia
Área de Lisboa

A COMISSÃO ORGANIZADORA

Maria Theresia Vasconcelos

Silvia Rita da Almeida

