

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Estimulação Tátil no Desenvolvimento Psicossocial da Criança

Projeto de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas
na Área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Autor

Joana Catarina Pereira Andrade

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

Estimulação Tátil no Desenvolvimento Psicossocial da Criança
Projeto de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas
na Área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Tactile Stimulation in the Psychosocial Development of Children
Specialized Clinical Skills Development Project in the Area of Child and
Pediatric Health Nursing

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientador(es)

Henriqueta Ilda Verganista Martins Fernandes
Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

Júlia Maria Sousa Neto
Professor Adjunto, Mestre

Autor

Joana Catarina Pereira Andrade

Porto, 2024

RESUMO

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e da Unidade Curricular “Estágio de Natureza Profissional Módulo II” surge o relatório que pretende espelhar o trajeto efetuado para a aquisição e desenvolvimento das competências comuns e específicas inerentes à referida especialidade e atribuição do título de mestre. Neste percurso teve-se como área de aprofundamento: “Estimulação Tátil no Desenvolvimento Psicossocial da Criança”, sustentada na consciencialização da sua importância no desenvolvimento sensorial e psicossocial da população pediátrica.

Os estágios de natureza profissional foram realizados em cuidados de saúde primários e diferenciados e apresenta-se a sua descrição. Enfatiza-se o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey pela promoção do envolvimento ativo dos pais e da criança/adolescente, valorizando o seu conhecimento e capacidades. E ainda, o Modelo de transição de Meleis, com enfoque, na tipologia desenvolvimental e saúde-doença, nos fatores condicionantes e na aquisição da mestria. Implementaram-se terapêuticas de enfermagem promotoras da consciencialização, envolvimento, preparação antecipada, desenvolvimento de conhecimentos e de capacidades e estas foram concretizadas tendo por base o planeamento e implementação de intervenções autónomas e interdependentes.

Para documentação da conceção de cuidados utilizou-se os sistemas informáticos em uso nas organizações de saúde e a plataforma educacional e4nursing alinhada com a Ontologia de Enfermagem, para apresentação dos quatro estudos de casos clínicos que replicaram situações vivenciadas nos referidos contextos. Para demonstrar a aprendizagem das competências comuns e específicas procedeu-se à análise crítico-reflexiva dos contributos para o seu desenvolvimento e de acordo com o enquadramento legal, considerando os domínios, as competências pertencentes aos mesmos, e as unidades de competência e critérios de avaliação correspondentes.

Assume-se que a aprendizagem e o aprimoramento, permitem assumir o papel de enfermeira especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, vinculada ao desempenho de um papel ativo e preponderante na promoção e melhoria de práticas de enfermagem mais sensíveis, humanizadas e direcionadas conseguindo garantir a segurança e qualidade dos cuidados à população pediátrica.

Palavras Chave: Saúde Infantil e Pediátrica; Competências; Estimulação Tátil; Desenvolvimento Infantil; Conceção de Cuidados.

ABSTRACT

This report is presented in the scope of the Professional Masters Course in Child and Pediatric Health Nursing and the Curricular Unit "Professional Nature Internship Module II,". It aims to reflect the acquisition and development of both common and specific competencies inherent to this specialty and the awarding of the master's degree. This report focused on: "Tactile Stimulation in the Psychosocial Development of Children," grounded in the awareness of its importance in the sensory and psychosocial development of the pediatric population.

Professional nature internships were conducted in primary health care and differentiated care and their descriptions are provided. Emphasis is placed on Anne Casey's Care Partnership Model for promoting active involvement of parents and children/adolescents, valuing their knowledge and skills. Additionally, Meleis's Transition Theory is highlighted, focusing on developmental typology and health-illness; conditioning factors; and mastery acquisition. Nursing therapeutic interventions promoting awareness, involvement, advance preparation, knowledge, and skill development were implemented. These were executed based on planning and implementing autonomous and interdependent interventions.

For documenting care conception, the information systems used in healthcare organizations and the e4nursing educational platform aligned with Nursing Ontology were utilized for presenting the four clinical case studies replicating situations experienced in the mentioned contexts. To demonstrate the learning of common and specific competencies, a critical-reflexive analysis was conducted on contributions to their development, in accordance with legal frameworks, considering the domains, competencies belonging to them, and corresponding competence units and evaluation criteria.

It is taken for granted that learning and enhancing enables the adoption of the role of a specialist nurse in Child and Pediatric Health, linked to the performance of an active and predominant role in promoting and improving more sensitive, humanized, and targeted nursing practices, ensuring the safety and quality of care for the pediatric population.

Key Words: Child and Pediatric Health; Competencies; Tactile Stimulation; Child Development; Care Conception

ABREVIATURAS

AAP – American Academy of Pediatrics

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACS – Alto Comissariado da Saúde

APR – Atendimento Pediátrico Referenciado

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPAP – Continuous Positive Airway Pressure

CVP – Cateter Venoso Periférico

DGS – Direção Geral da Saúde

ECI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia

ENP – Estágio de Natureza Profissional

FIV – Fertilização in Vitro

GPT – Grupo Português de Triagem

IAC – Instituto de Apoio à Criança

ICNP – International Council of Nurses

MESIP – Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

NACJR – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RCF – Restrição do Crescimento Fetal

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RN – Recém-Nascido

RNP – Recém-Nascido Prematuro

SIP – Saúde Infantil e Pediátrica

SN – Serviço de Neonatologia

SNIP – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

SPN – Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

TEA – Transtorno do Espectro do Autismo

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

UMAD – Unidades Móveis de Apoio ao Domicílio

USF – Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	11
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	19
3. CASO CLÍNICO EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO CIRÚRGICO PEDIÁTRICO	27
3.1. Enquadramento teórico	27
3.2. Clientes	31
3.3. Medicação	31
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	31
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	34
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	35
3.5. Domínios	37
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	37
3.6. Conceção de Cuidados	40
3.7. Especificação das intervenções	47
3.8. Síntese relativa ao caso	54
4. CASO CLÍNICO EM CONTEXTO DE UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR	59
4.1. Enquadramento teórico	59
4.2. Clientes	62
4.3. Medicação	63
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	63
4.4. Domínios	64
4.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	64
4.5. Conceção de Cuidados	68
4.6. Especificação das intervenções	71
4.7. Síntese relativa ao caso	76
5. CASO CLÍNICO EM CONTEXTO DE NEONATOLOGIA	79
5.1. Enquadramento teórico	79
5.2. Clientes	84
5.3. Medicação	84
5.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	85
5.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	86
5.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	88
5.5. Domínios	91
5.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	92
5.6. Conceção de Cuidados	99
5.7. Especificação das intervenções	105

5.8. Síntese relativa ao caso	113
6. CASO CLÍNICO EM CONTEXTO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA	117
6.1. Enquadramento teórico	117
6.2. Clientes	120
6.3. Medicação	121
6.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	121
6.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	123
6.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	124
6.5. Domínios	125
6.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	125
6.6. Conceção de Cuidados	128
6.7. Especificação das intervenções	133
6.8. Síntese relativa ao caso	139
7. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	143
8. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	173
9. BIBLIOGRAFIA	177
ANEXOS	221

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP) é parte integrante da estratégia de educação pós-graduada da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e concebida com base na interligação entre a pesquisa, o ensino e a prática de cuidados. Está, também, em consonância com os padrões e diretrizes estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para a formação especializada nessa área (ESEP, 2022), durante um período de três semestres e combinando as componentes teóricas e práticas (OE, 2021), conforme o plano de estudos, também, acreditado pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (ESEP, 2021).

A decisão de ingressar no MESIP foi permeada por motivações intrínsecas e extrínsecas, mas todas convergindo para um propósito: o cuidado e o bem-estar da população infantojuvenil. Esta escolha vai além da aspiração académica, refletindo uma profunda ligação pessoal e um compromisso profissional sustentado no facto das crianças e adolescentes, pela sua natureza desenvolvimental, requererem uma abordagem de cuidados específica e sensível atendendo às particularidades do seu crescimento e desenvolvimento, onde se reconhece que a enfermagem desempenha um papel crucial. A isto acrescem as exigências do “modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.19192) dos cuidados prestados pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) num trabalho que se desenvolve em parceria nos contextos hospitalares e da comunidade, tendo em vista, “a promoção da saúde, a prestação de cuidados à criança doente ou saudável e a educação para a saúde, assim como a identificação e mobilização de recursos quando necessário” (Regulamento n.º 422/2018, 2018 p.19192).

O relatório que se apresenta resulta do estágio de natureza profissional (ENP), da unidade curricular Módulo I e II, que foram realizados nos cuidados de saúde primários e diferenciados: Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Serviço de Internamento Pediátrico, Serviço de Neonatologia (SN) e Serviço de Urgência Pediátrica (SUP). E, ainda, decorre do aprofundamento da área temática: “Estimulação tátil no desenvolvimento psicossocial da criança”. Tendo por finalidade demonstrar o processo de aprendizagem de desenvolvimento de competências comuns e especializadas do EESIP, que se concretiza nos seguintes objetivos:

- Descrever os contextos clínicos de aquisição das competências do EESIP;
- Especificar as atividades desenvolvidas nos contextos dos cuidados de saúde primários e diferenciados e o seu contributo para o desenvolvimento de competências comuns e especializadas do EESIP;

- Relacionar a tomada de decisão e as ações promotoras do desenvolvimento de competências na área com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica (ESIP);
- Demonstrar o julgamento clínico especializado e a complexidade das intervenções no âmbito da prática clínica, através da conceção de cuidados documentada na plataforma educacional E4nursing pela Ontologia de Enfermagem;
- Refletir de forma crítica e baseada na evidência, com especial foco na temática: “Estimulação tátil no desenvolvimento psicossocial da criança”.

O interesse pelo enfoque na área temática supracitada emergiu pela consciencialização profissional do papel fundamental que a estimulação tátil desempenha no desenvolvimento infantil e pelo desejo de aprofundar a relação do toque e da interação física com o desenvolvimento sensorial e psicossocial da população pediátrica. Estamos convictos que a compreensão do impacto da estimulação tátil no desenvolvimento saudável das crianças pode contribuir para uma prática de cuidados mais sensível e eficaz. Neste sentido, realizamos uma revisão bibliográfica orientada pelos princípios da revisão integrativa da literatura, por permitir a incorporação da evidência na prática, contribuindo para a tomada de decisão e melhoria da mesma (Souza et al., 2010). Esta teve como objetivos: identificar teorias da vinculação; relacionar toque versus estimulação tátil; e perceber a relação entre o sistema tátil, o toque e a estimulação tátil. Neste processo consideramos as seguintes etapas:

- A formulação da questão de partida: “Qual a importância da estimulação tátil no desenvolvimento psicossocial da criança?” e da frase booleana de pesquisa que combinava termos MESH e livres relevantes para a temática: ((Pediatrics OR “Parenthood” OR Parents) AND (“Skin Stimulation” OR “Tactile Stimulation” OR Touch OR “Tactile communication”) AND (“Emotional Responses” OR Emotional Regulation OR “Relational Care”) AND (“Psychosocial Development”));
- O estabelecimento de critérios de inclusão: artigos publicados entre 2020-2024, nos idiomas português, francês, espanhol e inglês, texto integral; e nos critérios de exclusão: artigos que não correspondam aos objetivos; qualquer outro idioma que não corresponda aos critérios de inclusão; artigos sem acesso a texto integral.
- A pesquisa no agregador de conteúdos científicos: EBSCO (MEDLINE e CINAHL) e na plataforma de comunicação científica OpenAIRE A.M.K.E;
- A extração e síntese da informação (Souza et al., 2010).

A partir da formulação dos objetivos destacamos os principais resultados:

- A teoria da vinculação de Bowlby refere a existência de um sistema psicobiológico inato nas crianças que as motiva a procurar e manter proximidade com a figura de vinculação,

com função de proteção. Esse sistema desenvolve-se a partir das seis semanas de idade e evolui numa relação direta entre as respostas dessa figura às situações de sofrimento e desconforto da criança. A procura de proximidade surge como um mecanismo instintivo de regulação (Silva, 2014). O bem-estar, conforto e a aprendizagem das crianças dependem do cuidado relacional (Brummelman et al., 2019; Noddings 2013) que requer o desenvolvimento do sentimento interpessoal de intimidade, confiança e sintonia emocional (Taggart, 2016) promotores do desenvolvimento social, cognitivo e físico (Hertenstein et al., 2009; Noddings, 2013; Taggart, 2016);

- Importa ressaltar que o corpo, ao assumir uma função de intermediário, é a base da relação com os outros que permite o desencadear de uma ação-reação a cada interação recebida. Assim, a necessidade do toque não se limita aos primeiros meses de vida, visto que este é uma necessidade vital básica e o ser humano está configurado para tocar e ser tocado durante toda a vida (Brzozowska, 2021). Daniel Siegel (1998) defende que as relações humanas ajustam a construção cerebral e que o toque, especificamente, ativa conexões neuronais específicas gerando novas sinapses e reforçando as já existentes (Barnett, 2005), com efeitos nos níveis de cortisol (Vittner et al., 2017), na variabilidade da frequência cardíaca (Van Puyvelde et al., 2019) e na atividade de norepinefrina (Gerhardt, 2017);

- Ao considerar o toque como uma forma de comunicação, devem considerar-se as características do estímulo tátil, a localização, a duração, a frequência e a extensão, já que estas se relacionam com um aspeto diferente da mesma (Hertenstein, 2002). O toque interpessoal é uma importante forma de interação, possui várias funções, incluindo a comunicação emocional e modulação de vínculos interpessoais (Gallace, & Spence, 2010). Além disso influencia medidas fisiológicas e comportamentais, afetando o comportamento exploratório infantil (Kuhn et al., 1991; Wass & Smith, 2014; Vittner et al., 2017; Van Puyvelde et al., 2019);

- O toque materno sensível durante a infância está associado a uma melhor adaptação social, incluindo um aumento da orientação social em crianças de quatro a seis anos (Reece et al., 2016), níveis mais elevados de comportamentos de confiança com desconhecidos e menor viés de atenção para ameaças sociais entre crianças, socialmente ansiosas, de oito a 10 anos (Brummelman et al., 2019);

- O toque de conforto tem eficácia na regulação emocional, ajuda o corpo do recetor a relaxar, altera as sensações corporais (Hertenstein et al. 2009) e promove a cognição social na criança (Crucianelli & Filippetti, 2020). O contacto mãe/recém-nascido promove a regulação da temperatura, o sono tranquilo e a respiração, desde os primeiros dias de vida (Winberg, 2005). Esta estimulação tátil: (1) aumenta a atividade parassimpática e consequente, diminuição da frequência cardíaca (Fairhurst, et al., 2014); (2) diminui os

níveis de cortisol, hormona associada à capacidade do organismo de responder ao stress e manter a homeostasia (Mörelus et al., 2015; Gerhardt, 2017; Eckstein et al., 2020); (3) aumenta os níveis de oxitocina que modelam a reatividade ao stress, o que culmina com a elevação da atividade do hemisfério direito, responsável pelas emoções e pela sensação de calma (Gerhardt, 2017).

- O conceito de toque e de estimulação tátil estão relacionados com o sentido do tato e envolvem o contato físico com a pele, considerada um órgão social que facilita a ligação (Dunbar, 2010). No entanto, existe uma diferença entre estes conceitos: o primeiro é a perceção tátil resultante do contato físico direto, consistindo numa interação sensorial e percetual que envolve a sensação de pressão, de temperatura, de textura e de outras características físicas; e o segundo refere-se à aplicação de estímulos físicos na pele com o propósito específico de ativar o sentido do tato e influenciar as respostas sensoriais e percetuais. A estimulação tátil pode envolver diferentes técnicas, como pressão, fricção, texturas e movimentos específicos, e é frequentemente utilizada em contextos terapêuticos, para modular a resposta sensorial e promover benefícios físicos e emocionais (Björnsdotter, et al., 2009).

- O sistema tátil é composto pela sensibilidade exteroceptiva, proprioceptiva e interoceptiva através das quais a criança recolhe, inicialmente, a informação do seu corpo e do meio que a envolve permitindo uma resposta posterior (Bárcia & Sá, 2010). Os sistemas neurológico e sensorial funcionam como entidades interdependentes. As experiências sensoriais são registadas no cérebro e provocam uma resposta comportamental, que por sua vez gera uma resposta sensorial. Esta ação e reação cíclica interdependentes são o alicerce do desenvolvimento neuro comportamental e neuro sensorial (Altimier & Phillips, 2016), afetando a regulação emocional e a formação de vínculos afetivos (Dunbar, 2010; McLaughlin, et al., 2015);

- O sistema C-tátil está sintonizado com as propriedades do toque suave e desempenha um papel crucial na integração de aspetos fisiológicos, cognitivos e afetivos (Morrison et al., 2010). Estudos recentes sugerem que as fibras C táteis ativam áreas cerebrais associadas aos estados afetivos, levando à hipótese que estas desempenham um papel central na codificação das propriedades afetivas, originando o "toque social" como o abraço e segurar a mão (Ali et al., 2023). O simples ato de segurar a mão de alguém, envolve diferentes graus de força exercida mediante o motivo pelo qual a segura ou a agarra (Sened, et al., 2023). Isto pode diminuir a dor física, (Goldstein, et al., 2018), a dor emocional (Sahi, et al., 2021), e reduzir a ansiedade pré-cirúrgica (Sriramka, et al., 2021).

O toque e a estimulação tátil estão presentes na filosofia de cuidados centrados na família (Young et al., 2006), que garante os cuidados à criança e ao adolescente, considerando a família como um todo e reconhecendo todos os seus membros como alvo dos cuidados (Shields &

Hunter, 2006). Esta filosofia assenta em nove princípios centrais:

“(a) reconhecimento da família como uma constante na vida da criança; (b) facilitação da colaboração entre os pais e os profissionais de saúde em todos os níveis dos cuidados de saúde; (c) respeito pela diversidade racial, étnica, cultural e socioeconómica das famílias; (d) reconhecimento das forças e individualidade de cada família, respeitando os diferentes métodos de coping; (e) partilha contínua com a família de informação completa e sem enviesamento; (f) encorajamento e facilitação do suporte familiar e em rede; (g) resposta às necessidades de desenvolvimento da criança e família como parte integrante das práticas de cuidados de saúde; (h) adoção de políticas e práticas que atribuam às famílias suporte emocional e financeiro; (i) e planeamento de cuidados de saúde flexíveis, culturalmente competentes e que deem resposta às necessidades da família” (Shields et al., 2007, p.3).

Nesta perspetiva, em ambiente pediátrico, a Parceria de Cuidados de Anne Casey é o modelo em uso, no qual se promove o envolvimento ativo dos pais e da criança/adolescente, em função das capacidades e desejo dos mesmos (OE, 2015c). Os enfermeiros devem entender os pais como elementos ativos na equipa, valorizando o seu conhecimento sobre o(a) filho(a) e a sua vontade de contribuir nas diferentes transições, assumindo a sua capacitação e empoderamento (Monteiro & Cerqueira, 2020).

O conceito de transição é central para a prática de enfermagem, pelo que assistir as pessoas nesse processo constitui um foco das intervenções terapêuticas de enfermagem. Assim, o conhecimento e a capacidade transmitidos aos clientes podem ser facilitadores da aquisição da mestria e da integração fluida de identidade (Meleis, 2000). E, ainda, é essencial, quando possível, que essa intervenção se realize num período antecipatório e de preparação para a mudança de papéis, reduzindo os efeitos negativos que possam advir da transição (Nunes, 2019) desencadeando respostas positivas e capazes de restabelecer a sensação de bem-estar (Meleis, 2000).

A criança/adolescente vivencia, continuamente, momentos de marcado desenvolvimento e crescimento que resultam em mudanças favorecedoras da transição, expectáveis de ocorrer ao longo do ciclo vital, passando de um estágio desenvolvimental para o outro e serão tanto melhores, quanto mais eficaz e salutar for a experiência vivida (Hockenberry & Wilson, 2018; Meleis et al., 2000). Na compreensão deste tipo de transição concorre a premissa de que o desenvolvimento infantil desempenha um papel crucial no desenvolvimento humano, pois durante os primeiros anos, a arquitetura cerebral é moldada pela interação entre fatores genéticos e influências ambientais (Shonkoff et al., 2012). Na literatura, encontramos, diversas perspetivas, que sumariamente apresentamos:

- Sigmund Freud refere que “a personalidade se forma nos primeiros anos de vida, momento em que as crianças passam por conflitos inconscientes entre os seus impulsos biológicos inatos e as exigências da sociedade” (Papalia et al., 2006, p. 67);

- Jean Piaget aponta que as crianças passam por quatro estágios: (1) sensório-motor (zero-dois anos), no qual exploram o mundo através dos sentidos e das ações motoras; (2) pré-operacional (dois-sete anos), período em que desenvolvem habilidades de linguagem e pensamento simbólico, embora, apresentem dificuldade na compreensão do ponto de vista do outro e do pensamento lógico; (3) operacional concreto (sete-onze anos), otimizam o pensamento lógico e concreto; (4) operacional formal (mais de onze anos), desenvolvem o pensamento abstrato e hipotético e elaboram um raciocínio sobre conceitos abstratos e resolvem problemas de forma mais sofisticada (Papalia, 2006);
- Erik Erickson centrou-se no desenvolvimento psicossocial, destacando o papel das experiências sociais e emocionais na formação da identidade. Propôs estágios que abrangem toda a vida, em que cada um deles apresenta um conflito psicossocial central que necessita ser resolvido para se alcançar um desenvolvimento saudável. No contexto infantil, os estágios incluem confiança versus desconfiança (zero-um ano), autonomia versus vergonha e dúvida (um-três anos), iniciativa versus culpa (três-seis anos), e indústria versus inferioridade (seis-doze anos) (Papalia, 2006).
- Bronfenbrenner enfatiza os sistemas contextuais, nos quais a criança está inserida e esta é central, enquanto ser individual (Collodel-Benetti et al., 2013) e Vygotsky direciona o seu foco para o contexto social, cultural e histórico do qual a criança é parte integrante, sendo possível compreender o desenvolvimento cognitivo que envolve a análise dos processos sociais, dos quais emerge o pensamento (Papalia, 2006).

É importante, reconhecer que o desenvolvimento infantil não ocorre de maneira linear e que as crianças podem progredir através dos estágios de forma e ritmo diferentes, sob influência de fatores contextuais, como a cultura, a família e o ambiente (Hockenberry & Wilson, 2014).

Para além da transição desenvolvimental, a criança/adolescente perante um evento de doença, inicia a transição saúde-doença, cuja complexidade varia em função da sua duração, gravidade, prognóstico, entre outros fatores, e do grau de exigência na aquisição de novos conhecimentos e capacidades. Neste sentido, a criança pode vivenciar uma transição múltipla, não relacionada e simultânea (Meleis, 2000). Neste contexto, a hospitalização surge frequentemente como um fator condicionador, nomeadamente, pela vulnerabilidade da criança/adolescente inerente à mudança do estado de saúde e do ambiente habitual e, ainda, aos escassos mecanismos para enfrentar os fatores geradores de stress e à imaturidade cognitiva intrínseca à idade (Hockenberry & Wilson, 2018; Lerwick, 2013). Os enfermeiros, pelo contacto mais próximo com os pais, assumem um papel facilitador nos diferentes processos de transição, tendo a família como parceira nos cuidados, pela aceitação, reconhecimento, valorização e promoção das suas capacidades (OE, 2011). Acresce, ainda, o contexto familiar como fator crucial para o cuidado, pelo envolvimento e suporte que dão à vida e à saúde dos seus membros (Bastos et al., 2022). Cada um deles pode experienciar transições de diferentes naturezas, que afetam o indivíduo e a

família como um todo (Zhang, 2018).

No decorrer das transições os enfermeiros implementam terapêuticas de enfermagem no sentido de promover a consciencialização, o envolvimento, a preparação antecipada, o desenvolvimento de conhecimentos e de capacidades, e ajudam a perceber os significados, as crenças culturais e as atitudes (OE, 2010; Meleis et al., 2000). Os resultados obtidos podem ser influenciados pelo estágio de desenvolvimento da criança e pelo nível de literacia em saúde dos pais, e quanto maior a sua capacidade de compreensão, usabilidade, acessibilidade e avaliação da informação e serviços de saúde, melhor resposta poderão dar às necessidades da criança/adolescente para promover e manter uma boa saúde e bem-estar (Ribas et al., 2005, WHO, 2021).

Neste âmbito, a informoterapia constitui um recurso que proporciona segurança e efetividade às referidas terapêuticas, e cujos princípios: pessoa, momento, estratégia e informação certas promovem a tomada de decisão e a ação baseadas na evidência científica favorecedoras de ganhos em saúde (OE, 2021). Esta possibilita também a aprendizagem de conhecimentos e capacidades capazes de transformar positivamente os comportamentos e as atitudes das pessoas face à saúde e facilita a aquisição dos resultados de mestria e integração fluida da identidade da díade pais- criança/adolescente (Cardoso, 2011; Meleis, et al, 2000).

Importa, realçar a relevância da documentação das terapêuticas de enfermagem implementadas utilizando a sistematização da assistência de enfermagem, com recurso a uma linguagem padronizada para a promoção da qualidade e da segurança dos cuidados de enfermagem prestados à criança/adolescente e família (Toniolo et al., 2022). Durante a realização do ENP utilizamos o SClínico, software que tem como referencial a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), que pretende a uniformização dos procedimentos de registos clínicos para assegurar a standardização da informação, alinhando-se com a estratégia do Ministério da Saúde (SPMS, 2019) e facilita a criação de condições favoráveis para a produção dos cuidados com recurso a uma metodologia científica. No contexto académico, para a conceção de cuidados, utilizamos a plataforma educacional e4Nursing, cuja arquitetura tem por base as etapas do processo de tomada de decisão clínica e a estrutura de conteúdos sustenta-se na Ontologia de Enfermagem, aprovada pela OE (OE, 2020; ESEP, 2023). A Ontologia é:

“uma descrição de conceitos e relacionamentos que devem ser considerados por um agente ou uma comunidade de agentes (...) é um modelo de referência que representa um conjunto de conceitos dentro de um domínio, bem como os relacionamentos entre estes, (...) comporta quatro classes de informação: dados que resultam da avaliação a partir do cliente, diagnósticos, objetivos e intervenções de enfermagem” (ESEP, 2024, s.p.).

A estrutura do presente relatório, no que se reporta ao desenvolvimento, organiza-se em seis capítulos, que de forma sequencial a seguir apresentamos:

- Caracterização dos contextos clínicos: contextualizando os quatro contextos do ENP: serviço de internamento (SI), unidade de cuidados na comunidade (UCC), serviço de neonatologia e serviço de urgência pediátrica (SUP), no que se reporta às características-recursos físicos e humanos; método de trabalho usado e modelo de trabalho em equipa; e projetos de melhoria contínua.
- Apresentação de quatro estudos de caso, cuja realização teve por base a replicação de situações vivenciadas nos contextos ENP, expressos no terceiro, quarto quinto e sexto capítulos, destinando-se demonstrar a capacidade de julgamento clínico especializado e a complexidade das intervenções no âmbito da prática clínica, através da conceção de cuidados documentada na plataforma E4nursing pela Ontologia de Enfermagem, que a seguir sintetizamos: Estudo de caso 1: Internamento Cirúrgico Pediátrico- retrata o caso de uma criança de nove anos no primeiro dia pós apendicectomia; Estudo de caso 2: Unidade de Saúde Familiar- refere o caso de um lactente de seis meses que veio à consulta de vigilância de saúde infantil em USF; Estudo de caso 3- Serviço de Neonatologia- representa o caso de um neonato prematuro internado no serviço de Neonatologia com suporte ventilatório não invasivo e o Estudo de caso 4- Serviço de Urgência Pediátrica- expõe o caso de uma criança de três anos que deu entrada no serviço de urgência pediátrica por quadro de febre e sintomatologia respiratória.
- E por último o capítulo dos contributos para o desenvolvimento de competências, onde são descritas as atividades que concretizaram e contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EESIP.

Ao longo do relatório, utiliza-se a designação de cliente pediátrico, no sentido, binómio criança/adolescente – família, em que o primeiro se refere à “pessoa com menos de 18 anos de idade” que, pela sua condição desenvolvimental e crescimento, está “dependente dos cuidados da família, como forma, de suprimir as suas necessidades” que “ao adquirir novas capacidades e conhecimentos que lhe permite ser progressivamente mais independente, até alcançar a autonomia” (OE, 2017, p.4). E o segundo, “compreende o conjunto de indivíduos que possui a responsabilidade de prestar cuidados à criança/jovem”, exercendo uma forte influência no seu crescimento e desenvolvimento”. Na generalidade, refere-se aos pais, no entanto, podem ser incluídas “outras pessoas significativas/prestador informal de cuidados” (OE, 2017, p.4).

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

As orientações da OE (2021) norteiam o programa formativo do MESIP conducente à atribuição do título de ESIP, para a realização de ENP I e II, em quatro contextos clínicos: internamento de cirurgia pediátrica, cuidados na comunidade, neonatologia e urgência. Esta diversidade favoreceu a aprendizagem conducente ao desenvolvimento profissional, enquanto EESIP: pela melhoria da capacidade de adaptação, pela compreensão das particularidades de cada organização do Sistema Nacional de Saúde (SNS), setor público, e pela conceção de cuidados de enfermagem.

Realizamos os estágios em três organizações hospitalares sendo uma pertencente ao grupo III, classificada como Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado, integrando as especialidades de Cirurgia Pediátrica e Genética Médica e todas as subespecialidades ou unidades diferenciadas, com exceção da Cardiologia Pediátrica (SNS, 2016); outra integrada numa Unidade Local de Saúde (ULS), que englobava um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) que agrupava unidades funcionais de Centros de Saúde- USF, UCC, USP, SASU- (Decreto-Lei n.º 28/2008, 2008) de quatro áreas geográficas da cidade, garantindo a prestação de cuidados de saúde primários a um concelho nortenho que abrange 10 freguesias (Decreto- Lei n.º 102/2023, 2023) e outra pertencente também, a outra ULS que abrange 10 concelhos e engloba três ACES e duas Unidades Hospitalares, tendo o ENP sido realizado num Hospital do grupo II (Decreto-Lei n.º 102/2023, 2023).

A seguir realizamos a descrição dos contextos clínicos, nos quais foram realizados os referidos ENP.

Serviço de Internamento de Cirurgia Pediátrica

O serviço de internamento pediátrico visa tratar as condições médicas/cirúrgicas das crianças e adolescentes (com idades compreendidas entre os 29 dias e os 17 anos e 364 dias); oferecer-lhes suporte emocional, psicossocial e educacional, tal como às famílias, durante o período de hospitalização (Ministério da Saúde, 2008). O âmbito de ação deste serviço, durante a realização do ENP centrou-se, nos períodos pré e pós-operatório de cirurgias urológicas, de otorrinolaringologia e, ainda, todo o tipo de cirurgia geral. Acresce que por necessidade de gestão de vagas hospitalares atendeu situações do foro médico, conforme indicação do Plano de Contingência (DGS,2023).

Este serviço articulava-se diretamente com o Atendimento Pediátrico Referenciado (APR), com o Serviço de Neonatologia, com o Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos e com a Consulta Externa. E ainda, com a área de recursos partilhados, a área assistencial transversal e com

outras instituições de saúde hospitalares.

Um evento cirúrgico num cliente pediátrico pode ser traumático pelo grau de tensão, ansiedade e medo vivenciado, em função do período desenvolvimental e pela alteração da dinâmica diária da sua vida, no que se reporta às dimensões familiares, escolares e lúdicas (Aparecida et al., 2022). Deste modo, as intervenções autónomas dos enfermeiros no período peri-operatório são fundamentais, tendo sempre em linha de conta a sua adequação em função da idade, nível de desenvolvimento cognitivo, capacidade de enfrentar o evento, vivências anteriores na transição saúde-doença, tipo e momento do procedimento cirúrgico (OE, 2011).

Assim, no período pré-operatório (OE, 2011), as intervenções do enfermeiro são importantes, fundamentalmente, no que se refere ao domínio da realização da apreciação inicial (realização da anamnese e avaliação dos parâmetros vitais), da gestão da ansiedade através da realização de ensinamentos pré-operatórios aos pais e à criança/adolescente (Despacho n.º 6668/2017, 2017) e da implementação de estratégias para reduzir o medo e a ansiedade do cliente pediátrico (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Já as intervenções no período pós-operatório imediato- até às 24h (Riviera et al., 2022)- centram-se sobretudo no reconhecimento do desconforto e dor na criança, implementando intervenções interdependentes e autónomas para o alívio desses sinais e sintomas decorrentes das respostas corporais à doença, promovendo o conforto do cliente pediátrico; na avaliação hemodinâmica da criança/adolescente e nos cuidados com a ferida cirúrgica (Rossi et al., 2000). No pós-operatório mediato (24h-14dias) (Riviera et al., 2022), os principais domínios de atuação do enfermeiro (além dos demais) focam-se na recuperação, na reabilitação e na preparação para o regresso a casa (OE, 2011). Embora esta preparação deva começar no momento de admissão da criança/adolescente (Coleman & Berenson, 2004), é no período pós-cirúrgico mediato que se concentram os cuidados e vigilâncias essenciais para garantir um regresso seguro ao domicílio.

A estrutura física, deste serviço, era composta por seis espaços: (1) Admissão geral do cliente pediátrico (receção, sala de espera, que se encontra numa zona comum aos diferentes serviços); (2) Enfermarias dimensionadas para a lotação de 20 camas, distribuídas por quatro quartos individuais e oito duplos, com capacidade para o atendimento do cliente pediátrico, durante 24h por dia; (3) Armazenamento de materiais de consumo clínico; (4) Informação clínica (registos clínicos médicos, de enfermagem, passagem de turno); (5) Apoio (gabinete de chefia de enfermagem, salas de reuniões, de trabalho); (6) Tratamentos (com circuito de sujos e limpos) e (7) Lúdico, equipado com jogos didáticos adaptados aos períodos de desenvolvimento da criança/adolescente (ACS, 2009).

Os recursos materiais existentes eram recentes e modernos, incluindo os equipamentos médicos, instrumentos cirúrgicos, dispositivos de monitorização, mobiliário hospitalar e materiais de consumo.

Os recursos humanos disponíveis integravam uma equipa multidisciplinar (médicos,

enfermeiros, assistentes operacionais, profissionais de educação de infância, animador cultural). A equipa de enfermagem era constituída por um total de 22 enfermeiros, dos quais um gestor; 15 EESIP, um EEEMC, um EER e os restantes enfermeiros de cuidados gerais. Estes requisitos permitem afirmar que este serviço integra a dotação segura, ou seja, “dois enfermeiros especialistas em EESIP por cada três enfermeiros, sendo que deverá existir um EESIP em permanência 24 horas por dia” (OE, 2019, p. 140).

O método de trabalho utilizado era o individual, ficando o enfermeiro responsável pela prestação de cuidados na globalidade a um determinado número de clientes pediátricos (Ventura-Silva et al., 2021). A distribuição dos enfermeiros para o plano de trabalho foi realizada diariamente, sendo uma das responsabilidades do EESIP, que realiza o turno anterior.

As instituições de saúde estão continuamente em busca de condições e programas que possam ajudar a aprimorar, preservar e supervisionar o ambiente, considerando o seu impacto na qualidade dos serviços prestados (Maurício et al., 2017). Neste sentido, este serviço tinha em desenvolvimento projetos de melhoria da qualidade no âmbito dos cuidados paliativos pediátricos - com a formação de uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos pediátricos composta por duas EESIP, um médico com especialidade em pediatria, duas psicólogas clínicas e duas assistentes sociais. Este projeto tinha em vista ajudar o cliente pediátrico a ter uma melhor qualidade de vida; promover o conforto e aliviar o sofrimento; promover competências parentais no cuidado à criança/jovem com doença crónica; diminuir o número de internamentos e facilitar o acesso aos cuidados de saúde tanto em ambiente hospitalar/urgência, quanto em casa, através de uma articulação eficiente dos cuidados (Portaria n.º 66/2018, 2018). Um outro projeto focava-se na visita domiciliária pela Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD) que tinha como objetivo principal “adaptar os cuidados de suporte técnico domiciliário à realidade de cada família e diminuir as deslocações ao hospital, através de acompanhamento e aplicação de terapêuticas no domicílio” (Fundação do Gil, n.d.).

Unidade de Cuidados na Comunidade

As UCC oferecem cuidados de saúde, apoio psicológico e social, domiciliários e comunitários, focando-se, especialmente em pessoas, famílias e grupos em situações de vulnerabilidade, risco, dependência física ou doenças que necessitam de acompanhamento regular. E, ainda, desempenham um papel crucial na educação para a saúde, integração em redes de apoio familiar e implementação de unidades móveis de intervenção. A avaliação destas unidades é anual para garantir que os recursos de que dispõem correspondem às necessidades em saúde da comunidade (Despacho n.º 10143/2009, 2009).

O âmbito de ação desta UCC são os programas de intervenção: Preparação para o Parto e Parentalidade, Saúde Escolar, Gestão da Diabetes, Reabilitação, Saúde Mental, Cuidados Paliativos, Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e Rede Social. A gestão dos

primeiros quatro programas, por envolverem a população pediátrica, encontravam-se sob a responsabilidade dos EESIP e da EESMO, que no caso do programa de Gestão da Diabetes articulavam os intervenientes criança, família, escola e outros contextos comunitários (se necessário). Acresce, que a Saúde Escolar:

- abrange os níveis de educação por ciclos de ensino: pré-escolar (desde os 3 anos de idade até à entrada no ensino básico); o 1.º, 2.º e 3.º ciclos do ensino básico (dos seis aos quinze anos de idade) e o ensino secundário (dos 15 aos 18 anos de idade);
- engloba na população-alvo toda a comunidade educativa, que compreende crianças, estudantes, pessoal docente e não docente, pais/mães ou encarregados/as de educação;
- organiza-se em sessões promotoras da literacia da população, com estratégias adequadas ao “nível de desenvolvimento e ao escalão etário das crianças e dos jovens a que se destinam” (DGS, 2017, p.8).

Quanto à estrutura física, na UCC identificaram-se diferentes espaços: (1) Admissão geral – comum às outras unidades constituintes do ACES; (2) Sala de espera da UCC; (3) Duas salas de reuniões/sessões de educação para a saúde; (3) Dois gabinetes médicos; (4) Cinco gabinetes de enfermagem – alguns deles partilhados.

Os recursos materiais existentes consistem em material informático como computadores e projetores para a realização de reuniões e sessões de educação para a saúde; material de apoio para sessões às grávidas e no âmbito da enfermagem de reabilitação; materiais de consumo e viaturas para o uso dos profissionais nas deslocação ao domicílio ou sessões de educação para a saúde externas à UCC.

Dos recursos humanos era uma equipa multidisciplinar composta por um secretário clínico; assistentes operacionais que cooperavam com todas as unidades do ACES e do Centro de Saúde; um médico; um fisioterapeuta; dezasseis enfermeiros e um psicólogo. Da equipa de enfermagem faziam parte um enfermeiro gestor; três EESIP; duas EESMO; cinco enfermeiros especialistas em saúde comunitária; três enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação e dois enfermeiros de cuidados gerais.

O método de trabalho utilizado era o de equipa e a distribuição dos enfermeiros realizava-se em função dos programas acima referidos, sendo que desenvolvemos este ENP integrados numa equipa centrada na Saúde Escolar, cuja responsabilidade era de uma EESIP e uma EE em saúde comunitária.

Como projetos de melhoria de qualidade, implementados nesta UCC, incluía a existência de uma Equipa Local de Intervenção, integrada no Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, cujo objetivo passa por “apoiar as crianças dos 0 aos 6 anos em risco ou com atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias” (SNIPI, 2024). E ainda, existia o “Núcleo de Apoio

a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) cuja missão assenta nos mesmos princípios da “Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco”, da DGS (2008):

“a) Promover os direitos das crianças e jovens, em particular a saúde, através da prevenção da ocorrência de maus tratos, da deteção precoce de contextos, fatores de risco e sinais de alarme, do acompanhamento e prestação de cuidados e da sinalização e/ou encaminhamento dos casos identificados; b) Adequar os modelos organizativos dos serviços nesse sentido, incrementar a preparação técnica dos profissionais, concertar os mecanismos de resposta e promover a circulação atempada de informação pertinente” (Despacho n.º 31292/2008, 2008, p.49208).

Serviço de Neonatologia

O serviço de neonatologia tem por missão assegurar o bem-estar e o desenvolvimento saudável do recém-nascido prematuro (RNP) ou com condições de saúde complexas (AAP, 2017). Pelo que tem capacidade de prestar cuidados neonatais especializados, incluindo: “monitorização cerebral, monitorização hemodinâmica, assistência pré e pós-operatória em cirurgia geral neonatal, assistência pós-operatória em cirurgia cardíaca ou neurocirurgia, aplicação de hipotermia induzida, realização de técnicas dialíticas e hemodiafiltração, terapia com óxido nítrico, utilização de ECMO” (SNS, 2023a, p.35).

A população alvo são os RNP, RN de termo gravemente doentes, até aos 28 dias de vida, podendo, este período ser alargado ao primeiro/segundo mês de vida, quando está em causa a sobrevivência e a promoção do desenvolvimento. Nesta perspetiva, as patologias mais frequentes, neste ENP, foram: prematuridade, síndromes poli-malformativas, patologias infecciosas e malformações congénitas. Dentro da prematuridade, importa ter em consideração que a vulnerabilidade dos órgãos e sistemas do RNP aumentam a probabilidade de complicações, como síndrome de dificuldade respiratória ou hiperbilirrubinemia (Hockenberry & Wilson, 2015; Tamez, 2017).)

Este serviço articulava-se, no processo de admissão do cliente pediátrico, de forma proximal com os serviços de bloco de partos, de obstetrícia, de internamento e de APR e, ainda, com outras organizações hospitalares, que não possuíam resposta para as necessidades de cuidados da população-alvo. E no espaço intraorganizacional conectava-se com os serviços de cirurgia, de imagiologia e laboratório, de terapêutica e diagnóstico (medicina transfusional); farmácia, nutrição e dietética.

Na estrutura física identificavam-se duas áreas em função dos cuidados neonatais prestados, sendo uma dedicada aos intensivos com lotação de 12 berços e outra aos intermédios, com 12 berços em open space, mais dois berços em quartos de isolamento. Existiam, ainda, espaços de: (1) Acesso ao serviço que incluía dois vestiários, respetivamente, para os profissionais e os pais, logo à entrada do serviço; (2) Receção; (3) Salas de armazenamento de materiais de consumo

clínico; (4) Open space de informação clínica para realização de registos clínicos médicos, de enfermagem, passagem de turno; (5) Gabinetes de apoio para a chefia de enfermagem e reuniões; (6) Sala de espera/convívio para os pais; (7) Sala de amamentação equipada (8) Circuito de sujos e limpos.

Os recursos materiais disponíveis incluíam equipamento para atender às necessidades específicas dos RNP como suporte hemodinâmico, cardiorrespiratório e de terapêutica de reposição renal, estando em conformidade com as orientações para as Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (ACSS, 2013).

A equipa multidisciplinar era constituída por médicos neonatologistas e de outras subespecialidades pediátricas (cardiologia, cirurgia, otorrinolaringologia, oftalmologia, dermatologia, infeciologia); assistentes operacionais e enfermeiros. A equipa de enfermagem era formada por 50 enfermeiros, entre os quais, um enfermeiro gestor, 29 EESIP, um EE saúde comunitária e 19 enfermeiros de cuidados gerais. Esta constituição permite o respeito pela recomendação da OE (2019) para a dotação segura: dois EESIP por cada três enfermeiros, garantindo a permanência de pelo menos dois enfermeiros dessa especialidade, durante as 24h (OE, 2019, Regulamento n.º 743/2019).

O atendimento do cliente pediátrico neste serviço, constitui um dos pilares do trabalho multidisciplinar, pela interação complexa e urgente entre os grupos de profissionais e pela diversidade de intervenções autónomas e interdependentes. O método de trabalho praticado pelos enfermeiros era o individual que permite a prestação de cuidados globais ao cliente pediátrico (Costa, 2004) atribuindo-lhe centralidade na prática de enfermagem (Ventura-Silva et al., 2021). Neste contexto os enfermeiros desenvolvem intervenções autónomas e interdependentes (Regulamento n.º 613/2022, 2022) destacando-se em função das áreas:

- Cuidados neonatais intensivos: monitorização dos parâmetros vitais, administração de terapêutica medicamentosa, execução de procedimentos técnicos para a garantia do bem-estar dos mesmos; promoção de um desenvolvimento positivo; promoção da ligação mãe/pai-filho
- Cuidados neonatais intermédios: monitorização dos parâmetros vitais e estabilidade; avaliação e apoio ao desenvolvimento neurocomportamental; preparação para o regresso a casa (com ensino e apoio prestado à família); coordenação de cuidados pós-alta e encaminhamentos para serviços de acompanhamento; promoção do vínculo entre os pais e o neonato.

No que diz respeito aos projetos de melhoria contínua deste serviço, existia o projeto de visita domiciliária pela UMAD, que tinha por objetivos: assegurar a transição segura para o domicílio, reforçar competências parentais e garantir uma continuidade de cuidados. Um outro projeto, este ainda em fase de implementação, consistia na realização de sessões teórico-práticas, sobre

temáticas relacionadas com a preparação para o regresso a casa, realizadas pelos enfermeiros do serviço aos pais. Este projeto, de nome “Caminha Casa: Formações aos pais”, tinha por objetivo a promoção das competências parentais.

Serviço de Urgência Pediátrica

O serviço de urgência pediátrica (SUP) é entendido como todo e qualquer ato assistencial não programado (Caldeira, et al., 2006) de âmbito médico e cirúrgico “de instalação súbita com risco de estabelecimento de falência de funções vitais” (Freitas, et. al., 2016, p.137), de clientes com idade entre os zero dias e os 17 anos e 364 dias de uma determinada área geográfica. Destaca-se que as situações clínicas que levam o cliente pediátrico a procurar cuidados de saúde no SUP, durante o ENP, foram doenças respiratórias sazonais e gastrointestinais, sendo, também, os motivos mais frequentes de recorrência ao SUP descritos (Freitas et al., 2016).

A localização do SUP possuía acessos facilitadores com os serviços complementares de diagnóstico, serviço de urgência de adultos e bloco operatório. Na estrutura física identificaram-se as seguintes áreas: (1) Entrada, separada da entrada dos doentes em emergência, com receção, e sala de espera para a pré triagem; (2) Sala de triagem utilizando-se o método de Triagem de Manchester para a idade pediátrica (Despacho n.º 10319/2014) que permite estabelecer um nível de prioridade, indicado por cores e o tempo-alvo correspondente; (3) Salas de espera: uma verde e uma laranja, mediante as prioridades, com espaços lúdicos; (4) Fraldário para higiene das crianças; (5) Sala de amamentação, com a garantia do conforto e privacidade; (6) Corredores de circulação que interligavam as diferentes áreas; (7) Boxes para crianças portadoras de infeções transmissíveis; (8) Sala de apoio à equipa de enfermagem para tratamentos; (9) Gabinetes de consulta médica; (10) Sala de emergência para apoio urgente ou emergente da criança/adolescente em estado crítico; (11) Sala aberta com lotação de quatro camas, para observação; (12) Sala de internamento de curta duração, em caso de necessidade de avaliação continuada até decisão de internamento ou alta médica, com lotação de quatro camas e dois berços; (14) Um quarto de isolamento com pressão negativa e (15) Um gabinete de pressão negativa.

Os recursos materiais incluíam equipamentos médicos, instrumentos cirúrgicos, dispositivos de monitorização, cadeiras de rodas, mobiliário hospitalar, materiais de consumo e todo o material necessário na sala de emergência. De destacar, a existência de máquina de leitura automática de tiras de teste rápido, para análise de parâmetros na urina, vulgo “combur®”.

A equipa multidisciplinar era formada por 27 enfermeiros, destes 10 eram EESIP e os restantes enfermeiros de cuidados gerais; acresce que 19 possuíam o curso de suporte avançado de vida pediátrico e/ou de pós-graduação em catástrofe e trauma, o que se alinha com as orientações para a dotação segura no SUP (OE, 2019) e, ainda, 24 com o Curso de Triador do Sistema de Triagem de Manchester (GPT, 2021).

O método de trabalho dos enfermeiros era o de equipa, facilitador da abordagem colaborativa e integral do cliente pediátrico (Ventura-Silva, et al., 2021) e destaca-se que a equipa de enfermagem coordenava esforços para otimizar a resposta às necessidades identificadas, em função da triagem de Manchester. Deste modo, era da responsabilidade do EESIP (Regulamento n.º 743/2019, 2019) o encaminhamento para a primeira observação médica, com base na classificação de emergente (vermelho - 0 minutos), muito urgente (laranja - 10 minutos), urgente (amarelo - 60 minutos), menos urgente (verde - 120 minutos) e não urgente (azul - 240 minutos) (DGS, 2018).

No que diz respeito, aos projetos de melhoria contínua estava a ser implementado o designado por “As tuas mãos salvam vidas”, desenvolvido nos estabelecimentos de educação pré-escolar e em estabelecimentos de 1.º ciclo do ensino básico, com os estudantes do 1.º e 2.º anos. E tinha por objetivo ensinar o procedimento em caso de acidente/emergência, o número a contactar (112), a prática da massagem cardíaca e a colocação em posição lateral de segurança. Eram os enfermeiros que faziam parte da equipa do SUP que se deslocavam para essas sessões.

3. CASO CLÍNICO EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO CIRÚRGICO PEDIÁTRICO

O menino D.N de 9 anos deu entrada no serviço de internamento 1 dia após uma apendicectomia (realizada num outro hospital a 17/09).

3.1. Enquadramento teórico

Contextualização do caso:

O D.N tem como antecedentes pessoais Síndrome de Asperger diagnosticada, a ser seguido por pedopsiquiatria genética e pediatria de desenvolvimento. Tem um irmão mais novo com autismo severo diagnosticado e vive com a mãe e a avó, não tendo relação próxima com o pai.

É uma criança afetuosa e que se relaciona com os outros facilmente. Apresenta medo evidente de tudo o que lhe é desconhecido reagindo de forma impulsiva. Facilidade em negociar a realização de procedimentos, depois de lhe serem explicados os mesmos, apesar de se manter renitente na prestação de cuidados direta (aquando de tratamento de feridas, avaliação de sinais vitais e administração de medicação endovenosa).

Ficou acompanhado pela mãe no internamento. A mãe, sra. V de 37 anos, com antecedentes de epilepsia, era colaborante na prestação de cuidados e mostrava interesse e disponibilidade para aprender acerca da condição de saúde do filho. Apesar disto assumia sentir-se bastante cansada pelo facto de estar internada no hospital com o D.N tendo o outro filho aos cuidados da sua mãe em casa.

No primeiro momento de contacto (dia 18/09) encontrava-se no primeiro dia pós operatório, com penso umbilical externamente limpo e seco, tendo sido efetuado tratamento à ferida cirúrgica no turno da manhã, a qual se apresentava sem sinais inflamatórios.

Mantinha dieta de água e chá até à hora de almoço com indicação de iniciar, no turno da tarde, progressão para dieta ligeira.

No segundo momento de contacto (dia 2/10), já teria tido alta clínica no dia 30/09 tendo regressado ao hospital e sido novamente internado por abcesso abdominal pós apendicectomia. Mantinha penso abdominal na zona umbilical com exsudato de aspeto purulento (que neste momento apenas estava presente à expressão dos bordos da ferida). História de picos febris no

dia deste segundo contacto tendo o último sido às 11h da manhã (38.1°C), que cedeu com a administração de paracetamol prescrito em SOS. Sem queixas álgicas a relevar. Na tarde obteve-se resultado laboratorial de colheita do exsudato da ferida com evidência de presença de infeção por pseudomonas motivando necessidade de isolamento de contacto.

Enquadramento Teórico:

Teoria das Transições

A abordagem à transição é moldada por uma série de fatores, incluindo elementos inerentes ao processo em si, a duração do período de transição e a interpretação única da experiência por parte de cada indivíduo. Cada pessoa atribui significados particulares às suas situações de saúde e doença, com base nos seus próprios valores, crenças e aspirações relacionadas à saúde (Meleis et al., 2000).

No contexto específico de uma criança a passar por uma transição múltipla (desenvolvimental e de saúde-doença) relacionada a um internamento após apendicectomia, é crucial considerar o diagnóstico de Síndrome de Asperger como uma condição pessoal que pode ser dificultador da transição. Este diagnóstico pode apresentar desafios adicionais durante o processo de transição, pelas características desta síndrome que podem tornar a compreensão e adaptação às mudanças na saúde e na rotina do ambiente hospitalar mais complexas para a criança.

Desenvolvimento infantil - Idade escolar

As particularidades de cada criança enquanto indivíduo, o ambiente em que ela habita e as relações que estabelece com as pessoas, têm um papel fundamental no desenvolvimento humano (Lerner, 2007, p. 995).

A terceira infância, também conhecida como idade escolar, tem a escola como a “experiência central”, sendo fulcral no desenvolvimento físico, cognitivo e social. Esta é a fase de maior desenvolvimento de competências nestas categorias (Piovesan et al., 2018). A nível cognitivo existe uma evolução do pensamento lógico e criativo, assim como no juízo, na memória, na leitura e na escrita (Piovesan et al., 2018). No que concerne aos aspetos psicossociais, há uma ligação dos aspetos cognitivos, emocionais e sociais da personalidade que favorecem a formação da autoestima ou valor próprio, que está diretamente relacionada com a crença nas suas próprias competências e com o apoio recebido socialmente.

Importa reconhecer que crianças com síndrome de Asperger experimentam o desenvolvimento de maneira única devido às características específicas desse transtorno. Durante a terceira infância, as principais dificuldades de uma criança com este diagnóstico, podem-se manifestar de maneira particular na escola, afetando a capacidade da criança de se envolver em interações sociais típicas e de desenvolver relações de amizade significativas (Attwood, 2007). Portanto, é

fundamental que os educadores e profissionais de saúde estejam atentos às necessidades específicas dessas crianças, oferecendo apoio individualizado e estratégias de intervenção que promovam seu desenvolvimento cognitivo, emocional e social de maneira inclusiva e holística.

Fisiopatologia - Síndrome de Asperger

O Síndrome de Asperger, também conhecido como Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) de alto funcionamento, é um transtorno neurodesenvolvimental que tem implicações na comunicação e na capacidade de interação social, estando muitas vezes associada a comportamentos repetitivos e interesses restritos (Motlani et al., 2022).

A premissa para o estabelecimento de diagnóstico é a observação de conduta anormal em que se evidenciam limitações na interação social e comunicação, e também em padrões comportamentais em que sobressaem atividades restritas e repetitivas (Motlani, et al., 2022). Existe ainda uma preocupação inerente aos seus comportamentos com necessidade de estabilidade e controlo sobre o ambiente que os rodeia, tendo dificuldade em lidar com alterações nas rotinas ou mudanças repentinas (Roy et al., 2009).

Detendo as habilidades intelectuais preservadas, estas crianças apresentam uma comunicação não verbal empobrecida e dificuldade em intelectualizar emoções, mostrando dificuldade em entender ou expressar emoções tanto em si como nos outros (Klin, 2006). Isto porque, apesar de serem capazes de descrever de forma correta e formal as emoções e aquilo que é esperado advir das mesmas não são capazes de agir de acordo com essas informações acabando por perder o ritmo da interação. As habilidades de linguagem e comunicação em crianças com síndrome de Asperger são afetadas pelo seu desenvolvimento intelectual e social (Hosseini & Molla, 2023). Embora muitas vezes tenham uma boa capacidade de fala e vocabulário, podem ter dificuldades em entender e utilizar a linguagem de forma flexível, sendo muito formais ou monótonos no discurso (Klin, 2006).

Alguns dos sintomas emocionais e comportamentais incluem resistência à mudança, adesão rígida às rotinas, comportamento repetitivo e estereotipado, resposta anormal a estímulos sensoriais, respostas emocionais exageradas, distúrbios regulatórios de atenção e hábitos alimentares incomuns (Lehnhardt et al., 2013). A falta de adaptação espontânea, que os caracteriza, é acompanhada pela devoção a regras formais, com rotinas pouco flexíveis e convenções sociais rígidas (Klin, 2006).

Contrariando a representação social no autismo, os indivíduos com esta síndrome, apesar de socialmente isolados, não ficam constrangidos na presença de terceiros. Existe um interesse mínimo em fazer ou manter amigos (sobretudo da mesma idade), e a sua forma de interação social pode ser bizarra ou extremamente egocêntrica (Lehnhardt et al., 2013). Há uma tendência para abordar outras pessoas de forma inapropriada e excêntrica com estabelecimento de monólogos demorados, com uso de linguagem pouco natural e sobre

tópicos tipicamente do seu interesse, não chegando muitas vezes a uma conclusão (Klin, 2006).

Não existe terapia médica capaz de prevenir ou tratar a doença de Asperger, assim como acontece no autismo. Existem, no entanto, medicamentos que podem ser usados como terapia coadjuvante para atenuação de comportamentos desadaptativos e/ou problemas mentais associados, que podem potencialmente levar à limitação de habilidades funcionais (Motlani et al., 2022). O tratamento pode incluir acompanhamento com terapias como a Terapia Comportamental, a Terapia de Comunicação Social e a Terapia Ocupacional, dependendo das necessidades individuais (Motlani et al., 2022).

A Síndrome de Asperger representa um tipo de inabilidade de desenvolvimento que limita a criança a participar no processo de crescimento (Motlani, et al., 2022). A família de uma criança com Síndrome de Asperger tem maior probabilidade de enfrentar níveis consideráveis de stress, devido às características da doença e aos comportamentos desadaptativos apresentados por estas crianças (Ooi et al., 2008).

Fisiopatologia - Apendicite aguda perforada

A apendicite diz respeito à inflamação do apêndice vermiforme. A mucosa do apêndice continua a produzir secreções, o que leva ao aumento de pressão dentro do lúmen do apêndice, incitando a restrição de aporte de sangue a esta estrutura, podendo resultar em gangrena ou perfuração pelo acumular de pressão (Johnson & Keogh, 2012). A apendicite aguda corresponde a uma das causas cirúrgicas mais comuns associadas a queixas de dor abdominal aguda em pacientes pediátricos (Marzuillo et al., 2015).

Existem diversos fatores que podem levar à obstrução do lúmen do apêndice tais como a presença de fecalitos, parasitas ou processos neoplásicos. A imaturidade do omento (uma particularidade nas crianças), pode levar à rápida progressão da perfuração do apêndice para peritonite por falta de uma barreira anatómica adequada (Rothrock & Pagane, 2000). Como resultado, a evolução do quadro de peritonite é rápida nas crianças (em comparação com pacientes adultos) contribuindo para um maior número de complicações (Cappendijk et al., 2000).

A apresentação clássica da apendicite é a ocorrência de dor periumbilical que migra para o quadrante inferior direito, associada a febres baixas, náuseas e vômitos. No entanto, apesar de serem estes os sintomas característicos, em crianças (e particularmente nos mais jovens), esses sintomas ocorrem em menos de 50% dos pacientes (Rothrock & Pagane, 2000). Isto leva a dificuldade e consequente atraso no reconhecimento o que resulta em taxas maiores de perfuração. Obstipação, diarreia e sintomas respiratórios são as principais queixas relatadas que levam a falhas diagnósticas (Choi et al., 2016). Outros sinais inespecíficos como distensão abdominal, letargia e desidratação devem ser levados em consideração, principalmente nos pacientes com queixa de dor abdominal sem um diagnóstico definido (Alloo et al., 2004).

A comunicação mais débil da população pediátrica associada à falta de perceção de sinais por parte dos cuidadores atrasa a procura por serviços de saúde. Também o medo e falta de cooperação da criança aquando do exame físico prejudicam a avaliação em unidade de cuidados de saúde (Rothrock et al., 1991). Como consequência do diagnóstico tardio encontramos elevadas taxas de complicações pós-operatórias (Cappendijk et al., 2000).

3.2. Clientes

Cliente

Escolar | Idade: 9 anos | Masculino

Mãe/Pai

18-09-2023 20:30

18-09-2023 20:30 - Figura parental principal: mãe.

18-09-2023 20:30 - Número de outros filhos: 1.

18-09-2023 20:30 - Filho(s) escolar.

18-09-2023 20:30 - Papel parental não partilhado.

18-09-2023 20:30 - Tipologia de cuidados que presta em casa: especial.

18-09-2023 20:30 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

3.3. Medicação

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Paracetamol 500mg EV 8/8H

Paracetamol 525mg (VO)(SOS) -2º momento

Classificação: Antipiréticos; Analgésicos não opiáceos.

O paracetamol inibe a síntese de prostaglandinas que servem como mediadores da dor e da febre, primariamente no SNC. Não tem propriedades anti-inflamatórias e a sua toxicidade gastrointestinal é insignificante.

Implicações para a Enfermagem:

-Administrar via EV em perfusão de cerca de 15 minutos, de forma a minimizar o risco de efeitos colaterais;

-Administração por via oral pode ser tomado com alimentos ou com o estômago vazio;

-Administrar, quando em solução oral, por seringa.

-Vigilância de efeitos secundários como: sonolência, náuseas, vômitos, dor abdominal, obstipação, diarreia, cefaleias e hipersudorese.

(Deglin & Vallerand, 2009)

Metronidazol 1000mg EV 1xdia (19h)

Classificação: Anti-infecioso; Antiprotozoário; Antiulceroso

Indicado no tratamento de infeções anaeróbias e como agente profilático operatório em determinadas cirurgias. O Metronidazol interrompe a síntese de DNA e das proteínas nos organismos suscetíveis. Está contra-indicado em situações de hipersensibilidade e deve ter-se especial precaução em casos de história prévia de convulsões, problemas neurológicos ou insuficiência hepática;

Implicações para a Enfermagem:

-Avaliar estado neurológico percebendo presença de parestesias, fraqueza, ataxia ou convulsões;

-Administrar em perfusão lenta de cerca de 1h;

-Vigiar efeitos secundários como: Cefaleias, vertigens, convulsões, tonturas, náuseas, vômitos, dor abdominal, anorexia, xerostomia, erupção e urticária;

(Deglin & Vallerand, 2009)

Ceftriaxone 1750mg EV 1xdia (17h)

Classificação: Anti-infecioso; Cefalosporina- 3ª geração.

Indicado no tratamento de infeções, como profilaxia perioperatória e como tratamento em dose única da otite média de origem bacteriana. Este antibiótico liga-se à membrana da célula bacteriana provocando morte celular. Está contra-indicado em situações de hipersensibilidade a

cefalosporinas; Hipersensibilidade grave a penicilinas; Hipersensibilidade a L-arginina.

Implicações para a Enfermagem:

-Vigiar sinais e sintomas de anafilaxia (erupção, prurido, edema laríngeo, respiração ruidosa)-devendo suspender o fármaco na existência dos mesmos.

-Administração em perfusão entre 10-30min.

- Vigiar efeitos secundários como: Náuseas, vômitos, diarreia, cólicas, erupção, urticária.

(Deglin & Vallerand, 2009)

Ondansetrom 3,5mg (SOS)

Classificação: Antiemético- Antagonistas 5HT

Indicado na prevenção de náuseas e de vômitos. O ondansetron bloqueia os recetores 5-HT, da serotonina localizados em terminais nervosos vagais e na zona de disparo quimiorrecetora do SNC, diminuindo a incidência e da gravidade das náuseas e dos vômitos após quimioterapia ou cirurgia. Está contraindicado em situações de hipersensibilidade.

Implicações para a Enfermagem:

-Avaliar periodicamente efeitos extrapiramidais (movimentos involuntários, rigidez, tremores);

-Vigilância de efeitos secundários como: cefaleias, tonturas, sonolência, diarreia, obstipação e dor abdominal;

-Administrado em seringa se solução oral ou em comprimido orodispersível tendo em conta a preferência da criança e habilidade para a toma.

(Deglin & Vallerand, 2009)

G5%+ SF a 80ml/h contínuo

As soluções injetáveis de glicose são indicadas como fonte de água, calorias e diurese osmótica. A glicose é facilmente metabolizada pelo organismo para fornecimento de energia (sendo por isso usada em contexto perioperatório). Estas soluções são indicadas em casos de desidratação, reposição de calorias, nas hipoglicemias e como veículo para diluição de medicamentos compatíveis. A dosagem é determinada por um médico (em contexto perioperatório pelo anestesista) e esta dosagem tem em linha de conta para além de determinações laboratoriais, a idade, o peso e as condições clínicas do paciente.

(Fresenius Kabi)

Amoxicilina + Acido Clavulânico 875mg (EV) (3xdia- 7h,15h,23h)

Classificação: Anti-infeccioso- Aminopenicilinas/ Inibidor de beta-lactamase

Indicado no tratamento de infecções bacterianas. A amoxicilina liga-se à parede da célula bacteriana provocando a morte desta. O ácido clavulânico resiste à ação da lactamase beta que é uma enzima produzida pela bactéria capaz de inativar algumas penicilinas. Está contra-indicado em situações de hipersensibilidade e penicilinas ou ao ácido clavulânico.

Implicações para a Enfermagem:

- Vigiar sinais e sintomas de anafilaxia (erupção, prurido, edema laríngeo, respiração ruidosa).
- Vigiar a função intestinal já que a ocorrência de diarreia e sangue nas fezes pode ser sinal de colite pseudomembranosa
- Vigiar efeitos secundários como: Náuseas, vômitos, diarreia, colite pseudomembranosa e convulsões (se dosagens elevadas).

(Deglin & Vallerand, 2009)

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

02-10-2023 15:30

02-10-2023 15:30 - Regime de Isolamento

02-10-2023 15:30 - Características do regime de isolamento: Isolamento de Contacto.

02-10-2023 15:30 - Promover adesão: regime de isolamento

02-10-2023 15:30 - Conhecimento sobre regime de isolamento: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 15:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de isolamento

02-10-2023 15:30 - Ensinar sobre regime de isolamento [Neste momento]

02-10-2023 15:30 - Avaliar evolução da adesão ao regime de isolamento [Sem horário]

02-10-2023 15:30 - Promover papel parental especial: adesão ao regime de isolamento

02-10-2023 15:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre regime de isolamento: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 15:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre regime de isolamento

02-10-2023 15:30 - Ensinar mãe/pai sobre regime de isolamento [Neste momento]

02-10-2023 15:30 - Avaliar evolução do papel parental especial: adesão ao regime

de isolamento [Sem horário]

Sondas, Drenos e Cateteres

18-09-2023 20:30

18-09-2023 20:30 - Cateter venoso periférico

02-10-2023 15:30 - Localização do cateter venoso periférico

02-10-2023 15:30 - Antebraço Direita(o)

02-10-2023 15:30 - Características do dispositivo: 22G.

02-10-2023 15:30 - Ausência de dor.

02-10-2023 15:30 - Ausência de calor.

02-10-2023 15:30 - Ausência de rubor.

02-10-2023 15:30 - Ausência de tumefação.

02-10-2023 15:30 - Ausência de exsudado.

02-10-2023 15:30 - Ausência de infiltração.

18-09-2023 20:30 - Localização do cateter venoso periférico

18-09-2023 20:30 - Mão Esquerda(o)

18-09-2023 20:30 - Características do dispositivo: 22G.

18-09-2023 20:30 - Ausência de dor.

18-09-2023 20:30 - Ausência de calor.

18-09-2023 20:30 - Ausência de rubor.

18-09-2023 20:30 - Ausência de tumefação.

18-09-2023 20:30 - Ausência de exsudado.

18-09-2023 20:30 - Ausência de infiltração.

18-09-2023 20:30 - Determinar evolução da administração pelo cateter

18-09-2023 20:30 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [Sem horário]

18-09-2023 20:30 - Assegurar funcionamento do cateter

18-09-2023 20:30 - Otimizar cateter venoso periférico [1xturno]

18-09-2023 20:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

18-09-2023 20:30 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico (Antebraço Direita(o)) [Sem horário]

18-09-2023 20:30 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

18-09-2023 20:30 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico (Antebraço Direita(o)) [SOS]

18-09-2023 20:30 - Trocar cateter venoso periférico (Antebraço Direita(o)) [SOS]

3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

Cateter Venoso Periférico

O enfermeiro é o profissional de saúde responsável pela colocação, manutenção e remoção do

cateter venoso periférico (CVP), pelo que deve dominar o conhecimento teórico e capacidade sobre este dispositivo, tendo em linha de conta diferentes aspetos como o estado clínico do cliente, as suas características, os fármacos que serão administrados e o tempo previsto para a terapêutica, assim como a prevenção de complicações (Ferreira et al., 2007).

Por possuir uma flora resistente, antes da colocação de um CVP, deve utilizar-se um antisséptico cutâneo tendo em atenção que seja compatível com o material deste dispositivo. Assim os mais utilizados são o álcool 70%, tintura de iodo ou solução alcoólica de clorhexidina (O'Grady et al., 2011). Esta desinfeção deve ser feita do centro para a periferia e deve sempre aguardar-se que o local fique seco naturalmente (Manrique-Rodríguez et al., 2021). O tipo de penso usado deve ser estéril e permitir a avaliação do local de inserção, com o objetivo principal de identificar sinais inflamatórios, prevenindo a ocorrência de infeções (CDC, 2011). Caso sejam detetados sinais inflamatórios o cateter deve ser removido imediatamente (O'Grady et al., 2011).

A manutenção do cateter venoso periférico caracteriza-se pelos cuidados que têm por objetivo a manutenção deste acesso funcional tais como a mudança de penso, a alteração dos sistemas de infusão, a troca de válvula bidirecional, a execução de flush e outros cuidados aquando da administração de fármacos. No que concerne à execução de flush, este tem como objetivo a manutenção da permeabilidade do cateter, prevenindo a formação de biofilme no interior do cateter e consiste numa lavagem com pressão positiva com SF 0,9% (Goossens, 2015). Como forma de minimizar a infeção preconiza-se ainda a desinfeção da válvula antes e após manipulação do cateter com álcool 70% ou solução alcoólica de clorhexidina (CDC, 2011).

De acordo com O'Grady et al. (2012) (como citado em OE, 2017), sugere-se que o período de permanência do cateter venoso periférico em adultos deve situar-se entre 72 e 96 horas. No caso de pacientes pediátricos, recomenda-se que a troca do cateter ocorra somente quando houver indicações clínicas para tal medida.

2ºMomento: Isolamento de Contacto

O isolamento de contacto está indicado para redução do risco de transmissão de microrganismos epidemiologicamente importantes através do contacto (Ministério da Saúde, 2008). A transmissão através do contacto pode ocorrer de forma direta ou indireta. Quando por contacto direto envolve o contacto direto corpo a corpo podendo acontecer entre doentes e profissionais de saúde aquando da prestação de cuidados ou entre doentes. Já a transmissão por contacto indireto envolve o contacto da pessoa infetada com um objeto pessoal ou brinquedo (SPP, 2007).

A criança infetada deve assim ficar num quarto isolada e este quarto deve estar identificado como sendo um quarto de isolamento de contacto tendo os equipamentos de proteção individual para colocar antes da entrada e onde os descartar à saída do quarto(em saco branco-resíduos do grupo III). O equipamento de proteção individual em isolamento de contacto

consiste no uso de bata, touca, máscara e luvas (Ministério da Saúde, 2008). O contacto corresponde à via mais comum e relevante na transmissão de infeções (SPP,2007).

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
18-09-2023 20:30	Apetite	
18-09-2023 20:30	Comunicação verbal	
18-09-2023 20:30	Sistema respiratório	
18-09-2023 20:30	Sistema cardiovascular	
18-09-2023 20:30	Eliminação intestinal	
18-09-2023 20:30	Eliminação urinária	
18-09-2023 20:30	Pele e mucosas	
18-09-2023 20:30	Termorregulação	
18-09-2023 20:30	Sono	
18-09-2023 20:30	Emoção	
18-09-2023 20:30	Desenvolvimento psicomotor	
18-09-2023 20:30	Infância escolar	
18-09-2023 20:30	Sondas, Drenos e Cateteres	
18-09-2023 20:30	Sensações somáticas	
02-10-2023 15:30	Atitudes terapêuticas	

3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Apetite

Comparando com os adultos, a população pediátrica é particularmente vulnerável à desnutrição por possuírem uma menor reserva calórica e maiores necessidades nutricionais (Wiskin, 2011). O mau estado nutricional ou o agravamento do estado nutricional durante a hospitalização afetam de forma negativa resultados clínicos, perturbando a resposta imunológica, as condições de cicatrização de feridas e provocando um maior risco de infeções e complicações (Hecht et al., 2015). A condição de saúde da criança pode ter uma influência significativa no apetite. Quando doentes, o apetite pode ser afetado por vários motivos como desconforto físico, dor, fadiga ou náusea (Pereira & Begum, 1987).

Comunicação Verbal

A investigação sobre a comunicação das crianças com Síndrome de Asperger diagnosticada centra-se sobretudo nas perturbações pragmáticas, já que, na sua maioria, existe um problema no uso interativo da linguagem (quer na produção quer na compreensão) (Adams et al., 2002). O discurso formado pelos indivíduos com este transtorno é fluente, mas pragmaticamente

prejudicado e a interpretação de discurso é literal (Rapin & Dunn, 2003), o que leva a dificuldades na compreensão de certas expressões, humor, metáforas e ironia (Happe, 1995; Ozonoff & Miller, 1996; Kerbel & Grunwell, 1998; Klin, 2006). Conjuntamente há uma dificuldade na produção e na compreensão da entoação dada ao discurso (Koning & Magill-Evans, 2001).

Estes problemas na receção e percepção da linguagem podem ter influência no comportamento social, contribuindo para os problemas de comunicação destas crianças. (Saalasti, 2008).

Sistemas Respiratório e Cardiovascular

Os sinais vitais são uma medida objetiva das funções fisiológicas essenciais. O desígnio “vital” surge já que a sua medição e avaliação são o primeiro passo para qualquer avaliação clínica. (Sapra et al., 2023). Estes incluem frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial, temperatura e, como 5º sinal vital, a dor. A avaliação dos parâmetros vitais em contexto perioperatório em pediatria é crucial para monitorizar a saúde e a estabilidade do paciente durante o período em torno da cirurgia (Thran, 2018). Esses parâmetros oferecem informações vitais sobre o estado fisiológico da criança e ajudam os profissionais de saúde a tomar decisões informadas.

Eliminação Intestinal e Eliminação Urinária

A eliminação intestinal é influenciada por diversos fatores, entre eles a dieta, o estado emocional e a imobilidade ou redução da atividade física no período pós cirúrgico (Raahave, 2015). Acontecem com bastante frequência a ocorrência de alterações na eliminação intestinal em pacientes submetidos a cirurgia abdominal (Lee et al., 2014).

A intervenção cirúrgica em casos de apendicite, seja através de técnica laparoscópica ou aberta, desencadeia riscos de Infecção não apenas do local cirúrgico, mas também do trato urinário, pelo que releva a vigilância da eliminação urinária no período pós operatório de forma a detetar antecipadamente complicações deste nível (Silva et al., 2023).

Cabe aos enfermeiros a vigilância da eliminação quer intestinal quer vesical, como forma de identificar anormalidades nestas funções sejam elas obstipação, diarreia, incontinência, impactação fecal a nível intestinal como poliúria, anúria, infeções a nível urinário que podem ser sinais de outras condições médicas subjacentes (Sharma & Bhuttah, 2023).

Pele e Mucosas

A perfusão do sangue pelo corpo reflete-se na circulação cutânea. Aquando de episódios de perda sanguínea / hemorragia, desidratação ou alterações no tónus venoso, são ativados mecanismos compensatórios que atuam desviando o sangue para órgãos vitais, como o coração e o cérebro, e para longe da pele e da periferia do corpo. Desta forma, ao serem observadas e avaliadas as características da pele e das membranas mucosas, podem ser precocemente identificados sinais de choque (Horeczko, 2013).

No que diz respeito à ferida cirúrgica, apesar do aprimoramento das técnicas cirúrgicas e do uso de técnica asséptica, as complicações pós cirúrgicas após apendicectomia (como infecções da ferida cirúrgica ou abscessos intra-abdominais), ainda têm uma prevalência relevante (Silva et al., 2023).

Uma abordagem integrativa por parte dos enfermeiros, envolvendo a avaliação regular da ferida cirúrgica e a implementação de medidas preventivas, como técnicas assépticas adequadas e educação do paciente sobre autocuidado pós-operatório (Cavalcanti et al., 2019). A frequência das avaliações da ferida cirúrgica pode variar com base na política institucional e na condição clínica do paciente, mas é consenso que uma vigilância próxima nos primeiros dias após o procedimento é fundamental para identificar precocemente quaisquer sinais de complicação e garantir uma recuperação sem intercorrências.

Termorregulação

A febre é uma resposta imunológica comum a infecções bacterianas e virais. Uma temperatura elevada pode ser devida a processos em que o hipotálamo tem um novo ponto de ajuste regulatório que causa o aumento da temperatura (por exemplo, infecção ou inflamação), geralmente chamado de febre (Belon et al., 2021). A febre no período pós-operatório é muito comum. Estimativas de diferentes procedimentos cirúrgicos revelam que a febre ocorre no início do período pós-operatório entre 20 a 90% dos pacientes (Abdelmaseeh et al., 2023). No geral, tanto os procedimentos abdominais quanto os torácicos resultam na maior incidência de febre pós-operatória (Mayo et al., 2018).

Sensações Somáticas- Dor

O reconhecer de que as crianças sentem a dor e guardam memória da mesma, associada ao facto de que a dor não controlada poderá ter efeitos a longo prazo na criança, leva a uma maior preocupação no que diz respeito à avaliação da dor na criança (DGS, 2010).

Cuidar de uma criança com dor implica acreditar na criança que refere dor, procurar sinais de evidência e adequar as intervenções (farmacológicas ou não farmacológicas), como forma de controlar a dor e promover o conforto (Bastos & Sousa, 2014). O controlo da dor é um dever dos profissionais de saúde e também um direito das crianças (DGS, 2010).

Sono

Durante o período de sono, são segregadas hormonas como a hormona de crescimento, essencial para o bom desenvolvimento infantil (Cercatti, 2018). A hospitalização tem um impacto significativo no sono das crianças (Meltzer et al., 2012). A privação do sono na criança pode ter efeitos negativos a curto e a longo prazo em diversos domínios, como no desempenho cognitivo e aprendizagem, na regulação emocional e no comportamento (SPP, 2017). Entre os 6 e os 12 anos de idade recomenda-se que a criança durma de 9 a 12 horas (SPP, 2017).

Emoção

No decorrer da hospitalização, a criança é removida do seu ambiente familiar e social sendo inserida num ambiente desconhecido, muitas vezes alvo de procedimentos invasivos (Rodrigues et al., 2020). Muitas vezes, a hospitalização é a primeira crise que a criança enfrenta, sendo elas especialmente vulneráveis a estes stressores devido aos pobres mecanismos de coping que apresentam (Hockenberry & Wilson, 2018).

Desenvolvimento Psicomotor

O desenvolvimento psicomotor é um processo de continuidade e dinamismo. O aparecimento de novas funções e capacidades é contante, no entanto, a idade do aparecimento destas novas aquisições, assim como a velocidade de passagem de um estadio para outro difere de criança para criança (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). A avaliação do desenvolvimento psicomotor possibilita a identificação precoce das perturbações psicomotoras, permitindo a adequação de intervenções (DGS, 2013).

Infância escolar

O período de vida compreendido entre os 6 e os 12 anos de idade, de entre as muitas designações que possui, é geralmente designada pela atividade central desta fase. Assim estes anos intermédios que culminam na entrada na adolescência são designados de idade escolar ou infância escolar, já que a escola é a atividade central e de maior influência nestas idades e com um impacto significativo no desenvolvimento da criança e no estabelecimento da socialização (Hockenberry & Wilson, 2018).

3.6. Conceção de Cuidados

Sensações somáticas

18-09-2023 20:30

18-09-2023 20:30 - Sem manifestação de dor.

18-09-2023 20:30 - Dor

18-09-2023 20:30 - Expressão facial: Relaxada.

18-09-2023 20:30 - Movimento dos membros: Sem movimento dos membros superiores.

18-09-2023 20:30 - Choro/vocalização: Sem vocalização da dor.

18-09-2023 20:30 - Determinar evolução da dor

18-09-2023 20:30 - Avaliar evolução da dor [1xturno + SOS + Após administração de medicação analgésica]

18-09-2023 20:30 - Promover papel parental especial: gestão da dor

18-09-2023 20:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre alívio da dor usando

estratégias não farmacológicas: facilitador.

02-10-2023 15:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: facilitador [MANTEVE].

18-09-2023 20:30 - *Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da dor [Sem horário]*

02-10-2023 15:30

02-10-2023 15:30 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

Apetite

18-09-2023 20:30

18-09-2023 20:30 - Ingeriu parte das refeições.

18-09-2023 20:30 - Apetite conservado.

18-09-2023 20:30 - Determinar evolução da ingestão de alimentos às refeições

18-09-2023 20:30 - *Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições [Após as principais refeições]*

18-09-2023 20:30 - Determinar evolução do apetite

18-09-2023 20:30 - *Avaliar evolução do apetite [Sem horário]*

02-10-2023 15:30

02-10-2023 15:30 - Ingeriu parte das refeições.

02-10-2023 15:30 - Apetite conservado [MANTEVE].

Comunicação verbal

18-09-2023 20:30

18-09-2023 20:30 - Tem dificuldade em expressar verbalmente os pensamentos.

18-09-2023 20:30 - Dificuldade na compreensão da mensagem.

18-09-2023 20:30 - Comunicação verbal expressiva comprometida

18-09-2023 20:30 - Promover comunicação

18-09-2023 20:30 - *Implementar estratégias facilitadoras da comunicação [Sem horário]*

18-09-2023 20:30 - Comunicação verbal recetiva comprometida

18-09-2023 20:30 - Promover comunicação

18-09-2023 20:30 - *Implementar estratégias facilitadoras da comunicação [Sem horário]*

02-10-2023 15:30

02-10-2023 15:30 - Tem dificuldade em expressar verbalmente os pensamentos [MANTEVE].

02-10-2023 15:30 - Dificuldade na compreensão da mensagem [MANTEVE].

Sistema respiratório

18-09-2023 20:30

18-09-2023 20:30 - Frequência respiratória: 22 ciclos/min.

18-09-2023 20:30 - Ritmo respiratório regular.

18-09-2023 20:30 - Movimento respiratório simétrico.

18-09-2023 20:30 - Saturação do oxigénio no sangue

18-09-2023 20:30 - Periférico(a): 97 %.

18-09-2023 20:30 - Coloração da mucosa: rosada.

02-10-2023 15:30

02-10-2023 15:30 - Frequência respiratória: 20 ciclos/min.
02-10-2023 15:30 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].
02-10-2023 15:30 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].
02-10-2023 15:30 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.
02-10-2023 15:30 - Saturação do oxigênio no sangue
02-10-2023 15:30 - Periférico(a): 98 %.
02-10-2023 15:30 - Coloração da mucosa: rosada.

Sistema cardiovascular

18-09-2023 20:30

18-09-2023 20:30 - Localização do Pulso
18-09-2023 20:30 - Punho Direita(o)
18-09-2023 20:30 - Frequência do pulso: 89 pulsações por minuto.
18-09-2023 20:30 - Pulso de amplitude mediana e regular.
18-09-2023 20:30 - Pulso rítmico.
18-09-2023 20:30 - Pulso simétrico.
18-09-2023 20:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea
18-09-2023 20:30 - Membro superior Direita(o)
18-09-2023 20:30 - Pressão sanguínea sistólica: 102 mmHg.
18-09-2023 20:30 - Pressão sanguínea diastólica: 55 mmHg.

18-09-2023 20:30 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

18-09-2023 20:30 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [1xturno + SOS]

18-09-2023 20:30 - Determinar evolução da pressão sanguínea

18-09-2023 20:30 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [1xturno + SOS]

02-10-2023 15:30

02-10-2023 15:30 - Localização do Pulso
02-10-2023 15:30 - Punho Esquerda(o)
02-10-2023 15:30 - Frequência do pulso: 101 pulsações por minuto.
02-10-2023 15:30 - Pulso de amplitude mediana e regular.
02-10-2023 15:30 - Pulso rítmico.
02-10-2023 15:30 - Pulso simétrico.
02-10-2023 15:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea
02-10-2023 15:30 - Membro superior Esquerda(o)
02-10-2023 15:30 - Pressão sanguínea sistólica: 102 mmHg.
02-10-2023 15:30 - Pressão sanguínea diastólica: 55 mmHg.

Eliminação intestinal

18-09-2023 20:30

18-09-2023 20:30 - Ausência de dejeções.

18-09-2023 20:30 - Determinar evolução da eliminação intestinal

18-09-2023 20:30 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [1xturno + SOS]

02-10-2023 15:30

02-10-2023 15:30 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [PIOROU].
02-10-2023 15:30 - Fezes: em moderada quantidade.
02-10-2023 15:30 - Consistência das fezes: Fezes moldadas com superfície lisa.

02-10-2023 15:30 - Coloração das fezes: acastanhada.

Eliminação urinária

18-09-2023 20:30

18-09-2023 20:30 - Urina em moderada quantidade.

18-09-2023 20:30 - Cor da urina: amarelo-palha.

18-09-2023 20:30 - Cheiro da urina: "sui generis".

18-09-2023 20:30 - Transparência da urina: Límpida.

18-09-2023 20:30 - Frequência da eliminação urinária: normal .

18-09-2023 20:30 - Reconhece a vontade de urinar.

18-09-2023 20:30 - Eliminação urinária involuntária ausente.

18-09-2023 20:30 - Determinar evolução da eliminação urinária

18-09-2023 20:30 - Avaliar evolução da eliminação urinária [1xturno + SOS]

02-10-2023 15:30

02-10-2023 15:30 - Urina em moderada quantidade.

02-10-2023 15:30 - Cor da urina: amarelo-palha.

02-10-2023 15:30 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].

02-10-2023 15:30 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

02-10-2023 15:30 - Frequência da eliminação urinária: normal [MANTEVE].

Pele e mucosas

18-09-2023 20:30

18-09-2023 20:30 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

18-09-2023 20:30 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

18-09-2023 20:30 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [1xturno + SOS]

18-09-2023 20:30 - Ferida cirúrgica

02-10-2023 15:30 - Localização da ferida cirúrgica

02-10-2023 15:30 - Região umbilical

02-10-2023 15:30 - Exsudado em pequena quantidade.

02-10-2023 15:30 - Tipo de exsudado da lesão tegumentar: purulento.

02-10-2023 15:30 - Cheiro do exsudado da lesão tegumentar: fétido.

02-10-2023 15:30 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: ruborizada.

02-10-2023 15:30 - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

02-10-2023 15:30 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

02-10-2023 15:30 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio absorvível.

18-09-2023 20:30 - Localização da ferida cirúrgica

18-09-2023 20:30 - Região umbilical

18-09-2023 20:30 - Exsudado em pequena quantidade.

18-09-2023 20:30 - Tipo de exsudado da lesão tegumentar: seroso.

18-09-2023 20:30 - Cheiro do exsudado da lesão tegumentar: "sui generis".

18-09-2023 20:30 - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

18-09-2023 20:30 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio absorvível.

18-09-2023 20:30 - Determinar evolução da ferida cirúrgica

18-09-2023 20:30 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica [2/2 dias + SOS]

18-09-2023 20:30 - Promover cicatrização da ferida cirúrgica

18-09-2023 20:30 - Executar tratamento da ferida cirúrgica [2/2 dias + SOS]

18-09-2023 20:30 - Aplicar penso de ferida [2/2 dias + SOS]

18-09-2023 20:30 - Promover autogestão: cicatrização da ferida cirúrgica

18-09-2023 20:30 - Conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 15:30 - Conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica: facilitador [MELHOROU].

18-09-2023 20:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

promoção da cicatrização da ferida cirúrgica [RESOLVIDO] 02-10-2023 15:30

18-09-2023 20:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica [Sem horário] [FIM] 02-10-2023 15:30

18-09-2023 20:30 - Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica [Sem horário] [FIM] 02-10-2023 15:30

18-09-2023 20:30 - Ensinar sobre sinais de complicação da ferida cirúrgica [Sem horário] [FIM] 02-10-2023 15:30

18-09-2023 20:30 - Avaliar evolução da autogestão da cicatrização da ferida cirúrgica [Sem horário]

18-09-2023 20:30 - Promover papel parental especial: gestão da cicatrização da ferida cirúrgica

18-09-2023 20:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 15:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica: facilitador [MELHOROU].

18-09-2023 20:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento

sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica [RESOLVIDO] 02-10-2023 15:30

18-09-2023 20:30 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica [Sem horário] [FIM] 02-10-2023 15:30

18-09-2023 20:30 - Ensinar mãe/pai sobre cuidados à ferida cirúrgica [Sem horário] [FIM] 02-10-2023 15:30

18-09-2023 20:30 - Ensinar mãe/pai sobre sinais de complicações da ferida cirúrgica [Sem horário] [FIM] 02-10-2023 15:30

18-09-2023 20:30 - Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da cicatrização da ferida cirúrgica [Sem horário]

02-10-2023 15:30

02-10-2023 15:30 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

Termorregulação

18-09-2023 20:30

18-09-2023 20:30 - Temperatura corporal periférica

18-09-2023 20:30 - Região axilar: 37.50 °C.

18-09-2023 20:30 - Determinar evolução da temperatura corporal

18-09-2023 20:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal [1xturno + SOS + Após administração de antipirético]

02-10-2023 15:30

02-10-2023 15:30 - Temperatura corporal periférica

02-10-2023 15:30 - Região axilar: 37.40 °C.

Sono

18-09-2023 20:30

18-09-2023 20:30 - Sono reparador.

18-09-2023 20:30 - Número (médio) de horas de sono noturno: 9 Hora.

18-09-2023 20:30 - Determinar evolução do sono

18-09-2023 20:30 - Avaliar evolução do sono [Sem horário]

02-10-2023 15:30

02-10-2023 15:30 - Dormiu por períodos longos.

02-10-2023 15:30 - Sono reparador [MANTEVE].

02-10-2023 15:30 - Número (médio) de horas de sono noturno: 10 Hora.

Emoção

18-09-2023 20:30

18-09-2023 20:30 - Manifestação de inquietação.

18-09-2023 20:30 - Manifestação de irritabilidade.

18-09-2023 20:30 - Ansiedade

18-09-2023 20:30 - Determinar evolução da ansiedade

18-09-2023 20:30 - Avaliar evolução da ansiedade [Sem horário]

18-09-2023 20:30 - Promover autocontrole: ansiedade

18-09-2023 20:30 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrole da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 15:30 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrole da ansiedade: facilitador [MELHOROU].

18-09-2023 20:30 - Capacidade para usar estratégias de autocontrole da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 15:30 - Capacidade para usar estratégias de autocontrole da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

18-09-2023 20:30 - Significado atribuído às estratégias de autocontrole da ansiedade: não dificultador.

18-09-2023 20:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

estratégias de autocontrole da ansiedade [RESOLVIDO] 02-10-2023 15:30

18-09-2023 20:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrole da ansiedade [Sem horário] [FIM] 02-10-2023 15:30

18-09-2023 20:30 - Ensinar sobre estratégias de autocontrole da ansiedade [Sem horário] [FIM] 02-10-2023 15:30

18-09-2023 20:30 - Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrole da ansiedade

18-09-2023 20:30 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade [Sem horário]

18-09-2023 20:30 - Instruir estratégias de relaxamento [Sem horário] [FIM]

02-10-2023 15:30

02-10-2023 15:30 - Treinar estratégias de relaxamento [Sem horário]

18-09-2023 20:30 - Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade [Sem horário]

18-09-2023 20:30 - Promover papel parental especial: gestão da ansiedade

18-09-2023 20:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias de controlo da ansiedade: facilitador.

02-10-2023 15:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias de controlo da ansiedade: facilitador [MANTEVE].

18-09-2023 20:30 - Capacidade da mãe/pai para usar estratégias de controlo da ansiedade: facilitadora.

02-10-2023 15:30 - Capacidade da mãe/pai para usar estratégias de controlo da ansiedade: facilitadora [MANTEVE].

18-09-2023 20:30 - Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da ansiedade [Sem horário]

02-10-2023 15:30

02-10-2023 15:30 - Manifestação de inquietação [MANTEVE].

02-10-2023 15:30 - Manifestação de irritabilidade [MANTEVE].

Desenvolvimento psicomotor

18-09-2023 20:30

18-09-2023 20:30 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme.

18-09-2023 20:30 - Desenvolvimento da função motora fina: sem sinais de alarme.

18-09-2023 20:30 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme.

18-09-2023 20:30 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme.

18-09-2023 20:30 - Desenvolvimento da linguagem: sem sinais de alarme.

18-09-2023 20:30 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: com sinais de alarme.

18-09-2023 20:30 - Desenvolvimento infantil

02-10-2023 15:30 - Comportamento ansioso (aos 6-7 anos), Preocupações ou medos excessivos (aos 6-7 anos), Dificuldades na socialização com isolamento ou relacionamento desadequado com pares ou adultos (aos 6-7 anos).

18-09-2023 20:30 - Promover desenvolvimento infantil

18-09-2023 20:30 - Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil [Sem horário]

18-09-2023 20:30 - Promover papel parental especial: adesão às estratégias promotoras do desenvolvimento infantil

18-09-2023 20:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil: facilitador.

02-10-2023 15:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil: facilitador [MANTEVE].

18-09-2023 20:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o

desenvolvimento infantil: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-10-2023 15:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil: facilitador [MELHOROU].

18-09-2023 20:30 - Significado atribuído pela mãe/pai ao estado do desenvolvimento infantil: não dificultador.

02-10-2023 15:30 - Significado atribuído pela mãe/pai ao estado do desenvolvimento infantil: não dificultador [MANTEVE].

18-09-2023 20:30 - Significado atribuído pela mãe/pai às atividades promotoras do desenvolvimento infantil: não dificultador.

02-10-2023 15:30 - Significado atribuído pela mãe/pai às atividades promotoras do desenvolvimento infantil: não dificultador [MANTEVE].

18-09-2023 20:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil [RESOLVIDO]

02-10-2023 15:30

18-09-2023 20:30 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil [Sem horário] [FIM]

02-10-2023 15:30

18-09-2023 20:30 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil na infância escolar [Sem horário] [FIM] 02-10-2023 15:30

18-09-2023 20:30 - Avaliar evolução do papel parental especial: adesão às estratégias promotoras do desenvolvimento infantil [Sem horário]

02-10-2023 15:30

02-10-2023 15:30 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: com sinais de alarme [MANTEVE].

Infância escolar

18-09-2023 20:30

18-09-2023 20:30 - Infância escolar

18-09-2023 20:30 - Promover autonomia face a necessidades desenvolvimentais: higiene e conforto

18-09-2023 20:30 - Conhecimento sobre higiene pessoal: facilitador.

02-10-2023 15:30 - Conhecimento sobre higiene pessoal: facilitador [MANTEVE].

18-09-2023 20:30 - Conhecimento sobre higiene oral: facilitador.

02-10-2023 15:30 - Conhecimento sobre higiene oral: facilitador [MANTEVE].

18-09-2023 20:30 - Capacidade para cuidar da higiene oral: facilitadora.

02-10-2023 15:30 - Capacidade para cuidar da higiene oral: facilitadora [MANTEVE].

18-09-2023 20:30 - Avaliar evolução da autonomia face a necessidades desenvolvimentais: higiene e conforto [Sem horário]

3.7. Especificação das intervenções

Aplicar penso de ferida

- Realizar a aplicação de um novo penso na ferida, considerando as características específicas da mesma. Isso envolve cobrir completamente a área da ferida para garantir proteção adequada, ao mesmo tempo em que se mantém uma cobertura mínima para permitir a visualização das condições da pele circundante. Selecionar um penso com capacidade de absorção adequada, ajustando-o conforme necessário de acordo com a quantidade de exsudato presente na ferida, para promover condições ideais de cicatrização.

Avaliar evolução da ferida cirúrgica

- Observar ferida cirúrgica;
- Observar cicatrização de ferida cirúrgica (verificando a presença de deiscência);
- Observar presença de exsudato;
- Observar presença de sinais de infecção (dor, calor, rubor, edema);
- Observar condições da pele circundante.

Executar tratamento da ferida cirúrgica

- Lavar as mãos;
- Preparar o material necessário;
- Calçar luvas limpas;
- Remover o penso da ferida;
- Observar a ferida, verificando a existência de sinais de infecção, exsudato anormal ou qualquer outra anormalidade.
- Com técnica asséptica (recorrendo a kit de tratamento de feridas ou na inexistência a luvas esterilizadas), realizar limpeza da ferida cirúrgica com compressas e soro fisiológico com movimentos suaves e circulares com o princípio de ordem do local mais “sujo” para o mais “limpo”.
- Secar a ferida com compressa evitando pressão ou fricção excessiva e com o mesmo princípio usado na limpeza;
- Aplicação de novo penso.

Avaliar evolução do sono

- Observar existência de rotina de sono (se tem uma rotina regular de sono, incluindo horários consistentes de deitar e acordar);
- Vigiar hora de deitar;
- Vigiar uso de equipamentos eletrônicos antes de adormecer;
- Avaliar qualidade do sono questionando a criança e a mãe sobre se despertou durante a noite.

Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil

- Procurar o estabelecimento de rotinas estruturadas e previsíveis (dentro do possível em

ambiente hospitalar);

- Valorizar e aproveitar os interesses particulares da criança para desenvolver atividades educacionais e de lazer;
- Comunicar de forma clara e direta;
- Promover e ensinar sobre habilidades sociais explícitas: como iniciar conversas; o que significam algumas expressões faciais; como identificar emoções noutras pessoas;
- Ensinar a criança sobre expressão de emoções;
- Encorajar a criança a tomar decisões simples e ser independente em algumas tarefas apropriadas para a idade;
- Elogiar os esforços e conquistas da criança, oferecendo feedback específico e positivo para reforçar comportamentos adequados;
- Trabalhar em conjunto com os pais ou responsáveis, fornecendo orientações e sugestões para apoiar o desenvolvimento em casa.

Implementar estratégias facilitadoras da comunicação

- Comunicar de forma clara, evitando metáforas, duplos sentidos ou linguagem ambígua;
- Usar frases simples e específicas;
- Controlar o ambiente evitando estímulos sensoriais excessivos que podem deixar a criança distraída;
- Utilizar suportes visuais, como imagens, desenhos ou calendários, para ajudar a criança a compreender o que irá ser feito;
- Dar à criança tempo para processar o que foi dito e formular uma resposta;
- Utilizar os temas de interesse da criança como temas de conversa;
- Incentivar a criança a partilhar os seus sentimentos e pensamentos.

Instruir estratégias de relaxamento

- Instruir a criança a respirar profundamente pelo nariz enquanto levanta os braços para simular as asas de uma borboleta e depois expirar lentamente enquanto baixa novamente os braços;
- Instruir a criança a inspirar enquanto conta lentamente até 4 e depois expirar novamente contando até 4 (e repetir o processo);
- Instruir a criança estratégia de massagem das mãos para relaxar e distrair a mente: esfregar as mãos uma na outra, pressionar os dedos e massajar as palmas das mãos);
- Instruir a criança a inspirar fundo e expirar depois lentamente como se quisesse segurar um papel na parede o máximo de tempo possível (podendo fazê-lo com uma folha fina de papel se o desejar também);

Avaliar evolução do apetite

- Vigiar as principais refeições (o que comeu; porque não comeu);
- Avaliar vontade de comer entre refeições.

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil

- Questionar mãe sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil.
- Validar com a mãe utilização de estratégias para promover o desenvolvimento infantil;

Ensinar mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil na infância escolar

- Ensinar mãe sobre Estimulação tátil como estratégia promotora do desenvolvimento Psicossocial (por ser promotora de vínculo afetivo; por desenvolver a sensibilidade e consciência corporal; por ajudar na regulação emocional; por ser uma estratégia de comunicação não verbal que transmite afeto; por fomentar a confiança nas relações interpessoais; por proporcionar alívio de tensão e dor/desconforto físico; por desenvolver o sentido de segurança);
- Ensinar a mãe sobre importância do estabelecimento de rotinas;
- Ensinar a mãe sobre a importância da promoção de uma comunicação simples e direta em que se promove a compreensão das emoções;
- Ensinar a mãe sobre atividades promotoras de habilidades sociais;
- Ensinar a mãe sobre importância de promover a autonomia da criança.

Ensinar mãe/pai sobre cuidados à ferida cirúrgica

- Ensinar a mãe sobre cuidados a ter com o penso da ferida cirúrgica e como agir em caso de perda da integridade do mesmo;
- Ensinar a mãe sobre cuidados quanto à entrada de água no penso de ferida já que a ferida ficar molhada tem risco acrescido de infecção;
- Ensinar a mãe que em caso de penso molhado, não íntegro (se começar a descolar) ou sujo deve comunicar ao profissional de saúde.

Ensinar mãe/pai sobre sinais de complicações da ferida cirúrgica

- Ensinar a mãe a procurar equipa de saúde em caso de presença de sinais inflamatórios ou perda da integridade do penso;
- Ensinar a mãe sobre sinais inflamatórios (dor, calor, rubor e edema) a que deve estar atenta e como os identificar;
- Informar a mãe que deve vigiar presença de prurido no local do penso cirúrgico e na zona Peri-penso;

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica

- Questionar a mãe sobre cuidados a ter com o penso cirúrgico;
- Questionar a mãe sobre gestão do esforço físico da criança para promover a correta cicatrização da ferida cirúrgica abdominal.

Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica

- Ensinar sobre cuidados a ter com o penso cirúrgico (não molhar, se começar a perder integridade "descolar da pele" comunicar ao enfermeiro; se ficar sujo comunicar ao enfermeiro)
- Ensinar sobre gestão da atividade e do esforço abdominal.

Ensinar sobre sinais de complicação da ferida cirúrgica

- Ensinar sobre vigilância de sinais inflamatórios como dor, calor, rubor e edema;
- Ensinar sobre comunicação ao profissional em caso de sensação de prurido na região do penso.

Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica

- Avaliar conhecimento sobre cuidados a ter com a ferida cirúrgica;
- Avaliar conhecimento sobre sinais de possível infeção da ferida cirúrgica (dor, calor, rubor, edema);

Otimizar cateter venoso periférico

- Verificar presença de sinais inflamatórios (dor, calor, rubor, edema, eritema)- se presentes remover CVP;
- Na ausência de sinais inflamatórios, desinfetar bionecteur e introduzir NaCl 0,9% para verificar permeabilidade do cateter;
- Verificar presença de infiltração ou extravasamento (se presente remover CVP);
- Realizar penso do cateter venoso periférico caso esteja repassado ou não aderente.

Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico

- Realizar penso quando este se encontrar repassado, húmido ou não aderente;
- Realizar higiene das mãos;
- Calçar luvas limpas;
- Remover penso;
- Realizar desinfeção da pele com solução alcoólica de clorohexidina;
- Colocar novo penso, de forma a fixar o cateter;

Avaliar evolução da dor

- Observar fácies da criança procurando perceber existência de fácies de dor/desconforto;
- Questionar a criança sobre se sente dor e qual o seu grau de dor (utilizando a escala adotada pela Unidade);
- Vigiar posição adotada pela criança;
- Avaliar dor 1h após administração de medicação antiálgica, percebendo eficácia da mesma.

Avaliar evolução da ansiedade

- Observar se a criança verbaliza os seus medos ou preocupações de forma direta ou se os expressa através de desenhos, brincadeiras ou outras formas de comunicação;
- Ajuizar se a criança está mais irritada ou agitada do que o habitual, o que pode ser um sinal de ansiedade;
- Observar presença de sintomas físicos sugestivos de ansiedade como dores de cabeça, dores de estômago, tensão muscular ou sudorese excessiva;
- Observar o comportamento da criança aquando da aproximação de profissionais de saúde;
- Observar comportamento da criança aquando de procedimentos (como avaliação dos sinais vitais, tratamento de ferida, administração de medicação).

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Questionar a criança sobre quais as estratégias que conhece para controlar a ansiedade;

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Ensinar a criança sobre prática de exercícios de respiração: por exemplo contar até 10

lentamente; contar até 4, segurar a respiração por 4 segundos e expirar lentamente; inspirar lentamente e expirar lentamente ao mesmo tempo que a mãe;

- Ensinar a criança a dar/segurar a mão à mãe quando se sente mais ansiosa como estratégia de controlo;
- Incentivar a expressão dos sentimentos e a racionalização dos mesmos explicando o que vai ser feito e tentando entender e justificar o medo subjacente ao procedimento;

Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Observar se a criança cumpre estratégias dadas aquando momentos de ansiedade ou se é renitente ao uso das mesmas aquando de crise;
- Elogiar a criança quando utiliza com sucesso estratégia de controlo da ansiedade.

Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

- Vigiar presença de flebite aquando da administração de medicamentos (com especial atenção aos antibióticos endovenosos administrados)
- Vigiar dor aquando da administração de medicação/ Soro fisiológico pelo cateter venoso periférico;
- Vigiar presença de resistência aquando da administração de medicação/ soro fisiológico pelo cateter venoso periférico;

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

- Observar local de inserção do cateter venoso periférico, vigiando a presença de sinais inflamatórios (dor, calor, rubor, edema);
- Observar trajeto da veia para avaliar e identificar sinais de flebite.

Trocar cateter venoso periférico

- Realizar higiene das mãos;
- Calçar luvas limpas;
- Remover penso e cateter venoso periférico;
- Realizar procedimento para inserção de novo cateter venoso periférico (se necessário).

Avaliar evolução do papel parental especial: adesão às estratégias promotoras do desenvolvimento infantil

- Perceber utilização das estratégias ensinadas à mãe para promover o desenvolvimento infantil da criança;
- Questionar a mãe sobre estratégias promotoras do desenvolvimento infantil;
- Perceber significado atribuído pela mãe à promoção do desenvolvimento infantil.

Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da dor

- Observar se a mãe identifica a dor/ desconforto na criança mesmo que não seja verbalizada pela mesma (através da posição, de gemidos, alteração de comportamento);
- Vigiar se a mãe proporciona conforto à criança oferecendo carinho, apoio e tranquilidade aquando dos momentos de dor;
- Observar a prática da estimulação tátil aquando de procedimento dolorosos/ momentos de dor e desconforto.

Avaliar evolução da autonomia face a necessidades desenvolvimentais: higiene e conforto

- Avaliar capacidade da criança de realizar tarefas básicas de higiene, como lavar as mãos, escovar os dentes, tomar banho e usar o WC (considerando as habilidades motoras finas e grossas da criança);
- Observar capacidade de realizar essas atividades de forma segura, sem riscos de lesões ou acidentes;
- Observar autonomia na realização dos cuidados de higiene (mesmo que com supervisão);
- Observar cuidados com o penso abdominal aquando do banho;
- Observar uso de produtos de higiene, como sabonete, champô, pasta dentífrica, de maneira segura e apropriada.

Avaliar evolução da integridade dos tecidos

- Vigiar cor da pele e mucosas;
- Vigiar hidratação da pele e mucosas;
- Observar presença de alterações na integridade da pele (eritema, pústulas, maceração, feridas).

Avaliar evolução da eliminação intestinal

- Vigiar padrão de eliminação intestinal;
- Vigiar flatulência na ausência de dejeção (nos primeiros dias pós cirúrgicos);
- Vigiar características das dejeções (quantidade, cor das fezes, consistência das fezes).

Avaliar evolução da eliminação urinária

- Vigiar eliminação urinária;
- Vigiar características da urina (quantidade, cor, cheiro)

Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições

- Vigiar se evita determinados alimentos e perceber o motivo pelo qual o faz;
- Questionar a criança sobre se se sente bem após as refeições;
- Vigiar tolerância na progressão da dieta.

Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade

- Observar o uso de estratégias pela criança (ensinadas previamente);
- Observar maior controlo sobre as situações ao usar as técnicas ensinadas;
- Questionar a criança sobre como se sente ao utilizar as estratégias.

Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da ansiedade

- Observar mãe na aplicação de estratégias para controlo da ansiedade da criança;
- Capacitar mãe na utilização da estimulação tátil como estratégia para controlo da ansiedade da criança;
- Vigiar comunicação na gestão da ansiedade da criança;
- Observar mãe na realização de exercícios de respiração com a criança em momentos de maior ansiedade;
- Avaliar eficácia das técnicas utilizadas pela mãe na gestão da ansiedade na criança.

Avaliar evolução da autogestão da cicatrização da ferida cirúrgica

- Vigiar presença de cuidados com o penso da ferida aquando dos cuidados de higiene;
- Vigiar adequação da atividade pela presença de ferida cirúrgica abdominal.

Avaliar evolução do papel parental especial: gestão da cicatrização da ferida cirúrgica

- Observar cuidados da mãe com o penso aquando dos cuidados de higiene;
- Observar cuidados da mãe na gestão da atividade/ esforço da criança pela presença de ferida abdominal;

Treinar estratégias de relaxamento

- Fazer com a criança os exercícios instruídos anteriormente;
- Incentivar a mãe a repetir com a criança as estratégias instruídas anteriormente.

Ensinar sobre regime de isolamento

- Explicar que o isolamento de contacto serve para evitar que a infeção se espalhe pelas outras crianças internadas;
- Explicar que o isolamento de contacto é uma medida importante para proteger quer a pessoa infetada quer as outras pessoas no hospital;
- Explicar à criança a necessidade de se manter dentro do seu quarto;
- Explicar à criança que a mãe e os profissionais ao entrar no quarto terão de usar máscara, luvas e uma bata para proteção de todos;
- Explicar à criança a restrição de visitas.

Ensinar mãe/pai sobre regime de isolamento

- Explicar que o isolamento de contacto serve para evitar a disseminação de infeções;
- Explicar que o isolamento de contacto é uma medida importante para proteger quer a pessoa infetada quer as outras pessoas no hospital;
- Explicar que a mãe deve utilizar equipamento de proteção individual quando dentro do quarto (bata impermeável, touca, máscara e luvas);
- Reforçar necessidade de higiene das mãos ao entrar no quarto e ao sair;
- Explicar restrição de visitas;
- Explicar que as políticas de isolamento são estabelecidas para o bem-estar de todos os pacientes e profissionais de saúde e que a cooperação é essencial.

Avaliar evolução da adesão ao regime de isolamento

- Validar cumprimento das normas de isolamento de contacto;
- Elogiar a criança pelo cumprimento das normas de isolamento de contacto.

Avaliar evolução do papel parental especial: adesão ao regime de isolamento

- Validar conhecimento sobre necessidade do isolamento de contacto e importância do mesmo;
- Vigiar adesão às normas do regime de isolamento.

3.8. Síntese relativa ao caso

Neste plano de cuidados serão aplicados vários tipos de intervenções. As intervenções autônomas do tipo "executar" e "avaliar evolução" de parâmetros dentro dos processos corporais (como a dor, a eliminação, a pressão sanguínea), são efetuadas como forma de colmatar uma necessidade, pelo que a justificação da sua pertinência é a própria necessidade. Assumem um carácter prioritário uma vez que a não realização da mesma poderá ter um impacto negativo e direto na condição da criança. Os critérios de resultado esperados face aos processos corporais são a modificação dos dados que definiram o diagnóstico.

No que diz respeito às intervenções do tipo "ensinar", importa reforçar a ideia de que a preparação do regresso a casa deve acontecer desde o momento de internamento na unidade de cuidados. Estas intervenções têm como principal objetivo aumentar ou melhorar o conhecimento quer da criança quer do familiar nas temáticas percebidas como pertinentes ou necessárias aquando e no decorrer do plano de cuidados para aquela criança/ família. Como forma de avaliar a eficácia dessas intervenções definem-se critérios de resultado que, neste plano de cuidados em concreto, se cingem à demonstração da execução das atividades instruídas ou à verbalização por parte da criança ou da mãe do conhecimento aprendido. Assim sendo:

- No diagnóstico "Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica" assumem-se como critérios de resultado: que a criança verbalize que o penso não deve estar molhado ou sujo e que quando perde integridade deve ser trocado; que a criança verbalize a necessidade de ter cuidado com o esforço abdominal pela presença de ferida umbilical.

- No diagnóstico "Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica" assumem-se como critérios de resultado: que a mãe verbalize os cuidados a ter com o penso da ferida cirúrgica e como agir em caso de perda da integridade do mesmo; que a mãe verbalize que o penso quando molhado aumenta o risco de infeção da ferida cirúrgica; que a mãe verbalize que quando percebida perda de integridade do penso ou alterações na zona da ferida cirúrgica deve informar o enfermeiro; que a mãe verbalize os sinais inflamatórios e como os identifica e age perante eles.

- No diagnóstico "Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade" e "Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade" assumem-se como critérios de resultado: que a criança verbalize estratégias/ exercícios que o podem ajudar quando se sente mais nervoso; que a criança demonstre capacidade na realização dessas estratégias/ exercícios; que a criança adote essas estratégias/

exercícios aquando de momentos de maior ansiedade.

- No diagnóstico "Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil" assumem-se como critérios de resultado: que a mãe verbalize a importância de uma comunicação clara e direta; que a mãe verbalize o estabelecimento de rotinas; que a mãe mencione a estimulação tátil como estratégia promotora do desenvolvimento infantil; que a mãe verbalize a promoção da autonomia da criança; que a mãe verbalize a importância de interações sociais para promover a habilidade da criança de socializar e consequentemente promover o desenvolvimento infantil.

- No diagnóstico "Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de isolamento" assumem-se como critérios de resultado: que a criança compreenda a necessidade de ficar no seu quarto; que a criança verbalize a importância de ficar isolado para se proteger a ele e às outras pessoas; que a criança verbalize a necessidade da utilização de equipamento de proteção pela mãe; que a criança compreenda que não poderá agora receber visitas da avó.

- No diagnóstico "Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre regime de isolamento" assumem-se como critérios de resultado: que a mãe verbalize a necessidade de usar equipamento de proteção individual no quarto e realizar a higiene das mãos quando entra e quando sai do quarto; que a mãe compreenda a necessidade de isolamento como forma de evitar disseminação de infeções sendo positiva para o seu filho e para as outras crianças internadas; que a mãe compreenda a restrição de visitas.

Para além dos dados que nos levam a determinar que existe uma potencialidade para melhorar o conhecimento sobre um determinado tema importa ter em consideração que se avaliam a consciencialização, disponibilidade para aprender e volição dos clientes já que estes são dados relevantes na definição de um diagnóstico de potencialidade para melhorar conhecimento e/ou capacidade.

As intervenções do tipo " Avaliar evolução do conhecimento" permitem perceber o conhecimento existente acerca das temáticas. A avaliação da evolução do conhecimento desempenha um papel crucial na promoção do autocuidado, na prevenção de complicações e na melhoria da qualidade do cuidado prestado pelos enfermeiros. Além disso, fortalece a relação entre os clientes e o profissional de saúde, criando um ambiente de cuidado colaborativo e centrado na família.

Através das intervenções realizadas com a criança no que concerne à gestão da comunicação e gestão da ansiedade da criança que se refletia nos seus comportamentos desajustados em situação " de ameaça", foi possível uma adequação destes comportamentos que, apesar de marcados pelo medo e apesar da dificuldade da criança na intelectualização e expressão das emoções, facilitaram em muito a prestação de cuidados. Para além da facilitação na prestação de cuidados, o plano desenvolvido com a criança permitiu a criação de relação de confiança

com a mesma, o que permite perceber a eficácia das intervenções realizadas neste âmbito.

As intervenções realizadas junto da mãe foram bem recebidas e facilitaram a hospitalização num momento de grande ansiedade para a mãe que verbalizava cansaço e preocupação com o filho em casa aos cuidados da avó, juntamente com dificuldade em lidar com o comportamento desajustado do D.N. O reforço de ensinamentos no que diz respeito à gestão da ansiedade bem como a gestão da comunicação com a criança, e o reforço positivo foram relatados pela mãe como facilitadores neste processo por se sentir apoiada.

No que diz respeito à avaliação da evolução do conhecimento sobre desenvolvimento infantil e estratégias para a promoção do mesmo, a intervenção do enfermeiro é crucial para capacitar os pais a desempenharem um papel ativo e positivo no desenvolvimento dos seus filhos. Ao fornecer orientações e suporte contínuos, os enfermeiros contribuem significativamente para o bem-estar e o sucesso futuro das crianças.

Relativamente à estimulação tátil, em contexto de internamento cirúrgico pediátrico esta é uma prática fundamental para o bem-estar emocional e físico da criança. Neste caso em específico, a estimulação tátil foi intensamente promovida entre a mãe e a criança, fortalecendo o vínculo afetivo e proporcionando conforto e segurança à criança. Essa interação não apenas alivia a ansiedade associada ao ambiente hospitalar, mas também pode ajudar no processo de recuperação ao promover o sentimento de cuidado e proteção, essenciais para a saúde global da criança, culminando com o benefício último de promover o desenvolvimento infantil.

4. CASO CLÍNICO EM CONTEXTO DE UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR

O R., um lactente de 6 meses, veio à consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil em USF acompanhado pela sua mãe.

4.1. Enquadramento teórico

Contextualização do caso:

O R. de 6 meses, é um lactente de termo sem problemas de saúde conhecidos. Em amamentação exclusiva até aos 5 meses, tendo iniciado diversificação alimentar cerca de 2 semanas antes desta consulta, aconselhada pelo pediatra da instituição, após consulta marcada pela mãe que iria regressar ao trabalho.

A mãe do R., é a senhora D., de 32 anos, saudável que exerce profissão em contabilidade tendo regressado ao trabalho na semana da própria consulta. Gesta-1 e Para-1, conta com o apoio da sua mãe que vive muito perto de si e tem disponibilidade total para ficar com o neto por já estar reformada.

O pai do R., de 33 anos, engenheiro de profissão, não conseguiu acompanhar esta consulta por estar a trabalhar, tendo estado presente nas anteriores. Também ele sem antecedentes pessoais a relevar.

A consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil realizou-se em equipa multidisciplinar (enfermeiro e médico). Primeiramente realizou-se a avaliação física e de desenvolvimento com recurso à Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan modificada. De seguida realizou-se um diálogo com a mãe com procura de questões e inseguranças da mesma e avaliação do conhecimento/ validação sobre os cuidados antecipatórios, nomeadamente: cuidados de higiene; higiene oral e erupção dentária; hábitos de sono; diversificação alimentar; e sentimentos experimentados pela mãe após regresso ao trabalho. Por fim procedeu-se à vacinação do R. num gabinete em separado, já sem a presença do médico.

Enquadramento Teórico:

Saúde Infantil nos Cuidados de Saúde Primários

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), emitido pela Direção-Geral da Saúde (DGS), é uma ferramenta fundamental que orienta o trabalho dos profissionais de saúde no atendimento às crianças e adolescentes em Portugal (DGS, 2013). Este programa estabelece diretrizes para a realização de consultas de saúde em momentos-chave do desenvolvimento, visando a deteção precoce de problemas de saúde e a promoção de intervenções adequadas.

A consulta de enfermagem desempenha um papel central no acompanhamento da saúde infantil, permitindo a identificação de problemas e a elaboração de planos de intervenção personalizados. Além disso, a abordagem na área da saúde infantil em Portugal está cada vez mais focada em questões relacionadas com o neurodesenvolvimento, como o desenvolvimento infantil, perturbações do comportamento e maus-tratos, considerando marcos do desenvolvimento psicomotor e da vida escolar das crianças (Afonso, 2020).

Os enfermeiros dos Centros de Saúde também têm um papel fundamental na promoção da parentalidade positiva e na capacitação das famílias para cuidar da saúde dos filhos (Reticena et al., 2022), atuando como parceiros na educação para a saúde.

Além disso, as intervenções educativas relacionadas aos cuidados antecipatórios desempenham um papel de destaque na consulta de enfermagem, promovendo uma relação terapêutica entre o enfermeiro e a família. Ao orientar as famílias sobre a saúde da criança, o enfermeiro capacita-as a participar ativamente nos cuidados e a tornar-se corresponsável pela saúde do filho (Gaíva et al., 2018).

Vacinação

Ao administrar uma vacina, uma forma enfraquecida ou inativada de um determinado agente patogénico é introduzida no corpo. Esta forma modificada ou fragmentada desse agente patogénico é incapaz de causar a doença, mas possui componentes que permitem ao sistema imunológico que o reconheça como invasor. O sistema imunológico responde produzindo anticorpos específicos contra o agente infeccioso, criando assim uma "memória imunológica" crucial, já que, caso a criança entre em contato com o agente patogénico no futuro, o sistema imunológico será capaz de responder rapidamente, neutralizando ou eliminando o invasor antes que ele possa causar a doença. Esse processo é o que confere imunidade e proteção contra a doença (CDC, 2022).

A vacinação infantil desempenha um papel crucial na proteção da saúde das crianças, prevenindo uma série de doenças potencialmente graves. Em Portugal, o Programa Nacional de Vacinação (PNV) é a principal estratégia implementada pelo Serviço Nacional de Saúde para garantir a imunização da população infantil. Este programa é abrangente, gratuito e acessível a toda a população em Portugal (DGS, 2020).

O PNV em Portugal é um programa governamental que define quais as vacinas a administrar, em que idade e em que doses, baseado em evidências científicas e orientações internacionais,

com vista na proteção das crianças (DGS, 2020).

O calendário vacinal é estruturado de forma a abranger diferentes fases do desenvolvimento infantil, desde o nascimento até à adolescência.

Vacina Doença	Idade											
	Nasci-mento	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	25 anos	45 anos	65 anos	10/10 anos
Hepatite B	VHB 1	VHB 2		VHB 3								
<i>Haemophilus influenzae b</i>		Hib 1	Hib 2	Hib 3		Hib 4						
Difteria, tétano, tosse convulsa		DTPa 1	DTPa 2	DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5					
Poliomielite		VIP 1	VIP 2	VIP 3		VIP 4	VIP 5					
<i>Streptococcus pneumoniae</i>		Pn ₁₃ 1	Pn ₁₃ 2		Pn ₁₃ 3							
<i>Neisseria meningitidis B</i>		MenB 1	MenB 2		MenB 3							
<i>Neisseria meningitidis C</i>					MenC							
Sarampo, parotidite epidémica, rubéola					VASPR 1		VASPR 2					
Vírus Papiloma humano								HPV 1,2				
Tétano, difteria e tosse convulsa									Tdpa - Grávidas			
Tétano e difteria								Td	Td	Td	Td	Td

DGS, 2020

A eficácia do Programa Nacional de Vacinação em Portugal é notável, contribuindo para a erradicação ou controlo efetivo de várias doenças infecciosas. Além disso, a vacinação infantil é uma estratégia fundamental para a proteção da saúde pública, pois contribui para a imunidade coletiva, reduzindo a transmissão de agentes patogénicos na comunidade.

Desenvolvimento infantil aos 6 meses

A população pediátrica atinge o seu desenvolvimento ideal através de uma combinação de potencial genético, estimulação psicossocial, nutrição adequada e um ambiente físico seguro (Bentley, et al., 2014). Ao longo do desenvolvimento infantil existem períodos críticos, estes referem-se a janelas de tempo durante os quais certos aspetos do desenvolvimento são especialmente sensíveis ou propensos a serem influenciados (Facci, 2004). Durante esses períodos, as experiências e estímulos têm um impacto significativo no desenvolvimento de habilidades específicas. O período que compreende o espaço de tempo entre a conceção até ao segundo aniversário da criança, é reconhecido como um período crítico durante o qual ocorre um rápido crescimento e desenvolvimento (Bentley, et al., 2014).

Durante o primeiro ano de vida, é fundamental proporcionar um cuidado adequado às necessidades nutricionais, visando prevenir potenciais danos cerebrais que possam interferir no

processo de desenvolvimento. Além disso, elementos como afeto, proximidade e atenção, que desempenham um papel crucial na formação de "vínculos emocionais sólidos", desempenham um papel essencial no desenvolvimento normativo dos lactentes. A carência desses vínculos, aliada à ausência de estímulos e atividades que favoreçam o crescimento, pode acarretar repercussões psicológicas, emocionais e sociais, influenciando o comportamento futuro da criança (Papalia et al., 2001).

No primeiro ano de vida, especialmente nos primeiros 6 meses, os lactentes apresentam um rápido crescimento, ganhando peso e altura significativos. O perímetro cefálico também aumenta, refletindo o crescimento e diferenciação do sistema nervoso. Durante esse período, observa-se o desenvolvimento das habilidades motoras finas, como a preensão de objetos. Os lactentes podem também demonstrar maior controle da cabeça e pescoço, sustentando-os mais firmemente quando sentados com apoio, e ainda desenvolvem habilidades motoras que os permite rolar quando deitados. A interação social também se intensifica, com sorrisos frequentes em resposta a estímulos visuais e auditivos. Esses marcos indicam o progresso no desenvolvimento motor e cognitivo durante o primeiro ano de vida (Hockenberry & Wilson, 2014).

Com principal enfoque neste período, o acompanhamento pelo enfermeiro desempenha um papel crucial no crescimento e desenvolvimento saudável, além de ajudar a reduzir os fatores de risco associados à mortalidade infantil (Santos et al., 2020).

A Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil de Mary Sheridan Modificada é uma ferramenta importante na avaliação do desenvolvimento de crianças, abrangendo áreas essenciais como postura e motricidade global, visão e motricidade fina, audição e linguagem, comportamento e adaptação social (DGS, 2013). A sua aplicabilidade fácil e rápida torna-a particularmente eficiente para profissionais de saúde, permitindo uma identificação precoce de possíveis desafios no desenvolvimento infantil (DGS, 2013).

Esta escala é recomendada e validada pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil como uma ferramenta fidedigna no contexto da saúde infantil em Portugal (DGS, 2013). Ao avaliar crianças desde as 4 semanas até aos 5 anos, a escala proporciona uma visão abrangente do desenvolvimento, permitindo intervenções oportunas e encaminhamentos para serviços especializados, se necessário (DGS, 2013).

O desenvolvimento infantil é um processo complexo e dinâmico que envolve diversas mudanças físicas, cognitivas e sociais ao longo da infância. É essencial reconhecer a diversidade e singularidade do percurso de cada criança, proporcionando uma visão abrangente e personalizada para orientar intervenções e suporte adequados ao seu contínuo crescimento e bem-estar.

4.2. Clientes

Cliente

Lactente | Idade: 6 meses | Masculino

Mãe/Pai

02-11-2023 17:00

02-11-2023 17:00 - Figura parental principal: mãe.

02-11-2023 17:00 - Número de outros filhos: 0.

02-11-2023 17:00 - Papel parental não partilhado.

02-11-2023 17:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

02-11-2023 17:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, mas não o dia todo.

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-11-02 17:00:00	Vacina hexavalente DTPaHibVIPVHB	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Vacina hexavalente DTPaHibVIPVHB

A vacina hexavalente é uma vacina combinada que proporciona proteção contra seis doenças diferentes. A sigla "DTPaHibVIPVHB" refere-se a algumas dessas doenças específicas:

DTPa: Proteção contra difteria, tétano e tosse convulsa;

Hib: Proteção contra *Haemophilus influenzae* tipo b;

VIP: Proteção contra poliomielite;

VHB: Proteção contra hepatite B.

A vacina hexavalente, ao combinar essas proteções numa única injeção, visa simplificar o cronograma de vacinação, garantindo que as crianças recebam proteção abrangente contra várias doenças numa única administração.

Esta é uma vacina para injeção intramuscular que, em idade inferior a 12 meses, se recomenda a administração no músculo vasto externo da face externa da região antero-lateral da coxa esquerda.

(DGS,2020).

4.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
02-11-2023 17:00	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
02-11-2023 17:00	Comportamentos de ligação filho-mãe/pai	
02-11-2023 17:00	Desenvolvimento psicomotor	
02-11-2023 17:00	Desenvolvimento físico	
02-11-2023 17:00	Lactente	

4.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Lactente

O termo "Lactente" refere-se a um estágio específico do desenvolvimento infantil que compreende o período que vai desde os 28 dias a 23 meses de idade (Emidio, et.al., 2020).

O termo deriva do latim "lactare," que significa "amamentar," destacando a importância da alimentação por meio do leite materno neste estágio inicial. Nesta fase do desenvolvimento infantil ocorrem mudanças significativas no desenvolvimento físico, sensorial, cognitivo e socioemocional da criança (Papalia, et al., 2006).

Comportamento de Ligação mãe/pai-filho & Comportamento de Ligação filho- mãe/pai

De acordo com Vale (2008), o comportamento de vinculação refere-se à propensão da criança em procurar a proximidade com os pais em situações de risco e à relação que possibilita utilizar os pais como figuras capazes de restabelecer conforto, segurança e bem-estar.

Na primeira fase do desenvolvimento de Erikson, que abrange o período desde o nascimento até

o primeiro ano de vida, destaca-se a formação do sentimento de confiança, superando a desconfiança. Este sentimento abrange tanto a autoconfiança quanto a confiança nos outros e no ambiente. Os lactentes confiam na garantia de que suas necessidades básicas serão atendidas, e essa confiança está intrinsecamente ligada à qualidade das interações entre pais e cuidadores. É essencial que pais e lactentes aprendam juntos a atender as suas necessidades de maneira mútua, facilitando a regulação eficaz das frustrações. A confiança estabelecida nessa fase é crucial para as etapas subsequentes, proporcionando conforto físico e segurança, permitindo que os lactentes enfrentem o desconhecido com menos apreensão (Hockenberry & Wilson, 2018).

De acordo com Bowlby (1969), a vinculação é inata e essencial para a sobrevivência da criança. A conexão entre mãe e filho desempenha um papel crucial no desenvolvimento infantil, influenciando profundamente os vínculos emocionais e o bem-estar da criança (Gerhardt, 2016).

Quando o sistema de vinculação é ativado, pelas necessidades percebidas pela criança, o sistema de prestação de cuidados do cuidador desperta na procura de atender às necessidades da criança (Marvin, et al., 2002). Diferenças individuais na configuração dos comportamentos fundamentais seguros estão estreitamente relacionadas às reações comportamentais da figura de ligação, demonstrando a sua sensibilidade aos sinais da criança, disposição para assumir o papel de provedor das necessidades infantis, colaboração com os comportamentos da criança e prontidão para interações diárias (Ainsworth et al., 2015). A forma como a criança percebe o suporte disponível parece estar mais diretamente relacionada à sensação de segurança na figura de ligação, possibilitando uma exploração ativa do ambiente ao seu redor (Booth, et al., 1998, Gerhardt, 2016).

A análise da ligação entre mãe e filho é comumente conduzida através de diversas abordagens, que levam em consideração elementos como a sensibilidade materna, a reação da criança à separação e a habilidade de autorregulação emocional (Crittenden, 2017). Essa avaliação oferece uma compreensão aprofundada da segurança ou insegurança da ligação e de como isso influencia os aspectos emocionais e sociais da criança.

Investigações na área de neurociência, exemplificadas por estudos como os realizados por Feldman (2012), desempenham um papel fundamental na ampliação do entendimento da ligação entre mãe e filho. Essas pesquisas exploram as respostas neurobiológicas durante interações afetivas, enfatizando a relevância da liberação de oxitocina, comumente referida como a "hormona do amor", na promoção de ligações emocionais sólidas entre mãe e filho.

A perspectiva da teoria da vinculação proporciona insights significativos acerca da relevância das relações emocionais durante a infância e a sua influência de longo prazo no desenvolvimento humano. Ao mesmo tempo, a análise da ligação entre mãe e filho não apenas expõe a natureza dessa relação, mas também fornece insights valiosos sobre as repercussões

no desenvolvimento emocional e social da criança. Essa dinâmica molda suas habilidades interpessoais e contribui para o seu bem-estar ao longo da vida.

Desenvolvimento Psicomotor

O desenvolvimento "psicomotor" compreende transformações nas habilidades cognitivas, emocionais, motoras e sociais de uma criança, compreendendo os períodos fetal e neonatal, primeira infância, infância e adolescência. Este processo ocorre em variados domínios, e a complexidade das teorias envolvidas complexifica a compreensão do desenvolvimento infantil (Cioni & Sgandurra, 2013).

Uma variedade de elementos adversos pode afetar o período pré-natal, perinatal e pós-natal, resultando em variações subsequentes, que podem ser leves ou significativas, no desenvolvimento psicomotor padrão. Portanto, é essencial detectar na população infantil aqueles que apresentam fatores de risco neurológico ou que já evidenciam atrasos no desenvolvimento convencional, a fim de iniciar prontamente intervenções de reabilitação (Radmilović, et al., 2016).

O progresso psicomotor é uma evolução constante moldada por influências tanto biológicas quanto cognitivas em interação social, juntamente com experiências diretas nos processos de aprendizagem. Dificuldades nesse desenvolvimento representam um desafio significativo, impactando a saúde e a qualidade de vida das crianças afetadas, bem como a dos seus familiares (Vericat & Orden, 2010).

O desenvolvimento psicomotor refere-se à gradual aquisição de habilidades funcionais à medida que a criança se desenvolve. Trata-se de um processo contínuo e sequencial, caracterizado por estágios que demonstram níveis crescentes de complexidade. Aspectos biológicos, interação social e experiências de aprendizagem exercem influência sobre esse desenvolvimento (Vericat & Orden, 2010).

A Academia Americana de Pediatria define problemas de desenvolvimento como condições crônicas que surgem precocemente e compartilham a característica comum de dificuldades na aquisição de habilidades motoras, linguísticas, sociais ou cognitivas, com um impacto significativo no progresso do desenvolvimento infantil (AAP, 1999). Embora alguns desafios de desenvolvimento possam ser transitórios, atrasos nas fases iniciais podem estar associados a deficiências mais tarde na vida, tais como autismo, distúrbios de linguagem e dificuldades de aprendizagem (Vericat & Orden, 2010).

A detecção precoce de atrasos no desenvolvimento possibilita intervenções oportunas, o que pode ter um impacto significativo nos resultados para crianças com desafios nas habilidades motoras (McManus, 2017). A avaliação contribui para a adaptação de estratégias educacionais, visando atender às necessidades individuais das crianças e promover o sucesso em ambiente

escolar e social (Case-Smith & O'Brien, 2010). O acompanhamento do desenvolvimento psicomotor é uma parte essencial das avaliações em saúde, assegurando uma compreensão holística do bem-estar infantil (AAP, 2007).

As habilidades psicomotoras apresentam uma estreita conexão com o desenvolvimento cognitivo, sendo que a avaliação de uma frequentemente oferece insights significativos sobre a outra (Diamond, 2000). O progresso no desenvolvimento psicomotor pode influenciar a habilidade no regular das suas emoções e no envolvimento em interações sociais (Cameron et al., 2012).

Avaliar o desenvolvimento psicomotor em crianças desempenha um papel fundamental na compreensão das suas habilidades físicas e motoras, possibilitando ainda a identificação de possíveis atrasos ou problemas de desenvolvimento. Esta avaliação fornece informações proveitosas para profissionais de saúde e pais permitindo a implementação de intervenções precoces, em caso de necessidade.

Desenvolvimento físico

“Crescer” resulta do aumento do tamanho e volume de tecidos e órgãos, por consequência do aumento do número e do volume das células. Quando este processo ocorre de forma regular e equilibrada nos vários compartimentos, como osso, músculo, tecido adiposo, entre outros, é considerado saudável (Wells, 2003, como citado em DGS, 2019).

A monitorização do desenvolvimento durante a idade pediátrica envolve a realização de consultas regulares de "Saúde Infantil e Juvenil", conforme determinado pela Direção-Geral da Saúde e registado no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (BSIJ). Nessas consultas, que possuem uma periodicidade mínima definida, são realizadas avaliações antropométricas como o peso, o comprimento (até aos 2 anos) ou a altura (a partir dos 2 anos), e o perímetro cefálico (até aos 2 anos) (DGS, 2013). Os dados das referidas avaliações são registados, pelo profissional de saúde, o que permite a comparação com as curvas de percentis do BSIJ. O preenchimento regular é crucial, não apenas para avaliar a adequação do crescimento em relação a um padrão de referência, mas também para acompanhar a trajetória individual (WHO, 2006).

As curvas de percentis, desenvolvidas e mantidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), são ferramentas fundamentais para a avaliação do desenvolvimento físico em crianças. Estes gráficos representam visualmente a distribuição de medidas como altura, peso e perímetro cefálico em relação à idade e sexo, sendo valiosas para os profissionais de saúde acompanharem o crescimento infantil ao longo do tempo, identificando padrões normais e detectando possíveis desvios que podem indicar questões de saúde (WHO, 2008).

Estas curvas de crescimento desempenham um papel essencial na vigilância do estado nutricional e no crescimento de crianças e adolescentes. O desenvolvimento equilibrado,

mantendo-se dentro dos padrões normais, é fundamental para assegurar uma vida adulta saudável e, conseqüentemente, apresenta implicações significativas na saúde das populações (DGS, 2013). Além disto, o desenvolvimento físico está intimamente ligado com habilidades motoras, abrangendo habilidades motoras grossas (por exemplo, caminhar, correr) e habilidades motoras finas (por exemplo, coordenação olho-mão) (WHO, 2006).

A avaliação do desenvolvimento físico é um indicador chave do estado nutricional de uma criança. Ajuda a identificar a desnutrição ou a sobrenutrição, permitindo intervenções oportunas para garantir uma nutrição adequada (Waterlow, 1972).

Anormalidades no desenvolvimento físico podem indicar problemas de saúde subjacentes, incluindo distúrbios endócrinos ou condições genéticas (Kliegman, et al., 2019). Informar os pais sobre o desenvolvimento físico dos seus filhos capacita-os na tomada de decisões informadas relacionadas com nutrição, exercícios e promoção geral da saúde (AAP, 2000).

É crucial avaliar periodicamente o crescimento de cada criança, indo além dos parâmetros populacionais (curvas de percentis), para identificar possíveis desvios precoces na trajetória individual. Cada criança possui um padrão genético único, e uma abordagem prática reconhece que não devemos comparar, mas sim avaliar a evolução individual, considerando a família, características pessoais e padrões de referência (DGS, 2019).

4.5. Conceção de Cuidados

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

02-11-2023 17:00

02-11-2023 17:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

02-11-2023 17:00 - Ligação mãe/pai-filho

02-11-2023 17:00 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho

02-11-2023 17:00 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho [Neste momento]

02-11-2023 17:00 - Promover adesão da mãe/pai a estratégias promotoras de ligação mãe/pai-filho

02-11-2023 17:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da ligação mãe/pai-filho: facilitador.

02-11-2023 17:00 - Consciencialização da mãe/pai sobre a relação entre a técnica de mãe-canguru e a ligação mãe/pai-filho: facilitadora.

02-11-2023 17:00 - Consciencialização da mãe/pai sobre a relação entre a participação nos cuidados e a ligação mãe/pai-filho: facilitadora.

02-11-2023 17:00 - Avaliar evolução da adesão da mãe/pai a estratégias promotoras de ligação mãe/pai-filho [Sem horário]

Comportamentos de ligação filho-mãe/pai

02-11-2023 17:00

02-11-2023 17:00 - Comportamentos de vinculação: comportamento amistoso, acrescentando comportamentos de agarrar ou seguir com o olhar um adulto
Comportamentos preferencialmente dedicados à figura materna ou de substituição.

02-11-2023 17:00 - Vinculação

02-11-2023 17:00 - Determinar evolução da vinculação

02-11-2023 17:00 - Avaliar evolução da vinculação [Neste momento]

Desenvolvimento psicomotor

02-11-2023 17:00

02-11-2023 17:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme.

02-11-2023 17:00 - Desenvolvimento da função motora fina: sem sinais de alarme.

02-11-2023 17:00 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme.

02-11-2023 17:00 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme.

02-11-2023 17:00 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: sem sinais de alarme.

02-11-2023 17:00 - Desenvolvimento infantil

02-11-2023 17:00 - Determinar evolução do desenvolvimento infantil

02-11-2023 17:00 - Avaliar evolução do desenvolvimento infantil [Neste momento]

02-11-2023 17:00 - Avaliar evolução dos sinais de alarme relativos ao desenvolvimento infantil [Neste momento]

02-11-2023 17:00 - Promover desenvolvimento infantil

02-11-2023 17:00 - Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil [Neste momento]

Desenvolvimento físico

02-11-2023 17:00

02-11-2023 17:00 - Peso: 7.50 Kg.

02-11-2023 17:00 - Percentil do peso: P(25).

02-11-2023 17:00 - Comprimento/Altura: 68.00 cm.

02-11-2023 17:00 - Percentil do comprimento: P(50).

02-11-2023 17:00 - Perímetro cefálico: 42.00 cm.

02-11-2023 17:00 - Percentil do perímetro cefálico: P(10).

02-11-2023 17:00 - Índice de massa corporal: 16.22 Kg/m².

02-11-2023 17:00 - Percentil do índice de massa corporal: P(15).

02-11-2023 17:00 - Encerramento da fontanela

02-11-2023 17:00 - Posição anterior: sem compromisso.

02-11-2023 17:00 - Determinar evolução do crescimento

02-11-2023 17:00 - Avaliar evolução do crescimento [Neste momento]

Lactente

02-11-2023 17:00

02-11-2023 17:00 - Lactente

02-11-2023 17:00 - Promover papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional

02-11-2023 17:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre ingestão nutricional da criança: facilitador.

02-11-2023 17:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre diversificação alimentar: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-11-2023 17:00 - Capacidade da mãe/pai para alimentar a criança: facilitadora.

02-11-2023 17:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre diversificação alimentar

02-11-2023 17:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre diversificação alimentar [Sem horário]

02-11-2023 17:00 - Ensinar mãe/pai sobre diversificação alimentar [Neste momento]

02-11-2023 17:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional [Sem horário]

02-11-2023 17:00 - Promover papel parental desenvolvimental: higiene e conforto

02-11-2023 17:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre higiene da criança: facilitador.

02-11-2023 17:00 - Capacidade da mãe/pai para cuidar da higiene da criança: facilitadora.

02-11-2023 17:00 - Significado atribuído pela mãe/pai ao dar banho: não dificultador.

02-11-2023 17:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: higiene e conforto [Sem horário]

02-11-2023 17:00 - Promover papel parental desenvolvimental: sono/repouso

02-11-2023 17:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre sono da criança: facilitador.

02-11-2023 17:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: sono/repouso [Sem horário]

02-11-2023 17:00 - Promover papel parental desenvolvimental: segurança

02-11-2023 17:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da segurança da criança: facilitador.

02-11-2023 17:00 - Capacidade da mãe/pai para transportar a criança em segurança: facilitadora.

02-11-2023 17:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: segurança [Sem horário]

02-11-2023 17:00 - Promover papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde

02-11-2023 17:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-11-2023 17:00 - Significado atribuído pela mãe/pai à vacinação: não dificultador.

02-11-2023 17:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde da criança

02-11-2023 17:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre

vigilância e promoção da saúde da criança [Sem horário]

02-11-2023 17:00 - Ensinar mãe/pai sobre vacinação [Neste momento]

02-11-2023 17:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental:

vigilância e promoção da saúde [Sem horário]

02-11-2023 17:00 - Promover papel parental desenvolvimental: lidar com o choro

02-11-2023 17:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre choro do lactente: facilitador.

02-11-2023 17:00 - Capacidade da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do lactente: facilitadora.

02-11-2023 17:00 - Autoeficácia da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do lactente: facilitadora.

02-11-2023 17:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: lidar com o choro [Sem horário]

02-11-2023 17:00 - Promover papel parental desenvolvimental: crescimento

02-11-2023 17:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre crescimento da criança: facilitador.

02-11-2023 17:00 - Promover papel parental desenvolvimental: desenvolvimento infantil

02-11-2023 17:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil durante o período de lactente: facilitador.

02-11-2023 17:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

02-11-2023 17:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente

02-11-2023 17:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente [Sem horário]

02-11-2023 17:00 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente [Neste momento]

4.6. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do desenvolvimento infantil

- Avaliar capacidade do lactente de controlar a cabeça /ergendo-a quando deitado de bruços e controlando-a à medida que está a ser levantado;
- Avaliar capacidade do lactente de rodar sobre si (de barriga para costas e vice-versa);
- Observar se o lactente segue objetos em movimento com o olhar;
- Observar capacidade do lactente de pegar em objetos e passar os mesmos de uma mão para a outra;

- Observar capacidade do lactente de reconhecer rostos de pessoas próximas a si (como a mãe) e se demonstra preferência por essas pessoas;
- Observar presença de sorriso e reações emocionais do lactente quando estimulado;
- Avaliar presença de emissão de sons com a boca como vocalizações ou balbuciar;
- Avaliar resposta a estímulos sensoriais como luz, som e toque.

Avaliar evolução do crescimento

- Avaliar peso, comprimento e perímetro cefálico;
- Registrar medidas antropométricas avaliadas e avaliar percentil;
- Comparar evolução do crescimento com os valores anteriores;
- Comparar percentis com os resultados anteriores verificando crescimento regular e gradual ou, pelo contrário, alterações abruptas de percentis.

Avaliar evolução da vinculação

- Observar se o lactente estabelece contacto visual com a mãe;
- Observar se o lactente se sente seguro para explorar o que o rodeia quando na presença da mãe;
- Observar as reações emocionais do lactente em resposta às expressões faciais e à linguagem corporal da mãe;
- Observar resposta do lactente ao toque da mãe;
- Verificar capacidade do lactente de se autorregular em situações de stress e desconforto procurando conforto na mãe;
- Observar expressão de afeto do lactente face aos cuidadores (através de sorrisos ou abraços);
- Observar resposta do lactente à voz da mãe;
- Comparar com os dados recolhidos em consultas anteriores e manter avaliação contínua.

Avaliar evolução da ligação mãe-filho

- Observar o contacto visual entre a mãe e o lactente;
- Avaliar a resposta do lactente aos estímulos da mãe;
- Observar a expressão facial da mãe e do lactente bem como a linguagem corporal durante o contacto;
- Avaliar a capacidade da mãe para responder às necessidades emocionais do lactente;
- Observar a forma como a mãe segura, embala e acalma o lactente;
- Avaliar a comunicação verbal entre a mãe e o lactente, tendo em consideração o tom de voz e a linguagem utilizada;
- Observar sinais de desconforto ou tensão tanto na mãe como no lactente;
- Comparar com os dados recolhidos em consultas anteriores e manter avaliação contínua.

Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil

- Desenvolver a promoção de comportamentos parentais positivos, por meio da atividade lúdica entre pais e filhos;
- Desenvolver intervenções promotoras para o desenvolvimento infantil e para o bem-estar familiar para que se iniciem comportamentos saudáveis desde a infância;
- Promover um processo educativo no âmbito familiar adequado e harmonioso para

possibilitar à criança o sucesso na aprendizagem, proporcionando-lhe a motivação, o interesse e a concentração necessária para a aquisição do conhecimento;

Ensinar mãe/pai sobre diversificação alimentar

- Salientar a importância de criar um ambiente positivo durante as refeições, encorajando a exploração de alimentos e experiências alimentares positivas;
- Discutir a criação de horários regulares para as refeições e manutenção de uma consistência na oferta de alimentos, promovendo uma rotina previsível;
- Ensinar que deve ser oferecida uma dieta diversificada com alimentos de diferentes texturas e paladares;
- Ensinar que o lactente deve ser alimentado sempre em posição sentada ou ligeiramente inclinado e os primeiros alimentos deverão ser oferecidos à colher e ter uma textura cremosa, transitando progressivamente para outras texturas à medida que o lactente demonstre um bom controlo da mastigação e deglutição até à introdução do alimento sólido;
- Ensinar que, tendo em conta o seu elevado índice glicémico e a sua pobreza nutricional a fruta não deve ser usada como uma refeição, mas sim como sobremesa das refeições principais ou integrante das mesmas;
- Ensinar que progressivamente, todas as frutas podem ser oferecidas, devendo apenas haver alguma reserva durante o primeiro ano de vida relativamente ao kiwi, ao morango e ao maracujá, por poderem mais facilmente estar associados a reações alérgicas;
- Ensinar que a proteína animal deve ser introduzida no 6º mês devendo ser oferecidas ao lactente 30 g/dia de carne ou de peixe, de forma a oferecer 4 vezes por semana carne e 3 vezes por semana peixe;
- Ensinar que a proteína pode inicialmente ser adicionada ao creme de legumes, à açorda ou à farinha de pau e posteriormente (a partir dos 7 meses) a outros complementos;
- Reforçar ideia de que o sal e o açúcar são os elementos proibidos da dieta;
- Ensinar sobre sinais de possível intolerância/ alergia alimentar (diarreia; distensão abdominal; fezes com presença de muco ou sangue; eritema cutâneo; falta de ar).

Ensinar mãe/pai sobre vacinação

- Reforçar importância da vacinação;
- Informar acerca da vacina a ser administrada;
- Explicar que é comum ocorrerem reações leves após a vacinação, como vermelhidão, inchaço ou sensibilidade no local da injeção e que são reações temporárias;
- Ensinar sobre os cuidados locais, como aplicar compressas frias no local da injeção, se necessário, para aliviar qualquer desconforto;
- Informar sobre a possibilidade de o lactente desenvolver febre após a vacinação;
- Orientar a mãe sobre como medir a temperatura do lactente, a medicação a administrar e quando procurar ajuda médica (em caso de persistência da febre);
- Orientar a mãe a monitorizar qualquer sintoma grave, como dificuldade respiratória, erupções cutâneas graves ou alterações no comportamento, e procurar atendimento médico imediatamente se ocorrerem;
- Reforçar a ideia de que oferecer conforto e carinho ao lactente pode ser benéfico durante

o período pós-vacinação, ajudando a aliviar qualquer desconforto.

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

- Ensinar sobre importância da linguagem falada aos lactentes como preponderante no desenvolvimento da linguagem das crianças;
- Ensinar sobre brincadeiras/atividades promotoras de desenvolvimento infantil (através do uso de ginásios de chão que ajudam no desenvolvimento de motricidade grossa e fina, estimulando os sentidos da visão, audição e tato; colocar o lactente de bruços de forma a fortalecer a musculatura do pescoço, ombros e costas; oferecer brinquedos com diferentes texturas que promovem a estimulação sensorial e que fazem barulho; esconder objetos ou a face ao lactente envolvendo-o na procura; providenciar brinquedos que rolam para a frente e para trás para promover coordenação; Ler livros interativos e deixar o lactente tocar e explorar o livro; colocar o lactente em frente a um espelho promovendo a consciência corporal e estimulando a curiosidade; Sentar o lactente com apoio para participar mais activamente no meio que o rodeia);
- Ensinar sobre a utilização da estimulação tátil como estratégia promotora do desenvolvimento infantil justificando que o cuidado e a relação com os pais é fundamental para o bem estar e aprendizagem das crianças;
- Ensinar que a estimulação tátil promove o desenvolvimento social, físico e cognitivo das crianças;
- Enumerar tipos de estimulação tátil passíveis de ser usados com a criança como por exemplo: massagem infantil; contacto pele com pele; toques suaves (carícias) nas atividades regulares do dia a dia;
- Ensinar que o toque influencia medidas fisiológicas e comportamentais, afetando o comportamento exploratório infantil e, com isso, o desenvolvimento infantil saudável;
- Reforçar importância da restrição de tempo de exposição do lactente a equipamentos eletrónicos, promovendo um ambiente propício ao desenvolvimento saudável, interações sociais e estímulos físicos adequados;
- Reforçar a ideia de que a melhor atividade a desenvolver com o lactente é disponibilizar-lhe tempo para brincar, conhecer e explorar com os pais.

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança

- Avaliar evolução do conhecimento sobre vacinação;
- Avaliar evolução do conhecimento sobre reações pós vacinas e como atuar.

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre diversificação alimentar

- Avaliar conhecimento da mãe sobre diversificação alimentar;
- Avaliar conhecimento da mãe relativamente à introdução de novos alimentos na dieta e como os deve oferecer;
- Avaliar conhecimento da mãe sobre sinais de possível intolerância/ alergia alimentar.

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

- Avaliar conhecimento da mãe sobre atividades/ brincadeiras promotoras de

desenvolvimento infantil;

- Discutir com a mãe estratégias promotoras de desenvolvimento infantil adotadas e a sua percepção sobre as mesmas;
- Avaliar adesão da mãe a atividades/ brincadeiras promotoras de desenvolvimento infantil;
- Observar diretamente as interações entre a mãe e o lactente durante a consulta e avaliar a qualidade dessas interações, a comunicação e o uso de estratégias promotoras de desenvolvimento;

Avaliar evolução dos sinais de alarme relativos ao desenvolvimento infantil

- Observar ausência de controlo da cabeça;
- Observar presença rigidez dos membros inferiores;
- Observar se não segue objetos com o olhar nem pega nos mesmos;
- Observar a não reação a sons ou a vozes ainda que conhecidas (como a voz da mãe);
- Avaliar a não vocalização/ emissão de sons com a boca;
- Avaliar demonstração de desinteresse pelo ambiente à sua volta;
- Observar assimetrias ou problemas oculares.

Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: higiene e conforto

- Verificar se os pais escolhem roupas adequadas à temperatura e conforto do lactente, demonstrando preocupação com o seu bem-estar;
- Observar como a mãe responde aos sinais de desconforto do lactente, incluindo a prontidão para trocar a fralda, ajustar a roupa ou oferecer conforto;
- Avaliar capacidade dos pais para estabelecer e manter rotinas eficientes para as atividades de higiene e conforto, proporcionando estabilidade ao lactente, questionando a mãe sobre as mesmas;
- Avaliar conhecimento e significado atribuído pela mãe à higiene e conforto do lactente;
- Avaliar conhecimento e significado atribuído pela mãe à higiene oral do lactente;

Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional

- Avaliar continuamente dificuldades sentidas pela mãe no que diz respeito à ingestão nutricional do lactente;

Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: sono/repouso

- Avaliar conhecimento da mãe sobre sono do lactente;
- Questionar a mãe sobre a criação de um ambiente seguro para o sono, incluindo a posição de dormir, a ausência de objetos soltos no berço e a temperatura adequada do quarto;
- Questionar e avaliar as técnicas que os pais utilizam para acalmar e adormecer o lactente;
- Observar como os pais estabelecem rotinas consistentes para o horário de sono do lactente, incluindo a criação de um ambiente propício ao sono.

Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: segurança

- Questionar a mãe sobre como organizam e adaptam o ambiente doméstico para garantir a segurança do lactente, incluindo a remoção de objetos perigosos e a instalação de proteções adequadas;
- Avaliar a escolha de brinquedos seguros;
- Verificar se os pais usam corretamente equipamentos de segurança, como cadeirinhas de

carro, baby-coque e carrinhos de passeio.

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

- Avaliar conhecimento da mãe sobre vigilância e promoção da saúde na fase de lactente.

Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: lidar com o choro

- Observar a resposta da mãe ao choro, observando se abordam o lactente de forma calma e afetuosa, oferecendo conforto;
- Observar as técnicas que a mãe utiliza para acalmar o lactente, como balançar suavemente, cantar, falar em tom tranquilo ou oferecer um objeto reconfortante;
- Observar se a mãe oferece colo e contato físico ao lactente durante episódios de choro, demonstrando uma ligação emocional positiva;
- Avaliar se os pais demonstram adaptação ao longo do tempo, ajustando as suas abordagens com base nas necessidades em evolução do lactente.

Avaliar evolução da adesão da mãe/pai a estratégias promotoras de ligação mãe/pai-filho

- Avaliar percepção da mãe acerca da sua ligação com o lactente;
- Observar diretamente a adoção de estratégias de ligação mãe-filho durante a consulta;
- Observar presença de ligação mãe-filho saudável.

4.7. Síntese relativa ao caso

Neste plano de cuidados, todos os cuidados antecipatórios são abordados como forma de avaliar a presença de conhecimento e forma de atuação. Nesta abordagem quando é percebido que o conhecimento está presente e o significado atribuído é também favorável fazem-se reforços de aspetos que careciam de aprimoramento (percebidos pelo diálogo com a mãe) e mantém-se avaliação contínua. Já quando é percebido uma necessidade de melhorar conhecimento para progredir para a mestria a intervenção passa não apenas pelo reforço de aspetos e pelo manter da avaliação contínua, mas também por ensinar sobre os aspetos que requeriam de melhoria de conhecimento.

Assim sendo, estas intervenções do tipo “ensinar” têm como principal objetivo aumentar ou melhorar o conhecimento da mãe nas temáticas percebidas como pertinentes ou necessárias aquando e no decorrer da consulta. Como forma de avaliar a eficácia dessas intervenções definem-se critérios de resultado que, neste plano de cuidados em concreto, se cingem à verbalização por parte da mãe do conhecimento aprendido. Da mesma forma que a verbalização de conhecimento de outras temáticas pela mãe nos faz inferir que o conhecimento é adequado e favorável para aquele momento. Desta forma:

- No diagnóstico "Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde da criança" assumem-se como critérios de resultado: que a mãe verbalize a

importância da vacinação; que a mãe compreenda e verbalize que podem ocorrer reações leves e como atuar perante as mesmas; que a mãe verbalize a possibilidade de a criança ter febre após a vacina e como deve medir e atuar na presença da mesma; que a mãe verbalize os sinais de alerta e quando recorrer aos serviços de saúde; que a mãe verbalize a importância do conforto da criança.

- No diagnóstico "Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de lactente" assumem-se como critérios de resultado: que a mãe verbalize a existência de estratégias e atividades que promovem o desenvolvimento infantil nesta fase de lactente; que a mãe enumere brincadeiras e atividades que pode desenvolver que são promotoras do desenvolvimento infantil; que a mãe mencione e compreenda a estimulação tátil como promotora de desenvolvimento infantil; que a mãe verbalize e compreenda importância da restrição de tempo de exposição do lactente a equipamentos eletrônicos; que a mãe verbalize a importância de disponibilizar tempo para a criança como estratégia fulcral no seu desenvolvimento.

- No diagnóstico "Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre diversificação alimentar" assumem-se como critérios de resultado: que a mãe verbalize a importância do estabelecimento de horários regulares e uma rotina previsível; que a mãe verbalize a necessidade de colocar o lactente numa posição adequada para a alimentação; que a mãe verbalize a transição progressiva de texturas; que a mãe compreenda que a fruta não deva ser dada como refeição mas sim complemento; que a mãe verbalize as frutas que deve evitar durante o primeiro ano; que a mãe verbalize a introdução de proteína animal e como deve ser inicialmente oferecida; que a mãe mencione sinais de alerta (de intolerância ou reação alérgica) a que deve estar atenta e como agir perante os mesmos.

De mencionar ainda que, no que respeita à diversificação alimentar e por isso à melhoria do conhecimento sobre ingestão nutricional do lactente, este já teria iniciado a diversificação cerca de 2 semanas antes desta consulta com a pediatra do CSP, pelo que a intervenção em consulta foi a de melhorar conhecimento de aspetos que a mãe apresentava dúvidas ou que se percebiam ainda deficitários no conhecimento demonstrado pela mãe.

As intervenções do tipo " Avaliar evolução do conhecimento" permitem perceber o conhecimento existente acerca das temáticas. No caso em concreto de uma consulta de saúde infantil e pediátrica esta avaliação é contínua na medida em que será avaliada quer naquela consulta quer nas consultas seguintes.

Para além dos cuidados antecipatórios que são avaliados impreterivelmente na consulta de saúde Infantil, a avaliação incluiu ainda um conjunto de questões como é o caso da eliminação intestinal e vesical, da pele e mucosas do recém-nascido assim como a avaliação (pela parte médica nesta consulta multidisciplinar) de parâmetros respiratórios através da auscultação. No entanto, todos estes dados recolhidos, que são relevantes para a compreensão do estado de

saúde do lactente, são dados sem continuidade uma vez que todos eles se encontravam dentro do espectro da normalidade e sem intervenções a si associadas para além de manter vigilância.

O momento de vacinação foi deixado para o final da consulta de uma forma estrategicamente planeada para otimizar a experiência global. Desta forma, ao concentrar-se primeiro nas áreas da avaliação do desenvolvimento do lactente e cuidados antecipatórios, os profissionais têm a oportunidade de estabelecer uma conexão afetiva quer com o lactente quer com os pais, promovendo uma relação de confiança. Para além disto, a administração das vacinas é deliberadamente agendada para o final da consulta para minimizar o desconforto do lactente.

Postergar a vacinação para o final de uma consulta de saúde infantil é uma prática sensível que visa criar uma atmosfera de confiança, fornecer informações abrangentes aos pais e minimizar o impacto emocional da vacinação no lactente, contribuindo para uma abordagem holística e cuidadosa do desenvolvimento infantil.

Na consulta, foi promovido o uso da estimulação tátil como estratégia promotora para o desenvolvimento infantil saudável do lactente, explicando os seus benefícios para o desenvolvimento psicossocial. Foram fornecidas orientações sobre como integrar o toque (nos seus diferentes tipos) e o contato pele a pele nas rotinas diárias, visando fortalecer o vínculo afetivo e estimular o desenvolvimento neurossensorial. Além disso, a estimulação tátil foi empregada durante a vacinação como uma abordagem não farmacológica para aliviar a dor da criança, proporcionando conforto e reduzindo o stress associado ao procedimento.

Ao focar no crescimento, desenvolvimento e bem-estar global da criança, o enfermeiro procura assegurar as necessidades físicas, emocionais e educacionais de igual forma. A orientação sobre cuidados parentais, alimentação, imunizações e marcos do desenvolvimento contribui para o empoderamento dos pais, fortalecendo a parceria entre profissional de saúde e família.

5. CASO CLÍNICO EM CONTEXTO DE NEONATOLOGIA

O P. nasceu prematuro, com 29 semanas e 2 dias, devido a restrição de crescimento fetal grave tendo ficado internado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais com suporte ventilatório não invasivo (nCPAP). O P. nasceu leve para a idade gestacional, mas simétrico. Índice de Apgar de 5 ao primeiro minuto de vida, 7 no quinto minuto de vida e 8 no décimo minuto de vida. No que diz respeito a medidas antropométricas, ao nascimento tinha 670 gramas de peso, 31,5 cm de comprimento e 24cm de perímetro cefálico.

5.1. Enquadramento teórico

Contextualização do caso:

A ultrassonografia pré-natal detetou alterações no fluxo sanguíneo indicativas de comprometimento do desenvolvimento fetal. Para além disto percebeu-se redução do líquido amniótico o que sugere possíveis complicações intrauterinas, exigindo monitorização cuidadosa do estado de hidratação e função renal do RN. O parto foi distócico, devido à necessidade de intervenção imediata, e está relatada uma extração difícil devido a duas circulares cervicais, o que demandou cuidados especiais.

A mãe, senhora J., de 42 anos, Gesta 1 e Para 1 é saudável e não fumadora, sem antecedentes pessoais ou familiares a relevar. O seu marido, sr.R, também de 42 anos tem história familiar de hipertensão arterial mas sem antecedentes pessoais relevantes. Recorreram a fertilização in Vitro após várias tentativas de gravidez, sem sucesso.

O primeiro contacto com o P. corresponde ao primeiro dia de vida e, portanto, a uma idade gestacional corrigida de 29 semanas+3dias e o segundo contacto ocorre no mesmo dia mas no período da tarde. Neste segundo recebeu a primeira visita do seu pai (enquanto a mãe se encontrava ainda internada no serviço de obstetrícia).

Neste dia o P. mantinha-se em nCPAP com FiO2 de 21% e com PEEP (Positive end-expiratory pressure) de 5cmH2O com boa adaptação. Estado geral razoável com postura e tonicidade adequadas, sem dismorfias aparentes. Movimentos ventilatórios simétricos, sem ruídos adventícios. Permanecia em incubadora fechada com temperatura controlada por volta dos 32º. Sem sonda orogástrica e com soroterapia em curso a 1,5ml/h (TIG 3,5) e Primene (solução de nutrição parenteral) a 0,6ml/h. A indicação para início da alimentação seria a acontecer após as

24h de vida preferencialmente com leite materno (1ml de 6/6h).

Fundamentação teórica:

Prematuridade

A OMS (2016) define prematuridade como sendo o nascimento de um bebê antes das 37 semanas. Os prematuros são ainda categorizados em 3 designações no que diz respeito ao tempo de gestação: extremamente prematuros (<28 semanas), muito prematuros (28 a <32 semanas) ou prematuros moderados (32 a <37 semanas). A prematuridade, por aquilo que significa, acarreta maiores riscos, tanto a nível de crescimento como desenvolvimento. Para tentar colmatar os problemas que possam aparecer ao longo do tempo, o ambiente familiar, assim como outros contextos ganham grande relevância (Costa, A., 2017).

A prematuridade encontra-se associada a consequências no desenvolvimento global das crianças, nomeadamente a nível emocional, comportamental e de saúde, o que leva a que seja necessária uma mais próxima avaliação da trajetória desenvolvimental destes recém-nascidos/crianças. Esta população está mais propensa a desenvolver alterações sensoriais, motoras e cognitivas existindo ainda um risco biológico superior quando em comparação com crianças de termo (Blencowe et al., 2012).

Recém-nascidos (RN) prematuros têm uma maior suscetibilidade para problemas a nível cerebral, uma vez que a prematuridade afeta o processo normal de crescimento e desenvolvimento (SPP, 2010). Assim, o nascimento pré-termo tem como consequências alterações estruturais cerebrais como a diminuição do volume do cérebro, do córtex e cerebelo e alterações a nível da mielinização muitas vezes associadas a défices cognitivos a médio e longo prazo (Rathbone et al., 2011). Alinhado com a ideia anterior, a prematuridade poderá ser então uma causa para problemas como paralisia cerebral, défice cognitivo e alterações neuro sensoriais de diferentes níveis (Saigal & Doyle, 2008). O prematuro, está ainda associado a um maior risco de problemas cognitivos, socio emocionais, de saúde mental, comportamentais, de fala e linguagem e de regulação na idade escolar, havendo também uma relação estudada com a perturbação de hiperatividade e défice de atenção ou outras perturbações comportamentais. (Aarnoudse- Moens, 2011).

A ocorrência de parto prematuro tem sido associada a múltiplos fatores de risco, entre eles: antecedentes de parto prematuro, anemia, altos níveis de catecolaminas na urina materna, tabagismo, rutura prematura de membranas (RPM), hipertensão arterial, sangramento transvaginal, intervalo intergestacional inferior a 1 ano, infeção do trato urinário (ITU), ausência ou inadequação de controlo pré-natal, idade materna inferior a 20 anos ou superior a 35, oligodrâmnio, antecedente de aborto induzido, pré-eclâmpsia, gravidez gemelar e a ansiedade e stress (Barrios & Alvarado, 2016).

APGAR

Os scores de Apgar, juntamente com o peso ao nascer e a idade gestacional, são determinantes da mortalidade neonatal, além de servirem como indicadores da vitalidade do RN, sucesso da reanimação e maturidade do conceito (Queiroz et al., 2018). Criado na década de 1950 pela anestesista inglesa Dra. Virgínia Apgar, o índice de Apgar é o método mais amplamente utilizado para avaliar as condições de vitalidade que refletem a adaptação imediata do RN à vida extrauterina. A avaliação, que varia de 0 a 10, é atribuída com base em cinco itens do exame físico do RN: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele (Apgar, 2015).

Recém-nascidos prematuros extremos e aqueles com baixos índices de Apgar no 1º e 5º minutos frequentemente enfrentam uma evolução complicada, associada a desfechos desfavoráveis no primeiro ano de vida. Aproximadamente 90% desses bebês recebem antibioticoterapia prolongada, e mais de 50% requerem cuidados intensivos neonatais, o que resulta em longos períodos de internamento hospitalar (Beck et al., 2010).

Restrição de Crescimento Fetal

A Restrição de Crescimento Fetal (RCF) acontece quando o feto não atinge o potencial de crescimento determinado para a idade gestacional e a sua incidência é inversamente proporcional à idade gestacional (SPN, 2016). Esta condição pode dever-se a fatores maternos, fetais, placentários, ambientais ou a uma interação entre estes. O diagnóstico da RCF é complexo e é geralmente realizado por avaliação das múltiplas ecografias ao longo da gestação, com registo da velocidade de crescimento do feto (Platz & Newman, 2008).

Tanto em recém-nascidos de termo como em pré-termo, a mortalidade neonatal é maior quando associada a um diagnóstico de Restrição do Crescimento Fetal (Maciejewski, et.al., 2016). Associado a este motivo, a RCF surge assim como uma importante causa de partos pré-termo, aconteçam eles de forma espontânea ou por decisão médica (Casey, 2008).

A morbidade perinatal é cinco vezes superior em fetos com restrição do crescimento fetal em decorrência de uma maior probabilidade de ocorrer hipoxia, aspiração de mecônio, hipoglicemias, hipocalcemia, policitemia, hipotermia, hemorragia pulmonar e perturbação no desenvolvimento neuropsicomotor (Minior & Divon, 1998).

Recém-nascido leve para a idade gestacional

O RN leve para a idade gestacional é caracterizado por um peso inferior ao percentil 10 ou mais de dois desvios padrão em relação à população de referência nas curvas de crescimento (Maciejewski, et al., 2016). Os critérios para definir o RN como leve para a idade gestacional não distinguem os recém-nascidos constitucionalmente pequenos que alcançam seu potencial esperado de crescimento dos que têm restrição de crescimento fetal e cujo peso ao nascimento

é inferior ao peso ótimo esperado (SPN, 2018). Por este motivo, foram desenvolvidas curvas de crescimento fetal personalizadas para diferenciar esses dois subgrupos de recém-nascidos, levando em consideração fatores constitucionais (Maciejewski et al., 2016).

Diferentemente do termo "leve para a idade gestacional", a conceituação de restrição de crescimento fetal não está vinculada ao percentil de peso ao nascimento. Portanto, ela engloba recém-nascidos adequados para a idade gestacional, mas que apresentam evidências de restrição de crescimento intrauterino e/ou manifestações clínicas de desnutrição no momento do nascimento (Sharma, et al., 2016).

Os RN leves para a idade gestacional podem ser divididos em 2 categorias como sendo simétricos e não simétricos (com base nas características do seu crescimento intrauterino). A diferenciação entre essas duas categorias está principalmente relacionada à distribuição do comprometimento no desenvolvimento fetal (SPN, 2018). Os RN leves para a idade gestacional e simétricos apresentam uma diminuição proporcional tanto no peso corporal quanto nas medidas lineares, como comprimento e perímetro cefálico. Esse tipo de restrição de crescimento afeta globalmente o feto desde as fases iniciais do desenvolvimento, influenciando o número de células e atingindo todos os tecidos do organismo (Maciejewski et al., 2016). A simetria no comprometimento sugere que fatores adversos agiram de maneira generalizada durante a gestação.

Por outro lado, os RN com baixo peso para a idade gestacional e não simétricos apresentam uma diminuição desproporcional em certas medidas antropométricas, indicando um impacto diferencial no crescimento celular (SPN, 2018). Esse fenômeno geralmente manifesta-se no final do segundo trimestre ou ao longo do terceiro trimestre da gestação, resultando da redução dos nutrientes fornecidos ao feto, o que limita as reservas de glicogênio e o teor de gordura. É relevante observar que, apesar disso, ainda é possível um crescimento cerebral adequado (SPN, 2018). Causas como insuficiência placentária tardia ou fatores extrínsecos, como hipertensão arterial, diabetes materna, doença renal materna e tabagismo, que ocorrem em fases posteriores da gestação, podem contribuir para essa assimetria no desenvolvimento (Sharma et al., 2016).

Assim, a diferenciação entre RN leve para a idade gestacional de forma simétrica e não simétrica oferece informações preciosas sobre os elementos que afetam o crescimento intrauterino, contribuindo para uma melhor compreensão das potenciais causas subjacentes à restrição de crescimento fetal.

Redução do líquido amniótico

A avaliação do volume de líquido amniótico é uma prática padrão durante a monitorização do bem-estar fetal, especialmente em gestações de alto risco (Morris et al., 2014).

O líquido amniótico é o ambiente que envolve o feto na cavidade amniótica durante o

desenvolvimento intrauterino, desempenhando um papel vital no crescimento e desenvolvimento fetal num ambiente não restrito, estéril e termicamente controlado (Morris et al., 2014). As suas funções físicas, funcionais e de homeostase (Harman, 2008) incluem proteção contra traumas e infeções, regulação da temperatura corporal do feto, facilitação dos movimentos fetais para o desenvolvimento musculoesquelético, prevenção da compressão do cordão umbilical e da placenta, e proteção contra riscos de comprometimento vascular e nutricional. A ingestão de fluido amniótico pelo feto também desempenha um papel significativo no desenvolvimento do trato gastrointestinal (Nabhan & Abdelmoula, 2009).

Oligoâmnio (ou oligoidrâmnio) refere-se à redução anormal na quantidade de líquido amniótico. Uma avaliação precisa dessa condição é crucial para uma gestão adequada durante o período gestacional (Vieira et al., 2023).

Fatores conhecidos por influenciar o volume de líquido amniótico incluem a síndrome de pós-maturidade, condições maternas como hipertensão, diabetes gestacional (especialmente mal controlada) e distúrbios autoimunes, medicamentos maternos como inibidores da síntese de prostaglandina, anomalias fetais (como hidropisia fetal imune e não imune) e o peso fetal (macrossomia e restrição de crescimento) (Hibbard, 2018 como citado em Garcia et al., 2023).

O oligoidrâmnio apresenta sérios riscos para a saúde fetal, podendo resultar em complicações como hipoplasia pulmonar, síndrome de aspiração de mecónio, compressão fetal e, em casos de ruptura prolongada de membranas, infeções (Voxman et al., 2002).

Fertilização in Vitro

A legislação portuguesa sobre Procriação Medicamente Assistida (PMA) destaca as técnicas de PMA como recurso subsidiário, requerendo diagnóstico de infertilidade, com consideração à idade até os 45 anos, estendendo-se para 50 anos na doação de ovócitos (Álvares, 2015; Passet-Wittig & Greil, 2021). A fertilização in vitro (FIV) é um método de reprodução assistida onde a fertilização ocorre em laboratório, com a transferência do embrião para o útero (Zegers-Hochschild et al., 2017).

Estudos sobre a dimensão emocional da FIV destacam a importância do apoio psicológico, pois casais enfrentam uma variedade de reações emocionais, incluindo ansiedade e stress, mas também sentimentos positivos relacionados ao sucesso da concepção (Verhaak et al., 2007; Gameiro et al., 2015). Em resumo, o nascimento de um filho concebido por FIV é um momento emocionalmente significativo para os pais, refletindo a jornada desafiadora da infertilidade e a alegria do aguardado nascimento.

Transição para a parentalidade

Aquando do nascimento de um filho prematuro, os pais, conjuntamente com o impacto da parentalidade, veem-se confrontados com o nascimento de um bebé antes do tempo, que não

corresponde ao bebé que tinham imaginado nem ao momento que estava pensado, tendo isto repercussões na família (Meleis, 2010).

O nascimento de um recém-nascido prematuro e a necessidade de internamento numa unidade de Cuidados Intensivos Neonatais é um ponto crítico na transição que os pais estão a viver com o nascimento dos filhos. Estes pais veem-se limitados nos cuidados ao filho e no tempo que podem estar com ele. Este acontecimento incita uma crise cognitiva, física e emocional nos pais, o que pode provocar nos mesmos, sentimentos de culpa, medo, incerteza, solidão, aflição, frustração das fantasias parentais, perda de confiança no próprio filho, assim como do seu papel de pais (Souza et al., 2009).

Cabe aos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros pelo seu contacto mais próximo com os pais, assumirem um papel facilitador neste processo de transição vendo a família como parceira nos cuidados aceitando, reconhecendo, promovendo e valorizando o desenvolvimento das suas capacidades (OE, 2011).

5.2. Clientes

Cliente

Recém-nascido | Idade: 1 dia | Masculino

Mãe/Pai

07-12-2023 17:00

07-12-2023 17:00 - Figura parental principal: pai.

07-12-2023 17:00 - Número de outros filhos: 0.

07-12-2023 17:00 - Papel parental não partilhado.

07-12-2023 17:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

07-12-2023 17:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

5.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-12-07 10:00:00	Primene 10%	
2023-12-07 10:00:00	G10% + NACL composto (contínuo a 1,5ml/h)	

5.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Nutrição Parentérica com Primene contínua com Soro Composto com Glicose a 10% e iões:

O RN privado de utilização de alimentação entérica precisa de ser alimentado por via parentérica. A Nutrição Parentérica Total desempenha um papel crucial em recém-nascidos prematuros extremos, uma vez que foram privados do terceiro trimestre de gestação, período crucial para a transferência de nutrientes (Souza et al., 2008). O desafio da terapia nutricional em recém-nascidos pré-termo é significativo, especialmente considerando que o recém-nascido com menor peso e idade gestacional tem maiores necessidades nutricionais para garantir um crescimento e desenvolvimento adequados (Souza et al., 2008). Em casos de recém-nascidos com peso inferior a 1000g, a administração de Nutrição Parentérica nas primeiras horas de vida é recomendada uma vez que as suas reservas energéticas são deveras limitadas (Ehrenkranz, 2007), com a sugestão inicial de uma solução contendo aminoácidos, glicose e eletrólitos (Hay & Thureen, 2006).

A escolha entre a administração de nutrição parentérica por acesso periférico ou central é determinada por vários fatores, como a duração prevista da sua administração, a osmolaridade da solução e a facilidade de acesso a uma via central (Boullata 2014). No entanto, a nutrição parentérica via veia periférica tem limitações, como venopunções frequentes e fornecimento insuficiente de energia e nutrientes (Mesotten et al., 2018).

Complicações mais sérias associadas ao uso de nutrição parentérica em RN pré-termo incluem problemas hepatobiliares, como colestase, e sepsis (Mesotten et al., 2018). Medidas preventivas, como cuidados adequados na preparação da solução, posicionamento e manutenção adequada dos cateteres, reduzem significativamente as complicações infecciosas relacionadas à nutrição parentérica (Souza et al., 2008).

É essencial proteger todas as soluções de nutrição parentérica da luz natural e artificial, incluindo fototerapia, tanto durante o armazenamento quanto durante a administração, para evitar a degradação de algumas vitaminas e a formação de peróxidos de hidrogénio e lipídicos (Mesotten et al., 2018). Recomenda-se o uso de bolsas multicamada, menos permeáveis ao

oxigênio, sobrebolsa fotoprotetora e sistemas de perfusão opacos para este fim (Giner et al., 2017). Durante a administração, é aconselhável utilizar filtros de 1,2 micron para misturas com lipídios e de 0,22 micron para misturas sem lipídios, com o intuito de reter micropartículas ou precipitados (Giner et al., 2017).

Em RN prematuros, a administração parentérica de aminoácidos oferece a vantagem de estimular a secreção de insulina, não apenas favorecendo a síntese proteica, mas possivelmente prevenindo a hiperglicemia (Salama et al., 2015). As soluções de aminoácidos para nutrição parentérica geralmente seguem o perfil de aminoácidos do sangue do cordão umbilical, como é o caso do Primene (Darmaun et al., 2018).

As soluções injetáveis de glicose são indicadas como fonte de água, calorias e diurese osmótica. A glicose é crucial para o metabolismo do sistema nervoso central (Souza et al., 2008), enquanto a administração de compostos iônicos, como eletrólitos, desempenha um papel fundamental na manutenção do equilíbrio eletrolítico necessário para diversas funções fisiológicas.

Para calcular a quantidade a ser acrescentada à NP, utiliza-se a taxa de infusão ou velocidade de infusão de glicose (TIG ou VIG), expressa em mg/kg/min. Normalmente, inicia-se com uma VIG de 4mg/kg/min, ajustando conforme as necessidades e condição clínica do neonato. Durante esse ajuste, é essencial a monitorização da glicemia (Mesotten et al., 2018). É crucial evitar um fornecimento excessivo de glicose, pois pode promover a lipogênese, resultando em armazenamento excessivo de gordura, aumento da suscetibilidade a infecções e retinopatia da prematuridade (Mesotten et al., 2018).

5.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

07-12-2023 10:00

07-12-2023 10:00 - Ventilação não invasiva

07-12-2023 10:00 - Modo ventilatório: Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP).

07-12-2023 17:00 - Modo ventilatório: Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP).

07-12-2023 10:00 - Pressão expiratória positiva nas vias respiratórias (EPAP): 5 cm H₂O.

07-12-2023 17:00 - Pressão expiratória positiva nas vias respiratórias (EPAP): 5 cm H₂O.

07-12-2023 10:00 - Frequência respiratória: 59 ciclos/min.

07-12-2023 17:00 - Frequência respiratória: 53 ciclos/min.

07-12-2023 10:00 - Assegurar ventilação não invasiva

07-12-2023 10:00 - Otimizar ventilação não invasiva [Sem horário]

07-12-2023 17:00 - Promover papel parental especial: gestão da ventilação não invasiva

07-12-2023 17:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre ventilação não invasiva: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-12-2023 17:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre ventilação não invasiva

07-12-2023 17:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre ventilação não invasiva [Sem horário]

07-12-2023 17:00 - Ensinar mãe/pai sobre ventilação não invasiva [Neste momento]

07-12-2023 10:00 - Incubadora

07-12-2023 10:00 - Temperatura da Incubadora: 32°C

07-12-2023 10:00 - Assegurar funcionamento da incubadora

07-12-2023 10:00 - Otimizar incubadora [Sem horário]

07-12-2023 17:00

07-12-2023 17:00 - Fototerapia

07-12-2023 17:00 - Fototerapia convencional

07-12-2023 10:00 - Assegurar fototerapia

07-12-2023 17:00 - Otimizar fototerapia [Sem horário]

07-12-2023 17:00 - Aplicar dispositivo de fototerapia [Neste momento]

07-12-2023 10:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com a fototerapia

07-12-2023 17:00 - Avaliar evolução de sinais de desidratação [Sem horário]

Sondas, Drenos e Cateteres

07-12-2023 10:00

07-12-2023 10:00 - Cateter venoso periférico

07-12-2023 10:00 - Localização do cateter venoso periférico

07-12-2023 10:00 - Antebraço Direita(o)

07-12-2023 10:00 - Características do dispositivo: 26G.

07-12-2023 10:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

07-12-2023 10:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [Sem horário]

07-12-2023 10:00 - Assegurar funcionamento do cateter

07-12-2023 10:00 - Otimizar cateter venoso periférico [Sem horário]

07-12-2023 10:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

07-12-2023 10:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [Sem horário]

07-12-2023 10:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

07-12-2023 10:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso

periférico [SOS]

07-12-2023 10:00 - Trocar cateter venoso periférico [SOS]

5.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

Ventilação Não Invasiva (nCPAP)

O neonato está sob ventilação não invasiva, neste caso "Continuous Positive Airway Pressure" (CPAP). O CPAP é um suporte ventilatório em que se administra uma mistura de O₂ com ar comprimido criando uma pressão positiva contínua nas vias aéreas, através de prongas nasais ou máscara (Guedes et al., 2019).

O CPAP nasal pode ser utilizado desde o nascimento ou após a interrupção da ventilação mecânica invasiva (Brunherotti et al., 2015). O uso de CPAP nasal após extubação facilita a transição para a respiração espontânea uma vez que ajuda a manter a patência das vias aéreas, aumentar a capacidade residual funcional, e reduzir o trabalho respiratório. Em consequência, ocorre uma diminuição da ocorrência de apneia e previnem-se atelectasias pós-extubação (Simões, 2002).

No uso deste suporte ventilatório, são utilizadas interfaces como máscara facial, máscara nasal, cânula orotraqueal e nasotraqueal, pronga nasal única curta, nasofaríngea e binasal curta (Sousa et al., 2013). Desta utilização, surgem preocupações relacionadas com as lesões na pele e septo nasal (Gunlemez et al., 2010).

O principal objetivo do CPAP é corrigir a hipoxemia (Simões, 2002). Com o CPAP verifica-se um aumento da pressão transpulmonar; da capacidade residual funcional; da complacência pulmonar e do diâmetro de vias aéreas. O aumento da capacidade residual funcional previne a ocorrência de atelectasia, levando a melhoria da ventilação alveolar que por sua vez melhora as trocas gasosas (Simões, 2002).

No entanto, a sua utilização pode propiciar algumas complicações relacionadas com a fuga de ar que resulta numa diminuição da pressão que é oferecida ao neonato, o ressecamento das mucosas, a intolerância do RN, e ainda barotraumas e distensão abdominal (Sousa et al., 2013).

A pressão utilizada deve ser a mínima necessária para garantir a estabilidade do RN, já que uma pressão elevada ou inadequada para o mesmo ocasiona hiperdistensão alveolar, que pode resultar em dificuldade nas trocas gasosas com retenção de CO₂, e também levar a pneumotórax e redução de débito cardíaco por aumento da pressão intratorácica com diminuição do retorno venoso (Simões, 2002).

Durante o uso de CPAP dois parâmetros importantes são frequentemente monitorizados: FiO₂ e

PEEP. O FiO₂, ou Fração Inspirada de Oxigênio, representa a percentagem de oxigênio inspirado pelo RN. Este parâmetro é ajustado para fornecer a quantidade apropriada de oxigênio, sendo monitorizado de perto para evitar hipoxemia ou exposição excessiva ao oxigênio, ambas associadas a complicações em neonatos. A PEEP, ou Pressão Positiva no Final da Expiração, refere-se à pressão residual nas vias aéreas no final da expiração. Ao aplicar uma pequena quantidade de pressão contínua, a PEEP ajuda a manter as vias aéreas abertas, melhorando a capacidade do pulmão na realização das trocas gasosas. Este ajuste é crucial para prevenir a atelectasia e melhorar a eficácia da ventilação em neonatos sob CPAP (SPN, 2014).

Cateter Venoso Periférico

O cateterismo venoso periférico é comum em neonatos, mas está associado a complicações, como infiltração, extravasamento, trombose e infecção local. A durabilidade limitada desses cateteres é um desafio (Danski et al., 2015; INS, 2006), a fragilidade capilar e a vulnerabilidade fisiológica e clínica desta população constituem um desafio para a enfermagem (Danski et al., 2016). Apesar de apresentar menor risco sistêmico em comparação com cateteres centrais, o CVP também tem desvantagens, como dificuldade de manutenção prolongada, necessidade de punções repetidas e complicações locais (Danski et al., 2015).

A literatura destaca quatro características dos fluidos infundidos que aumentam o risco de extravasamento: pH extremo, osmolaridade, vasoatividade e citotoxicidade. Em casos de infiltração/extravasamento, a remoção imediata do cateter é a conduta mais comum (Lages et al., 2014).

A prevenção de infiltração e extravasamento em cateteres periféricos requer observação contínua e intervenções imediatas, como monitorização constante, manutenção visível do local de inserção e otimização do cateter e execução de flush previamente à administração de medicação (Lages et al., 2014). No que concerne à execução de flush, este tem como objetivo a manutenção da permeabilidade do cateter, prevenindo a formação de biofilme no interior do cateter e consiste numa lavagem com pressão positiva com SF 0,9% (Goossens, 2015)

Para minimizar complicações relacionadas ao uso do cateter venoso periférico em neonatos, é fundamental uma avaliação atenta para o reconhecimento precoce dessas complicações, utilizando avaliações regulares por meio da observação e palpação do local de punção para identificar sinais inflamatórios e exsudato (O'Grady et al., 2011). Essas ações visam reduzir a dor e o desconforto associados às complicações da terapia intravenosa periférica em neonatos.

A antissépsia eficaz da pele em neonatos é crucial, mas a escolha do antisséptico adequado para recém nascidos com idade inferior a 2 meses permanece controversa (Sathiyamurthy et al., 2016).

O antisséptico ideal deve ser eficaz contra diversos microrganismos, ter início de ação imediato, efeito residual duradouro, não ser inativado por materiais orgânicos e ter efeitos tóxicos

mínimos na pele e nos sistemas orgânicos (Hebl, 2006). A punção venosa aumenta o risco de infecções hospitalares, justificando a necessidade de medidas preventivas eficazes, como o uso da octenidina na antissépsia da pele neonatal (Sathiyamurthy et al., 2016). A octenidina é reconhecida pela sua eficácia antimicrobiana e segurança, reduzindo a carga bacteriana sem causar irritação significativa na pele neonatal. Recém-nascidos prematuros apresentam sensibilidade a antissépticos tópicos contendo iodo, que afetam a regulação hormonal tireoidiana, e desinfetantes à base de álcool, que podem causar queimaduras locais. Em contraste, a solução aquosa de 0,1% de octenidina e 2-fenoxietanol não causa danos significativos à pele desta população (Bührer et al., 2002).

A desinfecção eficaz da pele com agentes antissépticos tópicos é uma intervenção importante na prevenção e redução de infecções associadas aos cuidados de saúde (Sathiyamurthy et al., 2016).

De acordo com O'Grady et al. (2012) (como citado em Ordem dos Enfermeiros, 2017), nos clientes pediátricos, a substituição do cateter deve ser realizada apenas em casos em que haja indicações clínicas evidentes, pelo que, ao contrário do que acontece com as indicações para a população adulta, a substituição do cateter venoso periférico em utentes pediátricos não tem um *timing* a si associado.

Incubadora

A incubadora permite a manutenção do ambiente aquecido aos recém-nascidos prematuros e àqueles com determinadas condições patológicas. Para além da prevenção da hipotermia, o uso da incubadora garante outros benefícios ao RN, como fornecimento de ambiente humidificado, isolamento de agentes possivelmente infecciosos, garantindo também a completa visualização e acesso ao recém nascido (Costa et al, 2017).

Sendo a incubadora um equipamento tecnológico, com potencial de o ser cada vez mais, pode apresentar mau funcionamento e estar sujeitas ao uso inadequado, o que pode levar à perda das suas funcionalidades, prejudicando a homeostasia do neonato (Deguines et al., 2013). Desta forma, para que a tecnologia resulte em ganhos em saúde, é necessária a capacitação dos profissionais de saúde. Uma vez que os enfermeiros são os principais responsáveis pela assistência direta ao neonato, sendo também responsável pelo correto uso dos equipamentos e gerenciamento dos mesmos, este deve estar capacitado para isso promovendo uma prestação de cuidados qualificada e livre de riscos (Costa et al., 2017).

Fototerapia

A icterícia neonatal, manifestada pela coloração amarela da pele e escleróticas (SPN, 2013), é prevalente em recém-nascidos prematuros, especialmente os de muito baixo peso (Almeida, 2004). Estudos indicam que a hiperbilirrubinemia indireta nesses casos resulta do aumento de

glóbulos vermelhos com vida reduzida, aumento da circulação êntero-hepática da bilirrubina e deficiência na conjugação hepática. A demora na introdução da dieta enteral em prematuros críticos pode agravar a reabsorção êntero-hepática da bilirrubina (SPN, 2013). Embora geralmente benigna, em algumas situações, pode tornar-se patológica, exigindo intervenção médica e terapêutica precoce (Cashore, 2000).

Níveis elevados de bilirrubina sérica podem resultar em toxicidade no sistema nervoso central. A neurotoxicidade está associada à bilirrubina livre, que, por ser lipofílica, consegue atravessar a barreira hemato-encefálica, podendo causar morte celular. Recém-nascidos com menos de 35 semanas de idade gestacional apresentam maior suscetibilidade a lesões cerebrais, mesmo com níveis mais baixos de bilirrubina, em comparação com aqueles com mais de 35 semanas (Watchko, 2003).

A fototerapia é a primeira escolha para tratar hiperbilirrubinemia não conjugada em neonatos, sendo uma opção não invasiva e eficaz, independentemente da maturidade do recém-nascido (Bueno et al., 2003). Além disso, as orientações da Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN, 2013) reconhecem a fototerapia como a abordagem inicial para tratar hiperbilirrubinemia considerando-a fundamental para prevenir complicações associadas ao aumento dos níveis de bilirrubina, como a neurotoxicidade. Esta modalidade terapêutica consiste na exposição do neonato à luz, que converte a bilirrubina não conjugada em formas mais solúveis, facilitando a excreção pelo fígado (Woodgate, 2015).

A eficácia do tratamento com fototerapia é influenciada por variáveis como o comprimento de onda, o tipo de luz utilizado e a área corporal exposta. A interação da luz com o pigmento cutâneo do recém-nascido sugere que quanto maior a superfície corporal exposta à luz, maior será a eficácia da fototerapia (Martins et al., 2007). Desta forma, para otimizar a eficácia do tratamento, é fundamental expor a pele do neonato (desprovido de roupa) e proteger os olhos de maneira adequada para evitar possíveis danos oculares (SPN, 2013).

A proximidade com o recém-nascido influencia diretamente na eficácia da fototerapia. De uma forma geral, a fototerapia convencional é mantida a uma distância de 30 cm, enquanto a fonte com lâmpada halógena fica a 50 cm (Colvero et al., 2005). Para garantir a eficácia da fototerapia, a medição regular da irradiância é essencial, assegurando que o neonato recebe, pelo menos, a dose mínima eficaz (Gomes et al., 2010).

A exposição à fototerapia pode implicar desafios, entre eles: desidratação (pela exposição à luz), hipertermia ou hipotermia (resultantes do excesso de luz ou falta de aquecimento adequado do berço/incubadora), erupções cutâneas, diarreia, perda de eletrólitos e queimaduras. Danos na retina também são uma preocupação significativa associada ao uso terapêutico da fototerapia, o que dá suporte à pertinência da proteção ocular (Gomes et al., 2010).

5.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
07-12-2023 10:00	Consciência	
07-12-2023 10:00	Tónus muscular	
07-12-2023 10:00	Sensações somáticas	
07-12-2023 10:00	Sistema respiratório	
07-12-2023 10:00	Sistema cardiovascular	
07-12-2023 10:00	Eliminação intestinal	
07-12-2023 10:00	Eliminação urinária	
07-12-2023 10:00	Pele e mucosas	
07-12-2023 10:00	Termorregulação	
07-12-2023 10:00	Desenvolvimento psicomotor	
07-12-2023 10:00	Desenvolvimento físico	
07-12-2023 10:00	Recém-nascido	
07-12-2023 10:00	Atitudes terapêuticas	
07-12-2023 10:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
07-12-2023 10:00	Metabolismo	
07-12-2023 10:00	Volume de líquidos	
07-12-2023 17:00	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	

5.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Consciência e Tónus Muscular

No exame geral do recém-nascido (RN), é crucial observar dismorfismos indicativos de cromossomopatias/doenças genéticas e características específicas para orientar o diagnóstico, como palato em ogiva, artrogripose, fasciculações da língua, entre outros. No âmbito do exame neurológico, a avaliação da consciência, resposta a estímulos, mímica facial e movimentos oculares é essencial (SPN, 2013), embora a presença da consciência em recém-nascidos pré-termo ainda não seja completamente compreendida (Hu et al., 2022).

De acordo com a CIPE, consciência é definida como sendo “resposta mental a impressões resultantes de uma combinação dos sentidos; mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente exterior” (ICNP, 2019). A avaliação da consciência em recém-nascidos pré-termo envolve a observação cuidadosa de comportamentos, reações a estímulos e indicadores de alerta. O exame do sistema neurológico é complexo em crianças, exigindo adaptação para as suas habilidades de desenvolvimento e comportamento (Jan, 2007).

Quanto ao tónus, a observação postural e avaliação do tónus ativo são recomendadas, distinguindo hipotonia axial ou generalizada. A hipotonia, caracterizada pela diminuição da

resistência ao movimento passivo, é um sinal clínico comum em recém-nascidos, indicando frequentemente doença grave (SPN, 2013). O RN hipotônico de causa central apresenta diminuição da consciência, contacto visual diminuído, hipotonia axial, força mantida e reflexos osteo-tendinosos normais ou aumentados, associados a reflexos primitivos anómalos. Por outro lado, se o RN está alerta, responde aos estímulos, apresenta hipotonia generalizada, atrofia, hipomobilidade e hiporreflexia/arreflexia, provavelmente há uma causa periférica, muitas vezes associada a dificuldades alimentares e/ou respiratórias (SPN, 2013).

Um diagnóstico precoce é crucial para iniciar a terapia adequada, estabelecer prognóstico e oferecer aconselhamento genético, dada a diversidade de causas subjacentes.

Sensações Somáticas

A dor, sendo uma experiência universal, acontece sempre que existe uma agressão física, química, mecânica ou psíquica (Veronez & Correia, 2010).

As vias anatómicas responsáveis pela dor estão desenvolvidas por volta da sétima semana de gestação e totalmente espalhadas por toda a superfície corporal por volta da vigésima semana de gestação, o que faz com que os recém-nascidos possam realmente sentir dor (Lopes, 2003). Os estímulos nocivos no organismo provocam a ativação dos nociceptores presentes ao longo dos tecidos do corpo. Por sua vez os nociceptores transmitem informações via fibras sensoriais (A-delta e C). As fibras A-delta, são fibras mielinizadas e por conduzirem o impulso nervoso de uma forma rápida transmitem a dor aguda, já as fibras C (desprovidas de mielinização) são mais lentas na transmissão do impulso, transmitindo assim dor crônica, sensação de queimadura e dor menos aguda (Lopes, 2003).

É respeitante à falta de mielinização do RN que se apoia o argumento de que o recém-nascido não é capaz de sentir dor. Para refutar esta opinião importa ter em linha de conta que no adulto a dor não se transmite apenas por fibras nervosas mielinizadas e levemente mielinizadas e que a velocidade mais lenta na condução dos feixes nervosos neonatais e nos feixes nervosos centrais se compensa pelas distâncias mais curtas interneurais que são percorridas aquando de um impulso no RN (Klein et al., 2011).

Os RN internados numa unidade de cuidados intensivos neonatais estão constantemente expostos a estímulos que provocam stress e dor. Os estímulos dolorosos agudos desencadeiam no RN uma resposta que leva a modificações fundamentalmente a nível cardiovascular, respiratório, imunológico, hormonal e comportamental. Esta resposta do recém-nascido pode levar a desequilíbrios homeostáticos na medida em que a libertação de hormonas como a adrenalina, noradrenalina e cortisol podem resultar em hiperglicemia e catabolismo proteico lipídico (Silva et al., 2007).

Nestas unidades de cuidados existem diversas situações que contribuem para o desarranjo

homeostático do recém-nascido. De entre estas situações é de destacar o ambiente com luminosidade e temperatura artificial, os ruídos presentes e as manipulações e procedimentos que são realizadas e que serão potencialmente dolorosos, podendo impactar o desenvolvimento neuro psicomotor do recém-nascido pré termo (Santos et al., 2012). Importa, desta forma, a promoção e manutenção da estabilidade neurológica e comportamental do RN, oferecendo um cuidado humanizado.

Sistema Respiratório

In-útero, o pulmão fetal está cheio de líquido, recebendo 10 a 15% do débito cardíaco total. Dentro dos primeiros minutos de vida, o fluido é absorvido ou expulso e os pulmões enchem-se de ar. Nesse momento o fluxo sanguíneo através dos pulmões aumenta 8 a 10 vezes mais (Tamez, 2017).

Após o nascimento, a respiração torna-se mais regular e contínua necessitando, porém, de maturidade do RN quer a nível fisiológico quer a nível anatómico (Tamez, 2017). No RN prematuro, devido à sua imaturidade, é complicado o estabelecimento de um padrão respiratório regular e contínuo. Quanto menor a idade gestacional, maior a predisposição do recém-nascido para apresentar irregularidades na respiração. A maturação anatómica e funcional dos pulmões requer, pelo menos, 35 semanas de gestação e tanto a função pulmonar como a produção de surfactante são necessários para a função respiratória normal. A síntese do surfactante inicia-se por volta da 23^a- 24^a semana de gestação. Nos recém-nascidos prematuros, essas funções estão comprometidas, o que causa uma maior incidência de problemas respiratórios (Simões, 2002).

A “apneia da prematuridade” está relacionada com as características imaturas do recém-nascido pré termo, sendo que os neonatos de maior risco para este problema são os de peso inferior a 1500g. Existem vários mecanismos que podem justificar esta apneia: estruturas anatómicas pouco desenvolvidas e de diâmetro inferior; fatores anatómicos e funcionais dos arcos costais e do diafragma (que possui menos fibras favorecendo a fadiga muscular); coordenação deficiente dos músculos usados na inspiração e das vias aéreas superiores; centro respiratório imaturo; dificuldade na coordenação da respiração com a sucção; resposta anormal à hipoxia (Tamez, 2017).

Sistema Cardiovascular

Após o nascimento, a entrada de ar nos pulmões causa mudanças significativas no sistema circulatório. Antes do nascimento, o fluxo sanguíneo entre o coração e os pulmões é mínimo. No entanto, a expansão pulmonar reduz a resistência ao fluxo sanguíneo nos pulmões, aumentando a circulação nas artérias pulmonares. Isso leva a um aumento do fluxo sanguíneo da aurícula direita para o ventrículo direito e para as artérias pulmonares, reduzindo o fluxo entre as duas

aurículas através do forâmen oval. Além disso, o retorno do sangue dos pulmões para a aurícula esquerda aumenta, elevando a pressão nesta aurícula (Seeley et al., 2008).

No recém-nascido prematuro, o canal arterial não está, na grande parte das vezes, preparado para fechar mantendo-se muitas vezes aberto. Isto faz com que o sangue da aorta (destinado a ser enviado para o corpo) volte para as artérias pulmonares. Se o canal arterial for muito pequeno, a quantidade de sangue também o é pelo que as complicações são diminuídas ou nulas. No entanto, se este for muito grande vai permitir a passagem de grandes quantidades de sangue da aorta para as artérias pulmonares o que pode levar a excesso de sangue na circulação pulmonar que pode prejudicar a função pulmonar (e por isso a respiratória). Pode também levar a suprimento de sangue noutros órgãos como o rim ou o intestino levando a alterações no funcionamento destes órgãos (SPN, 2016).

Eliminação Intestinal

O recém-nascido pré termo possui um sistema intestinal imaturo com um microbioma intestinal menos competente que o recém-nascido de termo. Há uma ausência de bifidobactérias que pode comprometer as funções de defesa (Vardasca, 2017).

O trato gastrointestinal de recém-nascidos prematuros exhibe capacidades digestivas e absorventes limitadas, além de apresentar prolongamento nos tempos de esvaziamento gástrico e motilidade intestinal restrita em comparação com recém-nascidos de termo (Poquet & Wooster, 2016). A eliminação intestinal é um indicador crucial do funcionamento do trato gastrointestinal e pode fornecer informações valiosas sobre a adaptação do sistema digestivo do recém-nascido ao ambiente extrauterino. A frequência e a consistência das fezes, bem como a presença de possíveis complicações, como enterocolite necrosante, são aspectos que requerem monitorização constante.

Eliminação Urinária

O recém-nascido pré termo, nos primeiros dias de vida, apresenta um excesso de água corporal, fluxo urinário lento, urina diluída e um balanço hídrico negativo podendo perder 15% do seu peso na primeira semana de vida (Tamez, 2017).

O sistema renal é de extrema importância para o equilíbrio hidroeletrólítico e regulação do volume extracelular. O rim tem a capacidade de filtrar o plasma, excretar na urina as toxinas vindas do fígado, assim como detritos como a ureia e iões em excesso reenviado as substâncias necessária para a circulação sanguínea (Nguyen, 2010).

Existe uma imaturidade associada à incapacidade na filtragem de alguns eletrólitos e ácidos em excesso, o que pode provocar desordens metabólicas. Perante esta imaturidade, é de extrema importância, a monitorização do padrão urinário, sendo o padrão urinário normal entre 1-3 ml/kg/h, considerando-se oligúria quando inferior a 1 ml/kg/h e poliúria quando superior a 4-5

ml/kg/h (Nguyen, 2010). Na unidade de neonatologia a preocupação é repor este desequilíbrio hidroeletrólítico ocasionado por esta imaturidade renal com aporte de soluções e diuréticos, em função dos parâmetros sanguíneos do prematuro sempre que surgir necessidade de tal (Tamez, 2017).

Pele e Mucosas

Os recém-nascidos internados em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais possuem maior risco de comprometimento da pele devido à sua imaturidade cutânea, perfusão comprometida, retenção de líquidos e imunocomprometimento (Visscher, et al., 2015). Para além disto, a presença de fitas, adesivos e dispositivos médicos em contacto directo com a pele favorece as lesões cutâneas.

A pele tem diversas funções, entre elas a termorregulação, armazenamento e isolamento de gordura, equilíbrio hidroeletrólítico e função barreira contra agentes externos. A somar a isto, são os neurotransmissores presentes na pele que conduzem informações de toque, pressão e dor ao cérebro (Altimier & Phillips, 2016). No entanto, o recém nascido prematuro possui uma barreira cutânea ainda subdesenvolvida o que põe em risco o equilíbrio hidroeletrólítico e a estabilidade térmica, além de ter menos efeito barreira que permite proteção contra infeções e danos adicionais.

Termorregulação

O líquido amniótico possui uma temperatura 0,2º inferior à temperatura fetal. A libertação de calor acontece por convecção através do fluxo sanguíneo da placenta. O recém-nascido com restrição do crescimento fetal possui uma temperatura mais elevada (Simões, 2002).

O centro termorregulador localizado no hipotálamo, controla os mecanismos de perda e produção de calor. Este recebe a informação quer dos recetores térmicos cutâneos, quer dos recetores térmicos profundos (localizados na mucosa respiratória, medula espinal, músculos esqueléticos e abdómen) (Simões, 2002).

Os RN em unidade de cuidados Intensivos Neonatais estão mais propensos a instabilidade térmica associada a fatores como a prematuridade, anomalias congénitas, septicemia, hipóxia, aporte nutricional inadequado, diminuição de movimentos voluntários, imaturidade do sistema termorregulador e défice de tecido adiposo subcutâneo. A hipotermia e a hipertermia trazem sérias consequências fisiológicas ao neonato, como bradicardias, apneias, aumento do stresse respiratório, diminuição da perfusão periférica, hipoglicemia e acidose metabólica, entre outras, levando até mesmo à falência cardiorrespiratória (Tamez, 2017).

Desenvolvimento Psicomotor

O desenvolvimento neuropsicomotor é um processo contínuo de transformações físicas e

neurológicas que se inicia desde a concepção, abrangendo aspectos biológicos, sociais, afetivos e psíquicos para a formação da arquitetura cerebral (Mustard, 2010). Fatores adversos, como a prematuridade, têm o potencial de perturbar o curso do desenvolvimento neurológico, resultando em atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor (Ritchie et al., 2018).

Crianças nascidas prematuramente enfrentam o risco de apresentar atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor e lesões no sistema nervoso central devido à imaturidade e fragilidade do sistema nervoso (Shepher, 1995, citado em Fernandes et al., 2017).

A avaliação precoce do desenvolvimento neuropsicomotor é crucial, permitindo a detecção precoce de alterações e a implementação imediata de intervenções estimulantes para minimizar impactos negativos nas crianças (Fernandes et al., 2017). No ambiente hospitalar a promoção de interações afetivas e cognitivas entre recém-nascidos pré-termo e os seus cuidadores, vai além do cuidado físico e nutricional, influenciando positivamente o desenvolvimento cerebral por meio do aumento das concentrações de oxitocina (Als & McAnulty, 2011; Head, 2014).

Desenvolvimento Físico

A avaliação física do recém-nascido tem como principais objetivos perceber a normalidade anatômica e o estado de saúde do recém nascido (Simões, 2002). As características anatômicas e funcionais do RN (sobretudo o pré termo) individualizam esta população dentro da idade pediátrica. Para além disso dentro desta avaliação surgem os dados antropométricos, importantes para a compreensão das necessidades asseguradas ou não do RN.

Na rotina de um serviço de Neonatologia, é essencial a realização de avaliações nutricionais periódicas, adaptadas às necessidades e condições clínicas individuais de cada recém-nascido, levando em consideração as suas limitações específicas (Pereira-da-Silva et al., 2019). O peso é reconhecido como um indicador crítico do estado nutricional do RN, e é recomendado que a avaliação do peso corporal seja realizada ao nascimento e diariamente até estabilização. Posteriormente, recomenda-se realizar a avaliação do peso duas vezes por semana até a alta hospitalar (Campos et al., 2020). Este acompanhamento frequente do peso é vital para garantir o adequado desenvolvimento e crescimento do recém-nascido durante sua permanência na UTI Neonatal.

Recém-nascido

O recém-nascido possui dependência total do adulto, precisando deste para assegurar as suas necessidades básicas. Para além disto o neonato possui incapacidade de se autorregular (Brazelton, 2013).

Em contexto de internamento o RN necessita que o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica garanta a prestação dos cuidados e seja um promotor da sua segurança, higiene do

sono e desenvolvimento infantil. A SPN (2018) recomenda, ainda, cuidados centrados no desenvolvimento e especial atenção com os equipamentos (silenciar os vários alarmes o mais rapidamente possível e manter os seus volumes no mínimo), organização (os RN mais prematuros e/ou mais instáveis em incubadoras fechadas e em zonas mais tranquilas e silenciosas), pais e profissionais e estimulação sensorial positiva (falar baixo na zona dos recém-nascidos e responder prontamente aos RN que choram).

Metabolismo

Recém-nascidos prematuros correm o risco de anormalidades na homeostase da glicose durante os primeiros dias de vida, podendo precisar de aporte parenteral de glicose (Lyall et al., 1994). O desenvolvimento da hipoglicemia é multifatorial e envolve diminuição do stock de glicogénio, gliconeogénese e cetogénese limitadas e outras condições que aumentam as necessidades de energia (por exemplo, asfixia perinatal, sepsis e hipotermia) (Mericq, et al., 2016).

A hiperglicemia também é frequente em neonatos prematuros. Esta complicação está inversamente relacionada ao grau de imaturidade (Hey, 2005; Lyall et al., 1994).

Episódios de hipoglicemia estão vinculados a um desenvolvimento neuropsicomotor desfavorável no futuro, enquanto episódios de hiperglicemia estão associados a um maior número de complicações, principalmente infecciosas, e a um aumento no risco de mortalidade (Heimann et al., 2007).

Volume de Líquidos

Com a progressão da idade gestacional a percentagem de água no corpo vai diminuindo e num RN de termo a água corresponde a cerca de 70% do seu corpo, o que significa que um recém-nascido pré termo apresenta excesso de água corporal (Medeiros & Bernardi, 2011). Este volume é reduzido com a diurese após o nascimento que resulta em perda de peso na primeira semana de vida (Marques et al., 2011).

A grande concentração de água, a sua fina camada epidérmica e o aumento da permeabilidade do tecido endotelial fazem com que o recém-nascido prematuro extremo e de baixo peso sejam mais suscetíveis a perdas hídricas. Além disto, a fototerapia, termorregulação ineficaz, diarreia, vômitos ou aumento da diurese podem agravar este facto (Medeiros & Bernardi, 2011). Em contrapartida, quando sujeitos a sobrecarga de líquidos possuem limitação na taxa de excreção (Marques et al., 2011)

Nesta população constitui-se uma intervenção de grande importância o conhecimento de alterações a nível do volume de líquidos de forma a detetar precocemente quaisquer alterações que surjam.

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

O nascimento de um bebê antes do tempo gera nos pais ansiedade pela não preparação para o ponto crítico de ver o recém-nascido internado numa unidade de cuidados intensivos neonatais. Para a maioria dos pais, estas unidades são um ambiente estranho e a primeira experiência nas mesmas costuma ser um choque profundo (Altimier & Phillips, 2016).

A experiência de ter um bebê numa unidade de cuidados intensivos neonatais impacta não apenas o recém-nascido mas também a saúde física e emocional dos pais e o vínculo entre os pais e o filho e vice versa (Hynan & Hall, 2015). Para cada família, as primeiras experiências com o recém-nascido (aconteçam elas em casa ou não), podem ser definidoras do percurso para o relacionamento pais-filho a longo prazo para além de que impacta a perspectiva dos pais sobre o seu papel parental (Treyvaud, 2014).

A separação zero dos pais deve ser o objetivo final para garantir que o neurodesenvolvimento seja mantido em padrões normais. A interação de um recém-nascido com a mãe/pai faz uma diferença significativa na estrutura e função cerebrais. A estimulação tátil recíproca entre a mãe/pai e o RN (contacto pele com pele), contribui para aumentar a capacidade de resposta materna e a vinculação do recém nascido (Hofer, 2005). Quando a qualidade e/ou quantidade do cuidado dos pais em relação aos recém nascidos é limitada, como acontece com RN prematuros no ambiente tradicional de uma unidade de cuidados intensivos neonatais, essas experiências adversas podem levar a mudanças negativas na estrutura e função cerebral (Bystrova et al., 2009)

Cuidados integrados à família prestados com compaixão, com separação zero, onde o contato pele a pele é a norma, é o modelo ideal de cuidado para encorajar o desenvolvimento normal e vínculo (Altimier & Phillips, 2009).

5.6. Conceção de Cuidados

Consciência

07-12-2023 10:00

07-12-2023 10:00 - Consciente.

07-12-2023 10:00 - Determinar sinais de alteração da consciência

07-12-2023 10:00 - Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência [Sem horário]

Tónus muscular

07-12-2023 10:00

07-12-2023 10:00 - Tónus

07-12-2023 10:00 - Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular.

07-12-2023 10:00 - Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular.

07-12-2023 10:00 - Determinar evolução do tônus muscular

07-12-2023 10:00 - Avaliar evolução do tônus muscular [Sem horário]

07-12-2023 17:00

07-12-2023 17:00 - Tônus

07-12-2023 17:00 - Direita(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

07-12-2023 17:00 - Esquerda(o): movimento passivo sem resistência muscular [MANTEVE].

Sensações somáticas

07-12-2023 10:00

07-12-2023 10:00 - Sensibilidade superficial

07-12-2023 10:00 - Pé Direita(o)

07-12-2023 10:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

07-12-2023 10:00 - Manifesta dor.

07-12-2023 10:00 - Determinar evolução da sensibilidade

07-12-2023 10:00 - Avaliar evolução da sensibilidade [Sem horário]

07-12-2023 10:00 - Dor

07-12-2023 10:00 - Determinar evolução da dor

07-12-2023 10:00 - Avaliar evolução da dor [Sem horário]

07-12-2023 17:00

07-12-2023 17:00 - Sensibilidade profunda

07-12-2023 17:00 - Pé Direita(o)

07-12-2023 17:00 - Manifesta dor [MANTEVE].

Sistema respiratório

07-12-2023 10:00

07-12-2023 10:00 - Frequência respiratória: 59 ciclos/min.

07-12-2023 10:00 - Ritmo respiratório regular.

07-12-2023 10:00 - Movimento respiratório simétrico.

07-12-2023 10:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

07-12-2023 10:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

07-12-2023 10:00 - Sem adejo nasal.

07-12-2023 10:00 - Saturação do oxigênio no sangue

07-12-2023 10:00 - Periférico(a): 96 %.

07-12-2023 10:00 - Coloração da mucosa: rosada.

07-12-2023 10:00 - Sons respiratórios: normais.

07-12-2023 10:00 - Secreções em pequena quantidade.

07-12-2023 10:00 - Secreções normais.

07-12-2023 10:00 - Secreções esbranquiçadas.

07-12-2023 10:00 - Determinar evolução da ventilação

07-12-2023 10:00 - Avaliar evolução da ventilação [Sem horário]

07-12-2023 10:00 - Limpeza da via aérea comprometida

07-12-2023 10:00 - Determinar evolução da limpeza da via aérea

07-12-2023 10:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [Sem horário]

07-12-2023 10:00 - Melhorar limpeza da via aérea

07-12-2023 10:00 - Aspirar via aérea [SOS]

07-12-2023 10:00 - Posicionar para facilitar a limpeza da via aérea [Sem horário]

07-12-2023 17:00

07-12-2023 17:00 - Frequência respiratória: 53 ciclos/min.

07-12-2023 17:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

07-12-2023 17:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

07-12-2023 17:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].

07-12-2023 17:00 - Saturação do oxigênio no sangue

07-12-2023 17:00 - Periférico(a): 96 %.

07-12-2023 17:00 - Coloração da mucosa: rosada.

Sistema cardiovascular

07-12-2023 10:00

07-12-2023 10:00 - Localização do Pulso

07-12-2023 10:00 - Punho Direita(o)

07-12-2023 10:00 - Frequência do pulso: 151 pulsações por minuto.

07-12-2023 10:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

07-12-2023 10:00 - Pulso rítmico.

07-12-2023 10:00 - Pulso simétrico.

07-12-2023 10:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

07-12-2023 10:00 - Membro inferior Esquerda(o)

07-12-2023 10:00 - Pressão sanguínea sistólica: 75 mmHg.

07-12-2023 10:00 - Pressão sanguínea diastólica: 49 mmHg.

07-12-2023 10:00 - Temperatura das extremidades

07-12-2023 10:00 - Membro inferior: Temperatura das extremidades normal.

07-12-2023 10:00 - Coloração das extremidades

07-12-2023 10:00 - Membro inferior: Coloração normal das extremidades.

07-12-2023 10:00 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

07-12-2023 10:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

07-12-2023 10:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [Sem horário]

07-12-2023 10:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

07-12-2023 10:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [2xturno]

07-12-2023 10:00 - Determinar evolução da perfusão dos tecidos periféricos

07-12-2023 10:00 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos [Sem horário]

07-12-2023 17:00

07-12-2023 17:00 - Localização do Pulso

07-12-2023 17:00 - Punho Esquerda(o)

07-12-2023 17:00 - Frequência do pulso: 136 pulsações por minuto.

07-12-2023 17:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

07-12-2023 17:00 - Pulso rítmico.

07-12-2023 17:00 - Pulso simétrico.

07-12-2023 17:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

07-12-2023 17:00 - Membro inferior Esquerda(o)

07-12-2023 17:00 - Pressão sanguínea sistólica: 75 mmHg.

07-12-2023 17:00 - Pressão sanguínea diastólica: 43 mmHg.

07-12-2023 17:00 - Temperatura das extremidades

07-12-2023 17:00 - Membro inferior: Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

07-12-2023 17:00 - Coloração das extremidades

07-12-2023 17:00 - Membro inferior: Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

07-12-2023 17:00 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

Eliminação intestinal

07-12-2023 10:00

07-12-2023 10:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

07-12-2023 10:00 - Fezes: em pequena quantidade.

07-12-2023 10:00 - Consistência das fezes: Fezes pastosas ou semilíquidas.

07-12-2023 10:00 - Coloração das fezes: esverdeada.

07-12-2023 10:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal

07-12-2023 10:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [Sem horário]

07-12-2023 17:00

07-12-2023 17:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [MANTEVE].

07-12-2023 17:00 - Fezes: em pequena quantidade.

07-12-2023 17:00 - Consistência das fezes: Fezes pastosas ou semilíquidas.

07-12-2023 17:00 - Coloração das fezes: esverdeada.

Eliminação urinária

07-12-2023 10:00

07-12-2023 10:00 - Quantidade de urina: 6 ml.

07-12-2023 10:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

07-12-2023 10:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

07-12-2023 10:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

07-12-2023 10:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [Sem horário]

07-12-2023 17:00

07-12-2023 17:00 - Quantidade de urina: 11 ml.

07-12-2023 17:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

07-12-2023 17:00 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].

Pele e mucosas

07-12-2023 10:00

07-12-2023 10:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

07-12-2023 10:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

07-12-2023 10:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [Sem horário]

07-12-2023 17:00

07-12-2023 17:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

Metabolismo

07-12-2023 10:00

07-12-2023 10:00 - Glicemia capilar: 139 mg/dl.

07-12-2023 10:00 - Determinar evolução da glicemia

07-12-2023 10:00 - Avaliar evolução da glicemia [1xturno + SOS]

07-12-2023 17:00

07-12-2023 17:00 - Glicemia capilar: 124 mg/dl.

Termorregulação

07-12-2023 10:00

07-12-2023 10:00 - Temperatura corporal periférica

07-12-2023 10:00 - Região axilar: 37.30 °C.

07-12-2023 10:00 - Determinar evolução da temperatura corporal

07-12-2023 10:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [2xturno]

07-12-2023 17:00

07-12-2023 17:00 - Temperatura corporal periférica

07-12-2023 17:00 - Região axilar: 36.80 °C.

Volume de líquidos

07-12-2023 10:00

07-12-2023 10:00 - Peso: 0.67 Kg.

07-12-2023 10:00 - Fontanelas normais.

07-12-2023 10:00 - Determinar evolução de sinais de desidratação

07-12-2023 10:00 - Avaliar evolução de sinais de desidratação [Sem horário]

07-12-2023 10:00 - Avaliar evolução de líquidos eliminados [6/6h]

07-12-2023 10:00 - Avaliar evolução de entrada de líquidos [6/6h]

07-12-2023 10:00 - Avaliar evolução do balanço hídrico [6/6h]

07-12-2023 17:00

07-12-2023 17:00 - Fontanelas normais [MANTEVE].

07-12-2023 17:00 - Ausência de olhos encovados.

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

07-12-2023 17:00

07-12-2023 17:00 - Comportamentos de ligação pai-filho: facilitador.

07-12-2023 17:00 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho

07-12-2023 17:00 - Avaliar evolução da ligação pai-filho [Sem horário]

07-12-2023 17:00 - Promover adesão da mãe/pai a estratégias promotoras de ligação mãe/pai-filho

07-12-2023 17:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da ligação mãe/pai-filho: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-12-2023 17:00 - Conscientização da mãe/pai sobre a relação entre a participação nos cuidados e a ligação mãe/pai-filho: facilitadora.

07-12-2023 17:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho

07-12-2023 17:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre promoção da ligação mãe/pai-filho [Sem horário]

07-12-2023 17:00 - Ensinar mãe/pai sobre ligação mãe/pai-filho [Neste momento]

07-12-2023 17:00 - Ensinar mãe/pai sobre desenvolvimento infantil [Neste momento]

07-12-2023 17:00 - Avaliar evolução da adesão da mãe/pai a estratégias promotoras de ligação mãe/pai-filho [Sem horário]

Desenvolvimento psicomotor

07-12-2023 10:00

07-12-2023 10:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme.

07-12-2023 10:00 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme.

07-12-2023 10:00 - Desenvolvimento da linguagem: sem sinais de alarme.

07-12-2023 10:00 - Desenvolvimento infantil

07-12-2023 10:00 - Determinar evolução do desenvolvimento infantil

07-12-2023 10:00 - Avaliar evolução do desenvolvimento infantil [Sem horário]

07-12-2023 10:00 - Avaliar evolução dos sinais de alarme relativos ao desenvolvimento infantil [Sem horário]

07-12-2023 10:00 - Promover desenvolvimento infantil

07-12-2023 10:00 - Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil [Sem horário]

07-12-2023 17:00 - Promover papel parental especial: adesão às estratégias promotoras do desenvolvimento infantil

07-12-2023 17:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-12-2023 17:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-12-2023 17:00 - Significado atribuído pela mãe/pai ao estado do desenvolvimento infantil: não dificultador.

07-12-2023 17:00 - Significado atribuído pela mãe/pai às atividades promotoras do desenvolvimento infantil: não dificultador.

07-12-2023 17:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre desenvolvimento infantil

07-12-2023 17:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil [Sem horário]

07-12-2023 17:00 - Ensinar mãe/pai sobre progressão da postura e da motricidade global [Neste momento]

07-12-2023 17:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil

07-12-2023 17:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil [Sem horário]

07-12-2023 17:00 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido [Neste momento]

07-12-2023 17:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: adesão às estratégias promotoras do desenvolvimento infantil [Sem horário]

07-12-2023 17:00

07-12-2023 17:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme [MANTEVE].

07-12-2023 17:00 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme [MANTEVE].

Desenvolvimento físico

07-12-2023 10:00

07-12-2023 10:00 - Comprimento/Altura: 31.50 cm.

07-12-2023 10:00 - Percentil do comprimento: P(1).

07-12-2023 10:00 - Perímetro cefálico: 24.00 cm.

07-12-2023 10:00 - Crescimento

07-12-2023 10:00 - Determinar evolução do crescimento

07-12-2023 10:00 - Avaliar evolução do crescimento [Sem horário]

Recém-nascido

07-12-2023 17:00

07-12-2023 17:00 - Recém-nascido

07-12-2023 17:00 - Determinar evolução do coto do cordão umbilical

07-12-2023 17:00 - Avaliar evolução do estado do coto do cordão umbilical [Sem horário]

07-12-2023 17:00 - Determinar complicação no coto do cordão umbilical

07-12-2023 17:00 - Avaliar evolução de complicações no coto do cordão umbilical [Sem horário]

07-12-2023 17:00 - Substituir mãe/pai nas atividades para satisfazer necessidades desenvolvimentais

07-12-2023 17:00 - Dar banho [Noite]

07-12-2023 17:00 - Trocar fralda [Sem horário]

07-12-2023 17:00 - Tratar do coto do cordão umbilical [1xdia + SOS]

07-12-2023 17:00 - Vestir/despir [Sem horário]

07-12-2023 17:00 - Implementar medidas de segurança [Sem horário]

07-12-2023 17:00 - Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil [Sem horário]

5.7. Especificação das intervenções

Aspirar via aérea

- Realizar higiene das mãos e utilizar EPI (incluindo luva de palhaço ou luvas esterilizadas);
- Avaliar parâmetros vitais e quadro respiratório;
- Reunir o material necessário para a aspiração (sonda de aspiração de secreções, conector em y (se aplicável), compressas);
- Posicionar a criança, limitando-lhe os movimentos, promovendo posição confortável e que garanta acesso às vias respiratórias de forma segura);
- Inserir a sonda de aspiração e realizar o procedimento de aspiração de secreções;
- Manter monitorização de parâmetros respiratórios;
- Avaliar características das secreções aspiradas.

Avaliar evolução do desenvolvimento infantil

- Observar os diferentes estados de alerta do P., desde o sono profundo até ao estado de vigília;
- Avaliar a presença e a força dos reflexos primitivos, como o reflexo de Moro, reflexo de sucção, reflexo de busca e reflexo de preensão;
- Observar as respostas a estímulos sensoriais, como luz, som e toque, avaliando a

capacidade do P. de reagir a estímulos ambientais;

- Avaliar reatividade geral do P. a diferentes intensidades e diferentes tipos de toque;
- Observar resposta do P. a contenção (quer seja no ninho recorrendo a um pano/fralda quer seja com mãos);

Avaliar evolução do tônus muscular

- Avaliar a presença de movimentos espontâneos e a qualidade do tônus muscular;
- Avaliar a resistência ao movimentar passivamente as extremidades do P.;
- Observar se há uma resposta adequada e se o tônus é uniforme em ambos os lados do corpo;
- Observar se os membros superiores e inferiores se movem livremente;
- Avaliar a postura do P. quando em repouso (deve apresentar uma postura geralmente fletida);
- Avaliar os reflexos de Moro e o reflexo tônico do pescoço assimétrico já que esses reflexos fornecem informações sobre o tônus muscular e a coordenação dos movimentos;

Avaliar evolução da ventilação

- Observar o P. quanto à sua aparência geral, cor da pele, esforço respiratório e padrão de respiração;
- Avaliar sinais vitais como frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigénio e pressão sanguínea;
- Verificar a integridade das vias aéreas, garantindo que não há obstruções ou secreções que possam interferir na ventilação;
- Utilizar monitorização do fluxo de ar para avaliar a adequação do suporte respiratório;
- Utilizar a oximetria de pulso para monitorizar continuamente a saturação de oxigénio (Mantendo a saturação dentro da faixa-alvo, ajustando a pressão do CPAP conforme necessário).

Avaliar evolução da sensibilidade

- Avaliar a resposta do P. ao toque suave e ao contato com diferentes texturas;
- Observar presença de respostas reflexas, como o reflexo de retirada;
- Realizar avaliações periódicas para monitorizar a evolução da sensibilidade tátil ao longo do tempo.

Avaliar evolução da temperatura corporal

- Monitorizar temperatura axilar;
- Verificar e ajustar a temperatura da incubadora para manter a faixa térmica recomendada;
- Observar o comportamento do P. quanto a sinais de frio (tremores, palidez, aumento do esforço respiratório) ou calor (sudorese, hiperatividade, rubor);
- Observar gráfico de tendências para temperatura corporal.

Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos

- Observar a cor da pele, especialmente nas extremidades (A cianose pode indicar má perfusão);
- Realizar o teste de retil capilar pressionando suavemente a ponta dos dedos ou a ponta do

pé do P. observando quanto tempo leva para a cor retornar ao normal (um retorno rápido sugere uma boa perfusão);

- Avaliar a frequência cardíaca (bradicardia pode ser um sinal de má perfusão);
- Palpar os pulsos periféricos, como o pulso braquial ou femoral, para avaliar ritmo, amplitude e simetria;
- Avaliar a elasticidade da pele realizando o teste de "turgor cutâneo". (Pressionar suavemente durante a pele, geralmente na região do tórax ou abdômen, e observar a rapidez com que ela retorna à posição normal.

Avaliar evolução da limpeza da via aérea

- Avaliar presença de ruídos respiratórios;
- Avaliar características das secreções aspiradas;
- Realizar exame visual das vias aéreas identificando qualquer obstrução física, como secreções, que possa prejudicar a respiração;

Avaliar evolução de sinais de desidratação

- Observar estado das fontanelas, para despiste de depressão;
- Avaliar balanço hídrico;
- Observar eliminação urinária do neonato (percebendo a quantidade, a cor e a presença ou não de sedimentos);
- Vigiar hipoatividade do neonato.

Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil

- Reduzir a iluminação excessiva;
- Reduzir os ruídos incomodativos;
- Planejar a prestação de cuidados procurando minimizar o número de vezes que se submete o P. estímulos (manipulações abusivas);
- Proporcionar sons reconfortantes expondo o P. a estímulos auditivos suaves, como música tranquila, para promover a resposta auditiva.
- Executar estimulação tátil (através do toque ao P.) adequando o tipo de toque com o momento específico;
- Posicionar o P. em posição semi-fletida contido pelo "ninho" realizado na incubadora promovendo a estratégia "mão-face, mão-boca".

Otimizar cateter venoso periférico

- Verificar presença de sinais inflamatórios (dor, calor, rubor, edema, eritema)- se presentes remover CVP;
- Na ausência de sinais inflamatórios, desinfetar válvula unidirecional e introduzir NaCl 0,9% para verificar permeabilidade do cateter;
- Verificar presença de infiltração ou extravasamento (se presente remover CVP);
- Realizar penso do cateter venoso periférico caso esteja repassado ou não aderente.

Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico

- Realizar penso quando este se encontrar repassado, húmido ou não aderente;
- Remover penso;
- Realizar antisepsia da pele/local de inserção com solução apropriada e utilizada na

instituição;

- Colocar novo penso, de forma a fixar o cateter.

Avaliar evolução da dor

- Avaliar a resposta do P. a estímulos dolorosos, como uma picada suave na pele(ex: avaliação da glicemia).
- Realizar avaliações periódicas para monitorizar a evolução da sensibilidade dolorosa ao longo do tempo
- Observar o comportamento do P. para identificar sinais indicativos de dor (expressões faciais, choro, movimentos corporais e mudanças nos padrões de sono);
- Utilizar escalas de avaliação de dor validadas para neonatos, como a Escala de Avaliação da Dor Neonatal (NIPS), a Escala de Avaliação da Dor no Recém-Nascido (PIPP) ou a Escala de Dor, Agitação e Sedação Neonatal (N-PASS). Estas escalas consideram diferentes indicadores de dor, como expressão facial, movimentos das extremidades, resposta à estimulação e padrão de choro;
- Observar alterações nos sinais vitais, como frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação de oxigénio, que podem indicar a presença de dor;
- Observar presença de choro/ gemido;
- Avaliar a dor após aplicação de medidas não farmacológicas e/ou após administração de medicação anti-álgica.

Posicionar para facilitar a limpeza da via aérea

- Elevar a cabeceira da incubadora para aproximadamente 30º;
- Colocar o neonato em decúbito dorsal com a cabeça lateralizada, certificando que a cabeça está alinhada com o tronco para evitar flexão excessiva do pescoço;
- Posicionar o P. com adequado suporte ao pescoço e à cabeça para evitar flexões bruscas.

Avaliar evolução de entrada de líquidos

- Determinar quantidade de soro e nutrição parentérica administrada;
- Determinar quantidade de medicação e soro administrado.

Avaliar evolução de líquidos eliminados

- Determinar a quantidade mensurável de líquidos eliminados;
- Avaliar a quantidade não mensurável de líquidos eliminados pelo recém-nascido;

Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

- Vigiar presença de resistência aquando da administração de medicação/soro fisiológico pelo cateter venoso periférico;
- Vigiar dor/desconforto aquando da administração de medicação/soro fisiológico pelo cateter venoso periférico;

Otimizar ventilação não invasiva

- Vigiar adaptação ao dispositivo respiratório- percebendo existência de fugas de ar e necessidade de ajustes;
- Otimizar dispositivo respiratório;
- Vigiar complicações inerentes ao uso de dispositivos respiratórios;

- Aplicar medidas de prevenção de úlcera por dispositivo médico (realização de massagem nos locais de pressão, colocação de óleo de amêndoas doces, colocação de penso de gel nas zonas de maior pressão);
- Avaliar a condição da pele e mucosa durante a troca de dispositivo nasal.

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

- Observar local de inserção do cateter venoso periférico, vigiando a presença de sinais inflamatórios (dor, calor, rubor, edema);
- Observar trajeto da veia para avaliar e identificar sinais de flebite.

Avaliar evolução dos sinais de alarme relativos ao desenvolvimento infantil

- Avaliar hipotonia ou hipertonia que pode indicar problemas neuromotores;
- Avaliar ausência dos reflexos primitivos;
- Observar alterações significativas nos padrões de sono, como dificuldade em manter períodos adequados de vigília ou distúrbios do sono (que podem indicar problemas no desenvolvimento do sistema nervoso);
- Observar reações intensas ou insuficientes a estímulos sensoriais, como luz, som ou toque (que podem indicar problemas no processamento sensorial);
- Observar assimetria nos movimentos (que podem indicar desequilíbrios no desenvolvimento motor).

Avaliar evolução do balanço hídrico

- Calcular balanço hídrico (através do cálculo diferencial entre o volume de entradas e o volume de saídas);
- Observar estabilidade do balanço hídrico;
- Comparar com os valores calculados anteriormente.

Avaliar evolução da integridade dos tecidos

- Observar a cor, textura e humidade da pele do P. (tendo em atenção qualquer sinal de ressecamento, descamação, erupção cutânea, hematomas ou lesões);
- Avaliar a integridade da pele ao redor dos dispositivos médicos do P. (cateteres, máscara de CPAP, saturímetro);
- Avaliar a cicatriz umbilical (garantindo ausência de sinais inflamatórios no coto umbilical);

Avaliar evolução da eliminação intestinal

- Observar as características das fezes (incluindo cor, consistência e presença de muco)
- Registrar a frequência da eliminação intestinal;
- Palpar suavemente o abdómen para verificar a presença de distensão abdominal, que pode indicar retenção de gases ou fezes;
- Avaliar o estado de hidratação do P., pois a desidratação pode afetar a motilidade intestinal;

Avaliar evolução de sinais de alteração da consciência

- Observar o P. quanto à sua resposta a estímulos ambientais, como luz, som e toque;
- Avaliar a facilidade com que o P. é despertado e a rapidez com que responde aos estímulos;

- Observar se o P. está alerta, sonolento, irritado ou a dormir;
- Observar os movimentos oculares do P. (que devem ser coordenados e simétricos).

Avaliar evolução da eliminação urinária

- Monitorizar eliminação urinária;
- Realizar comparação com débitos anteriores de forma a obter uma referência;
- Avaliar presença de globo vesical;

Otimizar incubadora

- Garantir que a incubadora está limpa e fazer a sua desinfecção regularmente para prevenir infeções;
- Verificar e ajustar os parâmetros da incubadora, como temperatura e humidade para garantir condições ideais.

Dar banho

- Preparar o material necessário;
- Executar o banho (em incubadora) utilizando compressas húmidas (com água a uma temperatura similar à do corpo);
- Não utilizar produtos de higiene como gel de banho;
- Secar o P. apertando suavemente (por pressão) e não fricção.

Vestir/despir

- Optar por roupas macias e de tamanho apropriado para o P. (de forma que sejam ajustadas ao corpo mas não demasiado justas para não limitar movimentos);
- Manter um ambiente calmo e tranquilo para minimizar o stress durante o procedimento.

Trocar fralda

- Preparar o material necessário;
- Utilizar compressas húmidas (em água com temperatura similar à temperatura corporal) para realizar a higiene perineal;
- Observar as pregas cutâneas e presença de eritema pelas fraldas;
- Secar a região perineal (e ter em atenção a região testicular);
- Colocar nova fralda.

Ensinar mãe/pai sobre ligação mãe/pai-filho

- Ensinar ao pai que é importante interagir com o recém nascido apesar da separação física necessária;
- Explicar os benefícios emocionais, cognitivos e sociais de estabelecer uma ligação forte desde o início da vida;
- Enfatizar a importância da comunicação com o P., mesmo que este seja um recém-nascido prematuro (incentivar o uso da voz, toque suave e contato visual para estabelecer uma conexão emocional);
- Discutir práticas específicas para criar um vínculo emocional forte com o P., incluindo momentos de carinho, expressão de afeto e envolvimento emocional durante atividades diárias;
- Ensinar o pai sobre a importância do estabelecimento de ligação pai-filho para o

desenvolvimento da criança;

- Ensinar o pai sobre contacto com o recém-nascido e a relação existente com o estabelecimento de ligação pai-filho;
- Ensinar o pai que a separação física do recém-nascido (pela incubadora e condições especiais), não são impeditivas da formação da ligação pai-filho;
- Reforçar ideia que a ligação pai-filho inicia-se ainda em útero e que traz benefícios quer para o recém-nascido, quer para o pai, quer para a futura relação dos dois.

Implementar medidas de segurança

- Manter as portas da incubadora fechadas;
- Manter os travões da incubadora bloqueados;
- Observar presença de objetos dentro da incubadora com potencial de magoar o recém-nascido.

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre promoção da ligação mãe/pai-filho

- Questionar o pai sobre se reconhece a importância de estabelecer/manter uma ligação pai-filho positiva ainda que numa unidade de cuidados intensivos neonatais;
- Questionar o pai sobre formas que existem de promover a sua ligação com o filho apesar de o mesmo se encontrar numa incubadora (e portanto com uma barreira física);
- Questionar o pai sobre se reconhece a ligação pai-filho como importante no desenvolvimento do P.

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre desenvolvimento infantil

- Questionar o pai sobre o que é expectável para o P. nesta fase de desenvolvimento;
- Questionar o pai sobre resposta do P. a estímulos.

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil

- Avaliar a utilização das estratégias mencionadas pelo pai;
- Questionar o pai sobre quais as estratégias que pode utilizar de forma a promover o desenvolvimento infantil.

Ensinar mãe/pai sobre progressão da postura e da motricidade global

- Explicar ao pai os marcos típicos de desenvolvimento motor para recém-nascidos prematuros;
- Explicar ao pai o conceito de "idade corrigida" para recém nascidos prematuros, considerando a idade gestacional corrigida ao avaliar os marcos de desenvolvimento (leva em conta o período de prematuridade);
- Explicar a importância de alternar as posturas do neonato durante o dia, incluindo tempo de barriga (decúbito ventral) e tempo de costas (decúbito dorsal), para promover o desenvolvimento equilibrado;
- Explicar posição semi-fletida do neonato como uma posição confortável e saudável (por simular a posição que ocupavam durante o desenvolvimento fetal);
- Ensinar ao pai sobre o posicionamento "mão-face, mão boca" como uma prática importante para promover o desenvolvimento motor, sensorial e a coordenação oral do

recém-nascido.

Tratar do coto do cordão umbilical

- Limpar a área ao redor do coto umbilical com água tépida;
- Elevar o coto umbilical com uma das mãos, segurando-o com uma compressa, e com a outra mão limpar o coto, a sua base de inserção e região periumbilical, utilizando uma compressa seca;
- Utilizar gazes esterilizadas para a limpeza e secagem do coto, evitando contaminação;
- Secar suavemente o coto umbilical (no sentido da base para a topo) após a limpeza para evitar humidade excessiva;
- Não colocar emolientes no coto ou na sua base de inserção;
- Avaliar a área ao redor do coto para detetar sinais de infeção;
- Colocar fralda abaixo do coto umbilical deixando o mesmo ao ar.

Ensinar mãe/pai sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil no período de recém-nascido

- Ensinar o pai a falar com tom de voz suave e calmamente;
- Ensinar o pai sobre contenção do recém-nascido aquando de procedimentos;
- Ensinar o pai sobre toque positivo e estimulação tátil;
- Ensinar o pai sobre posicionamento do recém-nascido em posição semi-fletida.

Avaliar evolução da ligação pai-filho

- Observar as expressões faciais e corporais do pai;
- Observar a presença de comportamento carinhoso com o P.;
- Perceber demonstração de interesse por parte do pai relativamente ao estado do P.;
- Perceber discurso e interação do pai com o P.;
- Observar interesse do pai na participação nos cuidados ao P.;
- Perceber interesse do pai na aprendizagem sobre os cuidados ao P.

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre ventilação não invasiva

- Questionar o pai sobre o uso da ventilação não invasiva no P.;
- Avaliar significado atribuído pelo pai à ventilação não invasiva.

Ensinar mãe/pai sobre ventilação não invasiva

- Explicar os equipamentos utilizados na ventilação não invasiva, como o CPAP (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas);
- Mostrar os dispositivos e explicar de uma forma simplificada como funcionam;
- Explicar por que a ventilação não invasiva pode ser necessária para recém nascidos prematuros (destacando situações comuns, como imaturidade pulmonar, para as quais essa intervenção é benéfica);
- Ensinar sobre colocação correta da máscara para evitar o vazamento (explicando também a presença de "adesivo siliconado" para aliviar a pressão dos elásticos desta máscara e a pressão da mesma nas proeminências ósseas).

Ensinar mãe/pai sobre desenvolvimento infantil

- Ensinar o pai sobre sinais de bem estar do recém-nascido: corpo semi-fletido; mãos na

linha média junto da boca;

- Ensinar o pai sobre visão desfocada do recém-nascido;
- Ensinar o pai sobre capacidades auditivas do recém-nascido;
- Ensinar o pai que o recém-nascido tem capacidade de reconhecer a voz dos elementos que lhe são mais próximos;
- Explicar ao pai sobre como os prematuros podem responder aos estímulos sensoriais, incluindo o toque, visão, audição e olfato;
- Explicar ao pai os marcos neuromotores esperados para recém-nascidos prematuros, destacando a importância do tônus muscular, reflexos e desenvolvimento motor.

Avaliar evolução do estado do coto do cordão umbilical

- Avaliar presença de cheiro fétido;
- Avaliar presença de sinais inflamatórios (calor, rubor, edema dor);
- Observar aspeto do coto do cordão umbilical (cor esbranquiçada, textura gelatinosa e fixado na base do umbigo).

Avaliar evolução de complicações no coto do cordão umbilical

- Vigiar presença de sinais inflamatórios;
- Avaliar cheiro (se fétido é indicativo de complicações).

Avaliar evolução do papel parental especial: adesão às estratégias promotoras do desenvolvimento infantil

- Avaliar adesão do pai a estratégias ensinadas e instruídas anteriormente para promover o desenvolvimento infantil;
- Avaliar interesse do pai na realização correta das estratégias ensinadas e instruídas anteriormente.

Avaliar evolução da adesão da mãe/pai a estratégias promotoras de ligação mãe/pai-filho

- Avaliar utilização das estratégias de ligação pai-filho ensinadas previamente.

Otimizar fototerapia

- Otimizar aparelho de fototerapia percebendo se a luz continua a incidir na maior área de pele possível;
- Alternar posicionamento do P., otimizando o aparelho mediante os novos posicionamentos;
- Avaliar irradiação conforme prescrição.

Aplicar dispositivo de fototerapia

- Colocar máscara de proteção ocular no P.;
- Posicionar o P. de forma que a maior área de sua pele seja exposta à luz removendo as roupas - mantendo sempre em atenção a temperatura do neonato;
- Colocar aparelho de fototerapia a cerca de 30cm do P. (imediatamente acima da incubadora);
- Perceber a incidência de luz no corpo do recém-nascido manipulando o aparelho até que a luz apanhe a maior área possível.

5.8. Síntese relativa ao caso

Neste plano de cuidados, uma variedade de intervenções foi implementada. As intervenções classificadas como "executar" são realizadas para atender necessidades específicas, sendo a própria necessidade a justificativa para sua implementação. Desta forma, estas intervenções assumem um carácter prioritário uma vez que a não realização das mesmas terá um impacto potencialmente negativo e direto na condição do recém-nascido.

Neste caso em particular, o suprimento das necessidades desenvolvimentais básicas é realizado por outra pessoa, pelo que é da competência do enfermeiro o suprir dessas mesmas necessidades. Importa a ressalva de que a satisfação das necessidades do recém nascido deve ser ensinada aos pais e eles devem ser envolvidos desde o primeiro momento de forma a capacitar para o regresso a casa. No entanto, neste primeiro dia o P. recebeu apenas a visita do pai que se mostrou ainda muito emocionado com toda a situação pelo que foi prioritária a gestão das emoções junto com o pai, a explicação do estado atual do P. e da unidade de cuidados intensivos neonatais e as primeiras interações entre pai e filho.

As intervenções do tipo "avaliar" referentes à condição clínica do neonato são essenciais para garantir a segurança, a qualidade e a eficácia dos cuidados prestados, enfatizando a importância da prevenção, da intervenção precoce e da individualização dos cuidados. Esta abordagem proativa permite uma monitorização constante dos sinais vitais, respostas fisiológicas e comportamentais, possibilitando uma intervenção rápida diante de qualquer alteração.

Por outro lado, temos as intervenções do tipo "ensinar", com o objetivo de melhorar os conhecimentos sobre temas e/ou aspetos que necessitam de melhoria para que seja possível atingir a mestria. Através destas intervenções, procura-se atingir como resultado que os pais melhorem o conhecimento sobre os diferentes temas abordados e que verbalizem esse conhecimento ou o coloquem em prática. Assim sendo:

- No diagnóstico "Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre ventilação não invasiva" assumem-se como critérios de resultado: que o pai compreenda a presença dos dispositivos no neonato e o seu efeito; que o pai compreenda a necessidade destes dispositivos para ajudar o neonato a respirar adequadamente; que o pai verbalize a necessidade de manter a máscara colocada de forma a evitar o vazamento de ar.

- No diagnóstico "Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho" assumem-se como critérios de resultado: que o pai verbalize a importância de interagir com o neonato apesar da presença de incubadora e dos dispositivos médicos; que o pai verbalize os benefícios da interação com o neonato; que o pai verbalize a importância da

comunicação com o neonato; que o pai verbalize a possibilidade de estabelecer um vínculo positivo com o neonato mesmo que através da incubadora; que o pai reconheça o toque como estratégia para promover a ligação pai-filho transmitindo-lhe afeto e segurança.

- No diagnóstico "Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre desenvolvimento infantil" assumem-se como critérios de resultado: que o pai compreenda a postura do neonato na incubadora como sendo promotora do seu desenvolvimento; que o pai verbalize a importância na alternância de posições ao longo do dia/noite; que o pai reconheça o conceito de "tempo corrigido" para recém nascidos prematuros e os marcos desenvolvimentais tendo em conta esse tempo.

- No diagnóstico "Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil" assumem-se como critérios de resultado: que o pai mencione a comunicação com o neonato referindo como deve falar com ele; que o pai compreenda a estratégia de contenção do recém nascido como promotora do desenvolvimento infantil e como prática que transmite segurança ao mesmo aquando de procedimentos; que o pai verbalize o toque positivo e os seus benefícios; que o pai mencione a estimulação tátil como estratégia promotora de desenvolvimento infantil com grande ênfase em recém- nascidos prematuros; que o pai verbalize o posicionamento do neonato como sendo promotor do desenvolvimento.

As intervenções do tipo " Avaliar Evolução do Conhecimento" permitem não apenas perceber o conhecimento existente acerca das temáticas e o reforço de ideias, mas também ensinar novo conhecimento de forma a completar ou justificar práticas já usadas e incitar novas práticas. A avaliação da evolução do conhecimento desempenha um papel crucial na satisfação das necessidades básicas, na prevenção de complicações e na melhoria da qualidade do cuidado prestado pelos enfermeiros. Além disso, fortalece a relação entre os clientes e o profissional de saúde, criando um ambiente de cuidado colaborativo e centrado no(s) cliente(s).

No que diz respeito à avaliação da evolução do conhecimento sobre desenvolvimento infantil e estratégias para a promoção do mesmo, a intervenção do enfermeiro é crucial para capacitar os pais a desempenharem um papel ativo e positivo no desenvolvimento dos filhos.

Para além dos cuidados físicos, os enfermeiros desempenham um papel essencial no apoio emocional às famílias, oferecendo informações e orientações sobre o estado de saúde do neonato e envolvendo os pais nos cuidados diários sempre que possível o que permite, como resultado dessas intervenções, o proporcionar de um ambiente de apoio durante um momento muitas vezes desafiador.

A incubadora, embora seja essencial para fornecer um ambiente controlado e protegido, pode muitas vezes criar uma barreira física entre os pais e os recém-nascidos prematuros. Promover o toque através da incubadora emerge como uma prática vital para mitigar os efeitos adversos

dessa separação. Por este motivo, e nesta situação em que o pai vê o filho pela primeira vez após o parto numa situação que não era a esperada é fundamental fomentar o toque nos momentos iniciais ensinando sobre os benefícios do mesmo e sobre como o pode integrar na prestação de cuidados promovendo a parceria de cuidados com os pais.

Em contexto de cuidados intensivos neonatais, é crucial promover e aplicar a estimulação tátil no neonato. Esta prática não só fortalece o vínculo entre pais e filhos, mas também contribui significativamente para o desenvolvimento neurológico e emocional do recém-nascido. A estimulação tátil pode reduzir os níveis de stress, melhorar a estabilidade fisiológica e fomentar um ambiente de segurança e conforto. Ao ser integrada nas rotinas de cuidados, promove a melhoria dos resultados clínicos, proporciona uma experiência mais humanizada e acolhedora para o cliente pediátrico, culminando com a promoção do seu desenvolvimento saudável.

6. CASO CLÍNICO EM CONTEXTO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

A menina M., de 3 anos de idade, deu entrada no Serviço de urgência Pediátrica acompanhada pela mãe, por febre há 24h e quadro de tosse produtiva, rinorreia e congestão nasal com 3 dias de evolução

6.1. Enquadramento teórico

Contextualização do caso:

A menina M., de 3 anos de idade, deu entrada no Serviço de urgência Pediátrica no início da tarde de dia 3.01.24 por febre há sensivelmente 24h com picos febris entre 38°C e 39°C espaçados de 6-8h entre eles. Associado a estes picos febris tinha iniciado um quadro de tosse produtiva há cerca de 3 dias acompanhado de rinorreia e congestão nasal. A M. foi avaliada pela enfermeira de triagem, tendo ficado com pulseira amarela. Apresentava-se ligeiramente prostrada, com sinais de desconforto respiratório, mas sem cianose, tiragem ou ruídos respiratórios audíveis.

A M. não tem antecedentes pessoais relevantes e veio acompanhada pela sua mãe, a senhora A., de 28 anos de idade, Gesta-1 e Para-1, notoriamente ansiosa pelo estado da filha.

Com base nos sintomas apresentados e nos resultados da avaliação inicial, o pediatra responsável suspeitou de uma infeção respiratória vírica. Assim a M. foi depois encaminhada para a sala de tratamentos de enfermagem. Por ter febre naquele momento (38.2°C) foi administrado paracetamol oral. Realizou-se ainda colheita de vírus respiratórios e realizou medicação inalatória através de câmara expansora com brometo de ipratrópio e salbutamol. A M. foi depois levada a realizar RX tórax pedido pelo pediatra e ficou posteriormente a aguardar na sala de espera enquanto aguardava resultado dos vírus respiratórios e aguardava efeito da medicação antipirética. Regressou depois ao pediatra que diagnosticou Influenza A após resultados laboratoriais de vírus respiratórios e deu alta para domicílio com prescrição de medicação.

Previamente ao momento de alta voltou a passar pela sala de enfermagem e foram dados cuidados e reforçados ensinamentos realizados previamente ao regresso a casa. Neste momento questionou-se a senhora A. se fazia lavagem nasal no domicílio e, uma vez que disse ter soluções de lavagem tipo “água do mar” mas nunca ter feito com seringas e soro fisiológico

foram realizados ensinamentos à mãe acerca da realização deste procedimento no domicílio. Foi ainda entregue a câmara expansora utilizada para a realização da terapêutica inalatória (a ser continuada no domicílio de acordo com a prescrição médica) e foram realizados ensinamentos acerca da câmara expansora e da realização da medicação com a mesma.

Considerou-se como primeiro momento deste plano o momento em que a M. é avaliada na sala de enfermagem e como segundo momento o momento que antecede o regresso a casa.

Fundamentação Teórica

Infeção Respiratória:

Os vírus respiratórios desempenham um papel significativo na ocorrência de problemas de saúde, sendo a principal fonte de complicações respiratórias durante a infância. Entre os agentes mais prevalentes estão o vírus sincicial respiratório (VSR) e o rinovírus humano (RV). Além desses, existem agentes menos frequentes, como os vírus influenza, parainfluenza, adenovírus, e os coronavírus, metapneumovírus humano e bocavírus humano (Pinto et al., 2014).

Os vírus respiratórios causam manifestações clínicas heterogêneas e pouco distintivas. Os diferentes agentes podem cursar com sintomas semelhantes, tanto das vias aéreas superiores e inferiores como sintomas não-respiratórios (Mahoni, 2008).

Diversas técnicas laboratoriais são empregadas no diagnóstico etiológico, incluindo a proliferação viral em culturas celulares, testes serológicos, detecção de antígenos virais por imunofluorescência direta (IFD) e técnicas de biologia molecular, como a PCR simples ou amplificação multiplex. Apesar da sensibilidade elevada das técnicas moleculares, estas têm um custo mais elevado (Tregoning & Schwarze, 2010). O isolamento viral em culturas celulares e a pesquisa serológica são desvantajosos devido à demora nos resultados, resultando numa menor utilização atualmente (Tregoning & Schwarze, 2010). A IFD, usada na detecção de antígenos virais em secreções respiratórias, é uma alternativa mais rápida, com sensibilidade de 80 a 90% em comparação com o exame cultural (American Academy of Pediatrics, 2003 como citado em Pinto et al., 2014).

Em muitos casos, o diagnóstico virológico é dispensável, especialmente em situações leves, pois não está correlacionado com a gravidade ou duração do episódio e não apresenta implicações terapêuticas relevantes (Tregoning & Schwarze, 2010). No entanto, a confirmação da etiologia viral possibilita interromper a procura de outras causas da doença, implementar medidas de controlo de infeção apropriadas (como isolamento, uso de máscaras, luvas e batas descartáveis), minimizando o risco de transmissão nosocomial. Além disso, permite a instituição

de terapêutica direcionada (Tregoning & Schwarze, 2010).

O vírus Influenza é um agente patogénico respiratório importante, estando na base de epidemias anuais e pandemias a cada três ou quatro décadas. A sua capacidade de modificar constantemente a sua estrutura antigénica permite-lhe escapar da resposta imune humana (Garten et al., 2009).

Os sinais e sintomas associados ao vírus Influenza, incluem febre súbita acompanhada de dor de garganta e/ou tosse, juntamente com rinorreia, obstrução nasal, hiperemia conjuntival, mal-estar, cefaleia, mialgia e artralgia. Em crianças, é mais comum observar sintomas gastrointestinais como vômitos, diarreia e dor abdominal. O impacto sistémico geralmente não excede 3 ou 4 dias, enquanto os sintomas do trato respiratório superior, como tosse, geralmente persistem por mais de uma semana (Cao et al., 2009).

As crianças são mais suscetíveis a infeções respiratórias devido a características anatómicas, fisiológicas e imunológicas (Lanat, como citado em Bonfim et al., 2011). Essas infeções respiratórias têm um impacto significativo na área da saúde em todo o mundo, sendo predominantemente de origem viral (Christ-Crain & Muller, 2007).

Período de desenvolvimento

O desenvolvimento infantil aos 3 anos de idade é uma fase crucial, marcada por notáveis avanços nas áreas cognitiva, emocional e social. Segundo a teoria do desenvolvimento cognitivo de Jean Piaget, as crianças nessa idade encontram-se na fase pré-operacional, demonstrando uma crescente habilidade de representação simbólica e compreensão de conceitos como tamanho e quantidade de forma mais elaborada (Papalia, 2006). Piaget destaca o início do julgamento racional e pensamento pré-operacional, caracterizado por egocentrismo e linguagem em crescimento. A imagem corporal desenvolve-se com a competência motora, e a criança passa pelas fases de separação e individualização em relação a outras pessoas importantes para ela (Hockenberry & Wilson, 2018). Paralelamente, de acordo com a teoria psicossocial de Erik Erikson, a criança de 3 anos está na fase da autonomia versus vergonha e dúvida. Durante este estágio, as crianças começam a explorar a sua independência e a tomar decisões simples. Estabelecer uma autonomia saudável nessa fase é crucial para o desenvolvimento emocional futuro (Papalia, 2006).

As crianças entendem o ambiente hospitalar como um ambiente desconhecido e impessoal, muitas vezes associado a solidão e tristeza (Valverde, 2010). Na primeira infância a hospitalização trata-se de uma experiência extremamente perturbadora e negativa, essencialmente devido aos procedimentos que se apresentam como ameaçadores para a criança (Hockenberry et al, 2018).

Estudos como os de Bowlby (1969) destacam a necessidade de um ambiente seguro e de relações afetivas estáveis para o desenvolvimento saudável na infância. O contexto de urgência

pode comprometer essa estabilidade, impactando negativamente o bem-estar emocional e social das crianças pequenas (Shonkoff et al., 2012).

Informoterapia

O regresso a casa após a hospitalização gera ansiedade e insegurança nos pais, que precisam de prestar os cuidados sem a presença e apoio da equipa multidisciplinar (Lima & Ribeiro, 2009).

Estudos como o de Melnyk et al., (2018) destacam que intervenções educativas para os pais estão associadas a melhores resultados de saúde infantil, incluindo a redução de readmissões hospitalares e o aumento da adesão ao tratamento. A orientação prévia ao regresso a casa fornece informações essenciais sobre cuidados no domicílio, medicação, sinais de alerta e recursos de suporte disponíveis.

6.2. Clientes

Cliente

Pré-escolar | Idade: 3 anos | Feminino

Mãe/Pai

03-01-2024 15:00

03-01-2024 15:00 - Figura parental principal: mãe.

03-01-2024 15:00 - Número de outros filhos: 0.

03-01-2024 15:00 - Papel parental não partilhado.

03-01-2024 15:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

03-01-2024 15:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, mas não o dia todo.

03-01-2024 16:30

03-01-2024 16:30 - Figura parental principal: mãe.

03-01-2024 16:30 - Número de outros filhos: 0.

03-01-2024 16:30 - Papel parental não partilhado.

03-01-2024 16:30 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

03-01-2024 16:30 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, mas não o dia todo.

6.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-01-03 15:00:00	Paracetamol 525mg (VO) (SOS)	
2024-01-03 15:00:00	Brometo de Ipratrópio (Via Inalatória)	
2024-01-03 15:00:00	Salbutamol (Via Inalatória)	

6.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Paracetamol 525mg (VO) (SOS)

Classificação: Antipiréticos- Analgésicos não opiáceos

Indicação: Tratamento de febre e dor de intensidade ligeira a moderada

Ação: Inibe a síntese de prostaglandinas que servem como mediadores da dor e da febre, primariamente no SNC. Não tem propriedades anti-inflamatórias e a sua toxicidade gastrointestinal é insignificante.

Efeito terapêutico: Antipirético e analgésico.

Contraindicações: Contraindicado em casos de alergia ao paracetamol ou a qualquer um dos excipientes do fármaco e em casos de problemas hepáticos diagnosticados.

Implicações para a Enfermagem:

- Pode ser tomado com alimentos ou com o estômago vazio;
- Administrado (quando em solução oral) por seringa.
- Vigilância de efeitos secundários como: sonolência, náuseas, vômitos, dor abdominal, obstipação, diarreia, cefaleias e hipersudorese.

(In Deglin, J. H., & Vallerand, A. H, 2009, pp. 995-997).

Brometo de Ipratrópio e Salbutamol (Via Inalatória)

O brometo de ipratrópio (na forma de solução pressurizada para inalação) pertence à classe de medicamentos conhecida como broncodilatadores, que ajudam a abrir as vias respiratórias nos pulmões, facilitando a respiração. Este medicamento atua bloqueando os recetores muscarínicos nos músculos das vias aéreas, resultando em relaxamento desses músculos e

dilatação das vias respiratórias. Esse efeito contribui para aliviar os sintomas de broncoconstrição, como dificuldade respiratória e pieira. Assim como acontece com toda a terapia inalatória, no tratamento com Brometo de Ipratrópio podem ocorrer sintomas de irritação local.

O Brometo de Ipratrópio atua localmente nas vias respiratórias para obter efeitos terapêuticos. A broncodilatação e a farmacocinética sistêmica não ocorrem simultaneamente. Após inalação, 10 a 30% da dose atinge os pulmões, com o restante sendo engolido e passando pelo trato gastrointestinal. A fração que fica nos pulmões alcança a circulação em breves minutos (Infarmed, 2021).

O salbutamol pertence à classe dos agonistas beta-2 adrenérgicos e atua estimulando os recetores beta-2 nos músculos das vias respiratórias, resultando em relaxamento desses músculos e dilatação das vias aéreas ajudando no alívio da broncoconstrição e melhorando a capacidade respiratória. O seu efeito broncodilatador é rápido, o que o torna útil para aliviar ataques agudos de falta de ar. A resposta clínica ao salbutamol por nebulização em lactentes com menos de 18 meses é inconsistente. Depois de ser inalada, uma porção de 10 a 20% da dose atinge as vias respiratórias inferiores. O restante permanece retido no dispositivo de administração ou é depositado na orofaringe, sendo então engolido. A fração que alcança as vias respiratórias é absorvida pelos tecidos pulmonares e entra na circulação sem sofrer metabolização pulmonar. Devido à possibilidade de ocorrência de hipoxemia temporária, é recomendável avaliar a necessidade de fornecer oxigenoterapia suplementar (Infarmed, 2023).

A combinação de salbutamol e brometo de ipratrópio demonstrou, em vários estudos, uma eficácia broncodilatadora superior e mais duradoura em comparação com cada um dos componentes administrados isoladamente sem que essa associação represente um aumento significativo no risco de efeitos indesejáveis. O ipratrópio e os beta-agonistas representam uma combinação farmacológica de broncodilatadores que atuam em vias distintas, complementando-se no processo obstrutivo e potencializando as vantagens sem aumentar o risco (Taveira et al., 2000).

A administração de medicamentos por meio de câmara expansora é uma prática comum na pediatria, especialmente no tratamento de doenças respiratórias. A câmara expansora é um dispositivo que auxilia na inalação adequada dos medicamentos, proporcionando uma distribuição eficiente nas vias respiratórias (Vincken et al., 2018).

As diretrizes da American Academy of Pediatrics (AAP) recomendam o uso da câmara expansora como uma abordagem preferencial no tratamento de doenças respiratórias em crianças, ressaltando a sua praticidade e menor probabilidade de erros na administração (Ralston et al., 2014).

No entanto, existem vantagens e desvantagens associadas ao uso de câmara expansora:

Vantagens	Desvantagens
• Retarda a nuvem de aerossol à medida que emerge do inalador; • Reduz o impacto dos problemas de coordenação mão-respiração (ativação-inalação); • O tempo mais longo de evaporação do propelente reduz o tamanho das partículas (aumenta a fração respirável de partículas finas) e melhora a deposição pulmonar; • Filtra partículas maiores de aerossol; • Reduz a impactação/deposição orofaríngea e os efeitos colaterais locais (corticosteróides inalados); • Reduz a fração do medicamento ingerido, a absorção gastrointestinal, a biodisponibilidade sistêmica e, portanto, efeitos indesejados extrapulmonares (agonistas β-adrenérgicos); • São dispositivos portáteis.	• Exige limpeza regular; • Carga eletrostática pode reduzir a fração respirável do aerossol; • Mais caro (apesar de poder economizar medicação).

Retirado de: Vincken et al., 2018, p.5

Desta forma, a utilização da câmara expansora na administração de medicamentos na pediatria não apenas facilita o processo, tornando-o mais amigável para as crianças, mas também proporciona uma absorção mais eficaz do medicamento, resultando em melhores desfechos clínicos.

6.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

03-01-2024 15:00

03-01-2024 15:00 - Procedimento invasivo [RESOLVIDO] 03-01-2024 16:30

03-01-2024 15:00 - Tipo de procedimento invasivo: Aspiração de secreções.

03-01-2024 15:00 - Verificado: antecedentes clínicos, consentimento informado, identificação do doente.

03-01-2024 15:00 - Localização do Pulso

03-01-2024 15:00 - Antebraço Direita(o)

03-01-2024 15:00 - Frequência do pulso: 117 pulsações por minuto.

03-01-2024 15:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

03-01-2024 15:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

03-01-2024 15:00 - Membro superior Direita(o)

03-01-2024 15:00 - Pressão sanguínea sistólica: 107 mmHg.

03-01-2024 15:00 - Pressão sanguínea diastólica: 58 mmHg.

03-01-2024 15:00 - Temperatura corporal periférica

03-01-2024 15:00 - Região axilar: 38.20 °C.

03-01-2024 15:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o procedimento invasivo [FIM] 03-01-2024 16:30

03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia [Sem horário] [FIM]

03-01-2024 16:30

6.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

Aspiração de secreções

O procedimento de aspiração de secreções da orofaringe e nasofaringe visa retirar de forma passiva secreções, com o objetivo de manter a permeabilidade da via aérea e permitir um fluxo de ar adequado para as trocas gasosas (Pasrija & Hall, 2023).

As secreções ou outras substâncias podem acumular-se nas vias aéreas superiores se a criança não apresentar tosse eficaz capaz de mobilizar e expetorar secreções. A acumulação de secreções na orofaringe causa desconforto e irrita a mucosa oral, promovendo o crescimento bacteriano e podendo provocar hipóxia ou alterações da oxigenação, aumentando o risco de pneumonia associada à ventilação (Kornusky, 2019).

O procedimento realiza-se com uma sonda ligada a um sistema de vácuo, introduzida na via aérea e deverá ser realizado apenas quando estritamente necessário, sendo que a quantidade de secreções presentes determina a frequência do procedimento. A pressão de aspiração deve ser eficaz e adequada para não causar danos à via aérea. A sonda deverá ser introduzida rapidamente e retirada com movimentos circulares (Busanello et al., 2021).

A decisão de realizar este procedimento deve ser fundamentada nos sinais e sintomas clínicos do paciente, evitando a sua realização como uma prática rotineira (Moore, 2003), devendo assim ser realizada nas seguintes situações: Secreções visíveis/audíveis; Níveis diminuídos de saturação de oxigénio; Aumento das necessidades de oxigénio; Tosse fraca / incapacidade de gerar uma tosse espontânea eficaz; Movimentos reduzidos/sons respiratórios no peito; Aumento do esforço respiratório, da frequência respiratória, alterações da frequência cardíaca e alterações na cor da pele e mucosas (Moore, 2003).

A aspiração não deve ser realizada em presença de quaisquer das seguintes contraindicações, a menos que seja avaliada individualmente e com a concordância da equipa médica: hemoptise

inexplicada ou distúrbio de coagulação conhecido, laringospasmo, broncoespasmo, fraturas na base do crânio e outras causas de fuga de líquido cefalorraquidiano pelo ouvido, pneumotórax, anastomoses esofágicas ou traqueais recentes e outras formas de trauma traqueobrônquico, vias nasais obstruídas, sangramento nasal inexplicado, hipoxemia/hipoxia grave, aumento da pressão intracraniana, hipotensão ou hipertensão aguda (APCP, 2015).

A aspiração de secreções oro e nasofaríngeas emerge como um procedimento essencial na abordagem pediátrica, desempenhando um papel crucial na promoção da função respiratória e prevenção de complicações.

6.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
03-01-2024 15:00	Apetite	
03-01-2024 15:00	Sistema respiratório	
03-01-2024 15:00	Sistema cardiovascular	
03-01-2024 15:00	Pele e mucosas	
03-01-2024 15:00	Termorregulação	
03-01-2024 15:00	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
03-01-2024 15:00	Infância pré-escolar	
03-01-2024 15:00	Atitudes terapêuticas	
03-01-2024 15:00	Sensações somáticas	

6.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Apetite

A condição de saúde da criança pode ter uma influência significativa no apetite. Durante o processo de combate a agentes infecciosos, o corpo libera citocinas pró-inflamatórias, que não apenas desencadeiam uma resposta imunológica, mas também influenciam áreas do cérebro responsáveis pelo apetite. A produção aumentada dessas citocinas pode resultar em anorexia, diminuindo o desejo da criança por alimentos (McCusker & Kelley, 2013). A febre é um indicador da ativação do sistema imunológico, que pode suprimir o apetite e levar à realocação de nutrientes para longe do crescimento (Dewey & Mayers, 2011).

O estado nutricional das crianças pode diminuir rapidamente durante um estado de doença infantil comum se as necessidades adicionais de nutrientes associadas à doença/convalescença não forem atendidas adequadamente e os nutrientes forem desviados do crescimento e desenvolvimento para melhor resposta imune (Degefa, et al., 2019). A falta de apetite infantil

induzida por doença pode contribuir para preservar o ciclo vicioso de infecção e retardo de crescimento (Brown, 2003).

No que diz respeito à gestão da perda de apetite em crianças com infecções virais ou bacterianas, a alimentação flexível, adaptada às preferências da criança, e a oferta de alimentos leves e fáceis de digerir são estratégias eficazes para garantir a ingestão adequada de nutrientes durante esse período (Schwermer et al., 2018).

Sistema Respiratório e Cardiovascular

A avaliação dos parâmetros vitais num serviço de urgência pediátrica é fundamental para a triagem e monitorização de crianças em estado agudo. Os sinais vitais são uma medida objetiva das funções fisiológicas essenciais. O desígnio “vital” surge já que a sua medição e avaliação são o primeiro passo para qualquer avaliação clínica (Sapra et al., 2023), ajudando a identificar alterações significativas.

Os sinais e sintomas relacionados com as infeções respiratórias em crianças podem ser bastante graves, levando a um compromisso da função respiratória e ventilação alveolar, que, por sua vez, pode levar a hipoxemia, acidose respiratória e insuficiência respiratória (Hockenberry & Wilson, 2018).

Estudos sobre a infecção por Influenza destacam a importância da frequência respiratória na previsão da hospitalização. Pesquisas revelaram que a taquipneia é um fator de risco significativo para a admissão hospitalar em crianças e adultos com gripe H1N1 (Alshahrani et al., 2019). Além disso, condições médicas de alto risco, como idade inferior a 5 anos, dispneia, hipóxia, alterações no raio-X torácico e insuficiência renal aguda, também são fatores significativos para a hospitalização. Por outro lado, sintomas como cefaleia, rinorreia, odinofagia e tosse estão inversamente associados à admissão hospitalar (Vasoo & Trenholme, 2010).

A diretriz da National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2021) para febre em crianças com menos de cinco anos recomenda a medição rotineira da temperatura, frequência cardíaca, tempo de preenchimento capilar e frequência respiratória em todas as crianças febris que recorrem ao serviço de urgência. A não medição dos sinais vitais pode colocar o paciente em risco de subestimar a gravidade da doença e pode atrasar o tratamento adequado (Hébert et al., 2017).

Sensações Somáticas

O reconhecer de que as crianças sentem a dor e guardam memória da mesma, associada ao facto de que a dor não controlada poderá ter efeitos a longo prazo na criança, leva a uma maior preocupação no que diz respeito à avaliação da dor na criança (DGS, 2010). O controlo e caracterização da dor é uma das tarefas do profissional de saúde, de forma a tornar possível a implementação de estratégias sejam elas farmacológicas ou não farmacológicas de controlo da

dor, promovendo a melhor qualidade de vida dos pacientes (DGS, 2003).

"O controle da dor, cujo sucesso depende da sua avaliação e reavaliação sistemáticas, é um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças consignado, entre outros, na Carta da Criança Hospitalizada" (DGS, 2010, p.4).

Pele e Mucosas

A perfusão do sangue pelo corpo reflete-se na circulação cutânea. Aquando de episódios de perda sanguínea / hemorragia, desidratação ou alterações no tônus venoso, são ativados mecanismos compensatórios que atuam desviando o sangue para órgãos vitais, como o coração e o cérebro, e para longe da pele e da periferia do corpo. Desta forma, ao serem observadas e avaliadas as características da pele e das membranas mucosas, podem ser precocemente identificados sinais de choque (Horeczko, 2013).

A presença de cianose pode ser ausente na maioria dos casos de acometimento respiratório, a menos que a hipóxia atinja níveis extremamente graves. Essa condição é indicativa de uma dessaturação que se intensifica à medida que o hematócrito do paciente diminui, sendo observada apenas em situações bastante avançadas de hipoxia (Miranda, et al., 2022).

A infecção pelo vírus da Influenza A pode manifestar-se de diversas formas clinicamente. Embora se manifeste geralmente como infecção do trato respiratório superior e inferior, ocasionalmente podem observar-se lesões cutâneas (Harada et al., 2018). As manifestações cutâneas associadas à infecção pelo vírus da Influenza A geralmente manifestam-se como uma erupção maculopapular (Lee et al., 2012). A erupção petequial está associada a várias infecções virais, incluindo influenza. Crianças com qualquer uma destas condições frequentemente manifestam uma infecção do trato respiratório superior (ITRS), sintomas semelhantes aos da gripe ou gastroenterite, ou apresentam-se de forma inespecífica doentes (Nielsen et al. 2001).

Termorregulação

A febre é uma resposta imunológica comum a infecções bacterianas e virais. Nos seres humanos, a temperatura central normal varia entre cerca de 36,5 °C e 37,8 °C. Uma temperatura elevada pode ser devida a processos em que o hipotálamo tem um novo ponto de ajuste regulatório que causa o aumento da temperatura (por exemplo, infecção ou inflamação), geralmente chamado de febre (Belon, et al., 2021).

A avaliação da febre em infecções virais e bacterianas é uma parte importante do diagnóstico e manejo clínico dessas condições. A febre é uma resposta do corpo à invasão de agentes patogênicos, como vírus e bactérias, e desempenha um papel importante na defesa do organismo. No entanto, a avaliação da febre por si só não é suficiente para distinguir entre infecções virais e bacterianas, uma vez que a febre é uma resposta inespecífica a qualquer tipo

de infecção (Laupland, 2009).

A convulsão febril é definida como uma convulsão com febre (temperatura corporal acima de 38 °C), que não é causada por problemas no sistema nervoso central (SNC) (Ogino et al., 2020). A febre em pacientes com convulsão febril é comumente causada por infecção viral respiratória em vez de infecção bacteriana grave (SFS & APA, 2011) pelo que o vírus da gripe é uma das principais causas patogênicas de convulsão febril (Han & Han, 2020).

É crucial monitorizar a temperatura de forma regular, especialmente em crianças pequenas, dada a possível correlação entre febre e convulsões febris (Han & Han, 2021).

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

Diversos estudos indicam que a qualidade da interação entre pais e filhos desempenha um papel crucial no desenvolvimento infantil (Lago et al., 2010). É sugerido que a conexão entre pais e filhos seja fundamental, sendo considerada a mais significativa dentre todas as relações humanas, uma vez que é a partir desse vínculo que se formam as bases para todas as futuras interações da criança (Lago et al., 2010). Portanto, é imperativo que os profissionais de saúde em serviços de urgência pediátrica reconheçam a relevância da ligação mãe-filho, adotando práticas que incentivem a presença e participação ativa da mãe durante o atendimento. Esta abordagem centrada na família não apenas promove uma experiência mais positiva para a criança, mas também fortalece a colaboração entre pais e profissionais de saúde, resultando em melhores desfechos clínicos e emocionais.

Infância Pré-Escolar

A idade compreendida entre os 2 e 5 anos é designado de idade pré escolar. Este período é caracterizado pelo “aumento da autossuficiência e preparação para a escola” (Johnson & Keogh, 2012, p.19).

Na fase de 1 a 3 anos, as crianças exploram intensamente o ambiente, adquirindo habilidades motoras e cognitivas. Enquanto a locomoção e coordenação olho-mão são desenvolvidas, áreas específicas do cérebro continuam a amadurecer, contribuindo para uma capacidade intelectual aprimorada. O desenvolvimento psicológico inclui a diferenciação dos outros, tolerância à separação dos pais, controlo das funções corporais e interação social (Hockenberry & Wilson, 2018). Segundo Erikson, a principal tarefa é adquirir autonomia, superando dúvidas e vergonhas. Piaget destaca o início do julgamento racional e pensamento pré-operacional, caracterizado por egocentrismo e linguagem em crescimento. A imagem corporal desenvolve-se com a competência motora, e a criança passa pelas fases de separação e individualização em relação a outras pessoas importantes para ela (Hockenberry & Wilson, 2018).

6.6. Concessão de Cuidados

Sensações somáticas

03-01-2024 15:00

03-01-2024 15:00 - Sem manifestação de dor.

03-01-2024 15:00 - Determinar sinais de dor

03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução de sinais de dor [Sem horário]

03-01-2024 16:30

03-01-2024 16:30 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

Apetite

03-01-2024 15:00

03-01-2024 15:00 - Apetite diminuído.

03-01-2024 15:00 - Paladar conservado.

03-01-2024 15:00 - Apetite comprometido

03-01-2024 15:00 - Determinar evolução do apetite

03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução do apetite [Sem horário]

03-01-2024 15:00 - Melhorar apetite

03-01-2024 15:00 - Planejar dieta [Neste momento]

03-01-2024 15:00 - Promover papel parental especial: gestão do regime dietético

03-01-2024 15:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre regime dietético: facilitador.

03-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre regime dietético: facilitador [MANTEVE].

03-01-2024 15:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre gestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre gestão do regime dietético: facilitador [MELHOROU].

03-01-2024 15:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético [RESOLVIDO] 03-01-2024 16:30

03-01-2024 15:00 - Ensinar mãe/pai sobre gestão do regime dietético [Neste momento] [FIM] 03-01-2024 16:30

03-01-2024 15:00 - Ensinar mãe/pai sobre ajuste da dieta de acordo com resultados de vigilância [Neste momento] [FIM] 03-01-2024 16:30

03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: gestão do regime dietético [Sem horário]

03-01-2024 16:30

03-01-2024 16:30 - Apetite diminuído [MANTEVE].

03-01-2024 16:30 - Paladar conservado [MANTEVE].

Sistema respiratório

03-01-2024 15:00

03-01-2024 15:00 - Frequência respiratória: 26 ciclos/min.

03-01-2024 15:00 - Ritmo respiratório regular.
 03-01-2024 15:00 - Movimento respiratório simétrico.
 03-01-2024 15:00 - Profundidade da ventilação: inspirações superficiais.
 03-01-2024 15:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.
 03-01-2024 15:00 - Com adejo nasal.
 03-01-2024 15:00 - Saturação do oxigênio no sangue
 03-01-2024 15:00 - Periférico(a): 94 %.
 03-01-2024 15:00 - Coloração da mucosa: rosada.
 03-01-2024 15:00 - Reflexo da tosse: presente.
 03-01-2024 15:00 - Sons respiratórios: normais.
 03-01-2024 15:00 - Secreções em moderada quantidade.
 03-01-2024 15:00 - Secreções normais.
 03-01-2024 15:00 - Secreções amareladas.

03-01-2024 15:00 - Ventilação comprometida [RESOLVIDO] 03-01-2024 16:30

03-01-2024 15:00 - Determinar evolução da ventilação

03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da ventilação [Sem horário]

03-01-2024 15:00 - Limpeza da via aérea comprometida

03-01-2024 15:00 - Determinar evolução da limpeza da via aérea

03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [Sem horário]

03-01-2024 15:00 - Melhorar limpeza da via aérea

03-01-2024 15:00 - Aspirar via aérea [Neste momento] [FIM] 03-01-2024 16:30

03-01-2024 15:00 - Executar inaloterapia [Horário Fixo]

03-01-2024 15:00 - Executar técnica da tosse assistida [Sem horário]

03-01-2024 15:00 - Executar lavagem nasal [Neste momento] [FIM] 03-01-2024 16:30

03-01-2024 15:00 - Promover papel parental especial: gestão da limpeza da via aérea

03-01-2024 15:00 - Capacidade da mãe/pai para executar inaloterapia

03-01-2024 15:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

03-01-2024 16:30 - Capacidade da mãe/pai para executar inaloterapia

03-01-2024 16:30 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-01-2024 16:30 - Autoeficácia da mãe/pai para executar inaloterapia

03-01-2024 16:30 - facilitadora.

03-01-2024 15:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para executar inaloterapia

03-01-2024 16:30 - Avaliar evolução da capacidade da mãe/pai para executar inaloterapia [Sem horário]

03-01-2024 16:30 - Instruir mãe/pai a executar inaloterapia [Neste momento]

03-01-2024 16:30

03-01-2024 16:30 - Frequência respiratória: 24 ciclos/min.

03-01-2024 16:30 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

03-01-2024 16:30 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

03-01-2024 16:30 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MELHOROU].
 03-01-2024 16:30 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].
 03-01-2024 16:30 - Sem adejo nasal.
 03-01-2024 16:30 - Saturação do oxigênio no sangue
 03-01-2024 16:30 - Periférico(a): 97 %.
 03-01-2024 16:30 - Coloração da mucosa: rosada.
 03-01-2024 16:30 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].
 03-01-2024 16:30 - Sons respiratórios: normais.

Sistema cardiovascular

03-01-2024 15:00

03-01-2024 15:00 - Localização do Pulso
 03-01-2024 15:00 - Antebraço Direita(o)
 03-01-2024 15:00 - Frequência do pulso: 117 pulsações por minuto.
 03-01-2024 15:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.
 03-01-2024 15:00 - Pulso rítmico.
 03-01-2024 15:00 - Pulso simétrico.
 03-01-2024 15:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
 03-01-2024 15:00 - Membro superior Direita(o)
 03-01-2024 15:00 - Pressão sanguínea sistólica: 107 mmHg.
 03-01-2024 15:00 - Pressão sanguínea diastólica: 58 mmHg.
 03-01-2024 15:00 - Temperatura das extremidades
 03-01-2024 15:00 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal.
 03-01-2024 15:00 - Coloração das extremidades
 03-01-2024 15:00 - Membro superior Direita(o): Coloração normal das extremidades.
 03-01-2024 15:00 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.
03-01-2024 15:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco
 03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [Sem horário]
03-01-2024 15:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea
 03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [Sem horário]
03-01-2024 15:00 - Determinar evolução da perfusão dos tecidos periféricos
 03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos [Sem horário]

03-01-2024 16:30

03-01-2024 16:30 - Localização do Pulso
 03-01-2024 16:30 - Antebraço Direita(o)
 03-01-2024 16:30 - Frequência do pulso: 111 pulsações por minuto.
 03-01-2024 16:30 - Pulso de amplitude mediana e regular.
 03-01-2024 16:30 - Pulso rítmico.
 03-01-2024 16:30 - Pulso simétrico.
 03-01-2024 16:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea
 03-01-2024 16:30 - Membro superior Esquerda(o)
 03-01-2024 16:30 - Pressão sanguínea sistólica: 104 mmHg.
 03-01-2024 16:30 - Pressão sanguínea diastólica: 52 mmHg.
 03-01-2024 16:30 - Temperatura das extremidades
 03-01-2024 16:30 - Membro superior: Temperatura das extremidades normal.

03-01-2024 16:30 - Coloração das extremidades

03-01-2024 16:30 - Membro superior: Coloração normal das extremidades.

03-01-2024 16:30 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

Pele e mucosas

03-01-2024 15:00

03-01-2024 15:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

03-01-2024 15:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [Sem horário]

03-01-2024 16:30

03-01-2024 16:30 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

Termorregulação

03-01-2024 15:00

03-01-2024 15:00 - Temperatura corporal periférica

03-01-2024 15:00 - Região axilar: 38.20 °C.

03-01-2024 15:00 - Hipertermia

03-01-2024 15:00 - Determinar evolução da temperatura corporal

03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [Sem horário]

03-01-2024 15:00 - Promover termorregulação

03-01-2024 15:00 - Gerir antipirético [SOS]

03-01-2024 15:00 - Prevenir desidratação

03-01-2024 15:00 - Gerir hidratação [Sem horário]

03-01-2024 15:00 - Promover papel parental especial: gestão da temperatura corporal

03-01-2024 15:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância da temperatura corporal: facilitador.

03-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância da temperatura corporal: facilitador [MANTEVE].

03-01-2024 15:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre controlo da temperatura corporal: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre controlo da temperatura corporal: facilitador [MELHOROU].

03-01-2024 15:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre controlo da temperatura corporal [RESOLVIDO] 03-01-2024 16:30

03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre controlo da temperatura corporal [Sem horário] [FIM] 03-01-2024 16:30

03-01-2024 15:00 - Ensinar mãe/pai sobre controlo da temperatura corporal [Neste momento] [FIM] 03-01-2024 16:30

03-01-2024 15:00 - Ensinar mãe/pai sobre ajuste da medicação de acordo com resultados da vigilância [Neste momento] [FIM] 03-01-2024 16:30

03-01-2024 15:00 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias não farmacológicas de controlo da temperatura corporal [Neste momento] [FIM] 03-01-2024 16:30

03-01-2024 16:30

03-01-2024 16:30 - Temperatura corporal periférica

03-01-2024 16:30 - Região axilar: 36.90 °C.

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

03-01-2024 15:00

03-01-2024 15:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

03-01-2024 15:00 - Ligação mãe/pai-filho

03-01-2024 15:00 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho

03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho [Sem horário]

03-01-2024 15:00 - Promover adesão da mãe/pai a estratégias promotoras de ligação mãe/pai-filho

03-01-2024 15:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da ligação mãe/pai-filho: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-01-2024 15:00 - Consciencialização da mãe/pai sobre a relação entre a participação nos cuidados e a ligação mãe/pai-filho: facilitadora.

03-01-2024 15:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho

03-01-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre promoção da ligação mãe/pai-filho [Sem horário]

03-01-2024 15:00 - Ensinar mãe/pai sobre ligação mãe/pai-filho [FIM]

03-01-2024 16:30

03-01-2024 15:00 - Ensinar mãe/pai sobre temperamento [FIM] 03-01-2024 16:30

03-01-2024 16:30

03-01-2024 16:30 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador [MANTEVE].

Infância pré-escolar

03-01-2024 15:00

03-01-2024 15:00 - Infância pré-escolar

03-01-2024 15:00 - Promover papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde

03-01-2024 15:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

03-01-2024 16:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

03-01-2024 16:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde da criança

03-01-2024 16:30 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança [Sem horário]

03-01-2024 16:30 - Ensinar mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde [Neste momento]

6.7. Especificação das intervenções

Aspirar via aérea

- Explicar à M., de maneira simples e amigável, o que será feito, usando termos que ela entenda para minimizar a ansiedade;
- Selecionar sonda de aspiração selecionadas tendo em conta que o diâmetro deve ser inferior a metade do diâmetro das vias aéreas;
- Manter monitorização dos parâmetros vitais antes, durante e no final do procedimento de aspiração das vias aéreas;
- Solicitar a colaboração da mãe (cuja presença deixa a M. mais tranquila);
- Ligar aspirador e testar o equipamento de aspiração colocando o polegar sobre a extremidade do tubo de aspiração entre 5 a 10 segundos e observar a pressão no manómetro (ajustando conforme necessário, tendo em consideração que a pressão de aspiração deve ser ajustada à idade da criança);
- Conectar sonda de aspiração à tubuladura;
- Colocar a sonda de aspiração na mão dominante, entre o polegar e o indicador e introduzir a sonda de aspiração na boca do paciente e deslizar suavemente ao longo da linha da gengiva de 3 a 4 centímetros até à faringe;
- Aplicar aspiração intermitente e posicionar a sonda em vários locais da boca para remover secreções durante 10 a 15 segundos;
- Remover sonda com movimentos giratórios;
- Para a aspiração através do nariz inserir a sonda na narina (com cuidado para não traumatizar) e aplicar aspiração constante durante 2 segundos e retirar sonda com movimentos giratórios;
- Repetir o mesmo procedimento na outra narina;
- Permitir um período de repouso de 30-60 segundos antes de repetir o procedimento.

Gerir hidratação

- Aumentar oferta de água/ leite à criança;
- Incentivar a ingestão de líquidos.

Avaliar evolução da ventilação

- Realizar monitorização da frequência respiratória (observando presença de esforço respiratório) e saturação de oxigénio
- Fazer avaliação física regular percebendo alterações nos ruídos respiratórios, uso dos músculos acessórios da ventilação e cianose;
- Avaliar resposta da M. à medicação broncodilatadora realizada;
- Avaliar conforto da M.

Avaliar evolução da ligação mãe-filho

- Observar interação da sra.A com a M.;
- Observar discurso da sra.A com a M.;

- Avaliar interesse da sra.A. no adquirir de novos conhecimentos e capacidades para a realização dos cuidados à M. no domicílio;

Executar inaloterapia

- Escolher uma máscara adaptada ao tamanho da criança de forma que quando colocada sobre o nariz e boca se garanta uma vedação adequada;
- Montar a câmara expansora unindo a máscara ao filtro;
- Explicar à M. (com discurso adequado à idade) o procedimento a ser realizado;
- Agitar o inalador pressurizado previamente à sua colocação na câmara expansora;
- Conectar o inalador pressurizado à válvula de entrada da câmara expansora;
- Incentivar a M. a expirar deitando o ar todo para fora;
- Colocar a máscara na criança e contar até 3 - Neste momento a criança deve fazer uma inspiração profunda enquanto se pressiona o inalador;
- Contar até 10 com a máscara colocada na criança enquanto ela respira normalmente e incentivando a criança a fazê-lo;
- Repetir o processo mediante as doses a administrar;
- Após o uso a câmara deve ser higienizada de forma a garantir segurança e eficácia na medicação a administrar (só devendo ser usada depois de bem seca).

Avaliar evolução da limpeza da via aérea

- Monitorizar saturação periférica de O₂;
- Avaliar padrão respiratório (frequência, profundidade, simetria e ritmo), percebendo existência de esforço respiratório;
- Avaliar presença de ruídos respiratórios;
- Avaliar eficácia da tosse na mobilização de secreções;
- Avaliar conforto da criança (através da avaliação do seu fôlego, da sua posição e do seu comportamento).

Planear dieta

- Preferir alimentos mais leves e fáceis de digerir;
- Adaptar os alimentos oferecidos à preferências da criança;
- Privilegiar alimentação flexível.

Ensinar mãe/pai sobre ligação mãe/pai-filho

- Explicar à mãe que a ligação mãe-filha é baseada em vários fatores, incluindo a confiança, a empatia, o carinho e a segurança emocional;
- Ensinar a mãe sobre a importância da sua presença e participação nos cuidados - a presença materna pode acalmar a criança, proporcionando maior conforto e familiaridade);
- Ensinar a mãe sobre a estimulação tátil e a sua influência no desenvolvimento positivo da criança, no fortalecimento da ligação mãe-filha e na promoção do conforto da criança em ambientes/ procedimentos stressores;
- Ensinar a mãe que o ato de segurar as mãos da M. atenua a ativação relacionada à dor em diferentes locais do cérebro o que torna este ato uma estratégia eficaz no controlo da dor aguda da criança;

- Ensinar a mãe que o toque de conforto pode reduzir o stress e a ansiedade associados a procedimentos invasivos, proporcionando uma sensação de segurança e apoio emocional;
- Ensinar a mãe que a estimulação tátil pode servir como uma forma de distração positiva durante o procedimento, desviando a atenção da criança da dor iminente para a sensação reconfortante do toque.

Ensinar mãe/pai sobre controlo da temperatura corporal

- Explicar à sra.A os sinais e sintomas comuns de febre, e como reconhecê-los, mostrando exemplos de quando é apropriado intervir e procurar ajuda médica;
- Ensinar a sra.A a oferecer mais água à criança;
- Reforçar necessidade de vigilância da temperatura (preferencialmente através do mesmo método com o mesmo termómetro).

Avaliar evolução do apetite

- Questionar a sra.A se a M. comeu no tempo em que esteve no serviço de urgência;
- Questionar a sra.A. se a M. tem preferência por alguns alimentos ou se recusa todas as opções;
- Questionar a sra.A se a M. tolerou os alimentos/líquidos que tiver ingerido (sem manifestação de desconforto).

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre promoção da ligação mãe/pai-filho

- Avaliar reconhecimento da mãe sobre a importância da ligação mãe-filho no desenvolvimento positivo da M.;
- Observar execução das estratégias mencionadas para promoção da ligação mãe-filho e facilitação da realização de procedimentos invasivos;
- Avaliar reconhecimento da mãe sobre a importância da sua presença e da estimulação tátil aquando de procedimentos invasivos que provocam medo e stress à M.

Ensinar mãe/pai sobre gestão do regime dietético

- Ensinar a sra.A sobre alimentos mais simples a preferir neste momento;
- Ensinar a sra.A a adaptar a oferta de alimentos às preferências da M.;
- Ensinar a sra.A a privilegiar uma alimentação flexível.

Ensinar mãe/pai sobre ajuste da dieta de acordo com resultados de vigilância

- Ensinar a sra.A a gerir a dieta de acordo com o estado da M. (não insistindo nos momentos em que está mais prostrada ou nauseada e privilegiando os momentos em que aparenta estar mais bem disposta);
- Ensinar a sra.A a gerir a oferta de alimentos mediante a procura da M.

Ensinar mãe/pai sobre ajuste da medicação de acordo com resultados da vigilância

- Ensinar a sra.A a gerir a medicação antipirética administrando a mesma em caso de pico febril (ou se sub-febril mas com sintomatologia associada);
- Ensinar a sra.A a administrar a medicação antipirética mediante indicação médica e de acordo com o peso da criança (podendo consultar a tabela de peso e dose a administrar presente na caixa do medicamento).

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre controlo da temperatura corporal

- Questionar a mãe sobre medidas não farmacológicas que conhece para controlo da temperatura corporal;
- Avaliar reconhecimento da mãe sobre a importância do reforço hídrico em situações de febre;

Ensinar mãe/pai sobre estratégias não farmacológicas de controlo da temperatura corporal

- Ensinar a sra.A a procurar manter o ambiente estável, sem grandes oscilações de temperatura;
- Ensinar a sra.A a evitar o sobreaquecimento da criança;
- Ensinar a sra.A a dar banho de água morna e/ou colocar compressas ou toalha húmida na testa e zona axilar da criança para baixar a temperatura corporal.

Ensinar mãe/pai sobre temperamento

- Explicar à mãe que é normal que a M. fique chorosa após os procedimentos e que o choro é a expressão da sua emoção não significando que seja apenas dor (porque pode chorar por medo e desconforto);
- Explicar à mãe que transmitir calma à M. é importante para a acalmar também;
- Explicar à mãe que pode usar o contacto físico (com o abraço e carícias) como forma de confortar a M.;
- Ensinar a mãe de que pode usar o brinquedo que ela tenha ou uma atividade que goste de realizar que seja possível no momento como estratégia de distração que a ajuda a acalmar-se.

Avaliar evolução de sinais de hemorragia

- Observar presença de perda sanguínea (nasal ou oral) após aspiração de secreções.

Executar técnica da tosse assistida

- Sentar a M. com as costas apoiadas e explicar o procedimento;
- Avaliar capacidade da M. de tossir de forma voluntária quando incentivada;
- Explicar à M. (na presença da senhora A.) que vamos forçar a tosse para ajudar a mobilizar secreções (adequando o discurso à M.);
- Incentivar a M. a inspirar com força e depois tossir com muita força também enquanto faz força na barriga.

Avaliar evolução do papel parental especial: gestão do regime dietético

- Questionar a sra.A sobre a oferta de alimentos à A. e o que ela ingeriu no período de espera;
- Questionar a sra.A sobre o regime dietético a privilegiar.

Avaliar evolução da integridade dos tecidos

- Observar mucosas percebendo o seu estado de hidratação e coloração;
- Observar presença de erupções cutâneas;
- Avaliar estado de hidratação da pele.

Avaliar evolução de sinais de dor

- Observar fácies da M. procurando perceber existência de fácies de dor/desconforto;
- Questionar a M. sobre se sente dor e qual o seu grau de dor (avaliando depois a dor através da escala FLACC -Face, Legs, Activity, Cry, Consolability).

Executar lavagem nasal

- Explicar à criança, de maneira simples e amigável, o que será feito, usando termos que ela entenda para minimizar a ansiedade;
- Posicionar a criança de forma a que fique confortável (sentada com o tronco ligeiramente inclinado para a frente);
- Colocar resguardo abaixo do pescoço da criança para não molhar/sujar a roupa/corpo;
- Aspirar para 2 seringas 10ml de soro fisiológico;
- Inserir cuidadosamente a ponta da seringa na narina e instilar Soro Fisiológico percebendo o conteúdo libertado pela outra narina (mediante as características das secreções libertadas pode instilar-se o soro com maior pressão ou repetir-se a lavagem);
- Repetir o procedimento na outra narina;
- Pedir à criança para assoar o nariz no final.

Gerir antipirético

- Administrar antipirético de acordo com prescrição médica;
- Gerir administração de antipirético de acordo com os resultados da monitorização da temperatura corporal da M.

Instruir mãe/pai a executar inaloterapia

- Instruir sra.A sobre a montagem da câmara expansora (unindo a máscara ao filtro);
- Instruir sra.A a agitar o inalador pressurizado previamente à sua colocação na câmara expansora;
- Instruir sra.A a conectar o inalador pressurizado à válvula de entrada da câmara expansora;
- Instruir sra.A sobre necessidade de realizar procedimento com a M. calma explicando-lhe o que vai fazer;
- Instruir sra.A a colocar a máscara na criança e contar até 3 devendo a M. aos 3 fazer uma inspiração profunda enquanto a mãe pressiona o inalador;
- Instruir sra.A a contar até 10 com a máscara colocada na M enquanto ela respira normalmente e incentivando-a a fazê-lo;
- Instruir sra.A a repetir o processo mediante as doses a administrar (sendo que entre administrações repetidas deve remover a máscara da cara da criança permitindo que ela volte ao início, ou seja, permitindo que ela solte novamente o ar antes da colocação da máscara na face novamente);
- Instruir sra.A que após o uso a câmara deve ser higienizada de forma a garantir segurança e eficácia na medicação a administrar (para evitar que haja deposição de medicação nas paredes).

Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde da criança

- Questionar a mãe sobre quando deve realizar proceder à lavagem nasal da M.;
- Questionar a mãe sobre formas de realizar a lavagem nasal;

- Questionar a mãe sobre como deve realizar a lavagem nasal na M. (no método manual com uso de seringas e soro fisiológico).

Ensinar mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde

- Reforçar a importância da lavagem nasal para aliviar a congestão nasal e melhorar a respiração;
- Explicar a importância de posicionar a criança corretamente durante a lavagem nasal para facilitar o processo;
- Explicar que a lavagem nasal pode ser feita de forma simples e mais do que uma vez por dia, se for necessário;
- Referir à sra.A que pode utilizar a solução com aplicador que comprou na farmácia ou que pode fazer esta lavagem com seringas preenchidas com soro fisiológico;
- Explicar a importância de aplicar uma pressão suave e controlada na seringa com soro fisiológico para evitar desconforto para a criança;
- Explicar à sra.A que deve observar a saída do conteúdo pela narina contrária, para permitir uma limpeza por arraste do muco;
- Explicar à sra.A que não existe uma quantidade exata de soro fisiológico a instilar sendo que a mesma é variável mediante a quantidade e características das secreções).

Avaliar evolução da capacidade da mãe/pai para executar inaloterapia

- Avaliar a realização da medicação inalatória através de câmara expansora pela sra. A;
- Avaliar cumprimento dos passos instruídos para a administração correta da medicação inalatória por câmara expansora.

6.8. Síntese relativa ao caso

Síntese:

No que diz respeito ao plano de cuidados realizado, surgem diferentes tipos de intervenções de enfermagem. As intervenções "executar" são realizadas para atender necessidades específicas, sendo a própria necessidade a justificativa para a sua implementação. Neste caso em concreto, por se tratar de sintomatologia respiratória estas intervenções do tipo "executar" têm como principal objetivo a melhoria do estado clínico atual da criança.

As intervenções do tipo "avaliar evolução" referentes à condição clínica são essenciais para garantir a segurança, a qualidade e a eficácia dos cuidados prestados e a evolução do quadro clínico da criança. Estas intervenções possibilitam uma intervenção rápida diante de qualquer alteração.

No caso das intervenções do tipo "Ensinar" ou "Instruir", estas intervenções são realizadas com a mãe da criança que será quem irá realizar estas intervenções no domicílio. Aqui importa denotar que no primeiro momento foram realizados ensinamentos relativamente à gestão da

temperatura corporal da criança e relativamente à ligação mãe-filha e apenas no segundo momento foram realizados ensinamentos sobre a lavagem nasal e o uso de câmara expansora. Isto deveu-se ao facto de aquando da avaliação da temperatura e administração de medicação a criança estar calma ao colo da mãe o que permitiu o diálogo com a mãe e o reforço de ensinamentos à mesma. Da mesma forma, antes da realização dos procedimentos invasivos e enquanto se explicava à mãe o que iria ser realizado foi possível ensinar sobre a sua participação nos cuidados e os benefícios quer para os cuidados a serem prestados quer para a criança e para a relação mãe-filha. No entanto, aquando dos procedimentos e após por a criança se apresentar chorosa e com medo não foi possível a realização de ensinamentos uma vez que um ambiente tranquilo e livre de estímulos é essencial para a concentração e o entendimento tanto dos pais quanto da criança pelo que a redução do ruído e de distrações possibilita uma comunicação mais eficaz, facilitando a absorção das informações. Desta forma, e uma vez que haveria mais contactos relativamente à utilização da câmara expansora, optou-se por se realizar os ensinamentos acerca da lavagem nasal e administração de medicação inalatória por câmara expansora num desses outros contactos já com a criança mais calma e por isso com a mãe mais disponível para aprender.

Estas intervenções têm como objetivo a capacitação e preparação da mãe para fornecer os cuidados adequados à criança em casa, promovendo a sua recuperação e bem-estar contínuos. Assim sendo, os critérios de resultado relativamente a estas intervenções têm que ver com a verbalização, por parte da mãe, dos conhecimentos adquiridos e a demonstração na realização dos procedimentos instruídos. Desta forma:

- No diagnóstico "Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético" assumem-se como critérios de resultado: que a mãe verbalize a necessidade de adaptar a dieta; que a mãe verbalize a opção por alimentos mais simples e de uma dieta mais flexível e adaptada; que a mãe verbalize a necessidade de gerir a alimentação mediante o estado, preferência e procura da criança.

- No diagnóstico "Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para executar inaloterapia" assumem-se como critérios de resultado: que a mãe demonstre como deve montar a câmara expansora; que a mãe verbalize a adequação do tamanho da máscara ao rosto da criança; que a mãe refira que deve agitar o inalador antes de o colocar na câmara expansora; que a mãe refira como deve preencher a câmara expansora numa primeira utilização; que a mãe reconheça que a criança deve estar calma e perceber o que vai ser realizado de forma a colaborar; que a mãe demonstre como deve proceder para administração da medicação inalatória (colocando a máscara bem adaptada; contando até 3 para pressionar o inalador e a criança inspirar ao mesmo tempo, contar até 10 lentamente; e posteriormente dizer a criança para expirar - repetindo mediante o que for prescrito); que a mãe verbalize a necessidade de higienização da máscara e câmara expansora relatando como o deve fazer.

- No diagnóstico "Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre controlo da temperatura corporal" assumem-se como critérios de resultado: que a mãe verbalize a necessidade de um ambiente térmico estável e sem grandes oscilações de temperatura; que a mãe verbalize o não sobreaquecimento da criança por esta referir frio; que a mãe verbalize sintomatologia característica de aumento da temperatura e necessidade de avaliação nesses momentos; que a mãe verbalize estratégias como a colocação de compressas frias para ajudar a regular a temperatura corporal; que a mãe verbalize a administração de medicação anti-pirética em caso de febre; que a mãe verbalize a necessidade de administrar medicação mediante o peso da criança mencionando a bula presente no medicamento; que a mãe mencione a importância do reforço hídrico.

- No diagnóstico "Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho" assumem-se como critérios de resultado: que a mãe reconheça a sua participação nos cuidados quer no hospital quer no domicílio; que a mãe mencione a estimulação tátil como estratégia não farmacológica para alívio da dor e desconforto que também é promotora de desenvolvimento infantil e de uma ligação mãe-filha saudável; que a mãe reconheça a eficácia de segurar as mãos em momentos de procedimentos como atenuante da dor da criança; que a mãe verbalize a adoção de comportamentos que transmitam calma à criança em situações de desconforto; que a mãe verbalize formas de confortar a criança.

- No diagnóstico "Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde da criança" assumem-se como critérios de resultado: que a mãe reconheça a necessidade de lavagem nasal para alívio de sintomatologia respiratória; que a mãe verbalize a posição que a criança deve adotar na realização da lavagem nasal; que a mãe verbalize os passos para a execução da lavagem nasal manual; que a mãe compreenda a possibilidade de manter a solução pressurizada de água do mar para realizar a lavagem nasal; que a mãe verbalize momentos em que deve proceder à lavagem nasal.

As intervenções do tipo " Avaliar Evolução do Conhecimento" permitem não apenas perceber o conhecimento existente acerca das temáticas e o reforço de ideias, mas também ensinar novo conhecimento de forma a completar ou justificar práticas já usadas e incitar novas práticas. A avaliação da evolução do conhecimento desempenha um papel crucial na promoção do autocuidado, na prevenção de complicações e na melhoria da qualidade do cuidado prestado pelos enfermeiros. Além disso, fortalece a relação entre os clientes e o profissional de saúde, criando um ambiente de cuidado colaborativo e centrado no(s) cliente(s).

Em contexto de urgência pediátrica, foram ensinados à mãe os benefícios da estimulação tátil como uma estratégia não farmacológica para o alívio da dor aguda da criança. Foi enfatizado que a presença da mãe é fundamental, não apenas para proporcionar conforto emocional, mas também para participar de maneira colaborativa nos cuidados. A mãe foi encorajada a usar o toque e a manter o contato físico com a criança, reforçando assim a sua importância no

processo de cuidado, contribuindo para a diminuição do desconforto e da ansiedade.

A presença de um enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica não apenas eleva a qualidade do atendimento prestado, mas também reforça o compromisso de oferecer cuidados compassivos e centrados no paciente, garantindo o melhor resultado possível para as crianças que necessitam de cuidados urgentes.

7. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Atualmente os cuidados de saúde estão cada vez mais em destaque, requerendo um maior rigor técnico e científico. A diferenciação e especialização tornam-se uma realidade crescente, que abrange uma ampla gama de profissionais de saúde, incluindo enfermeiros (Regulamento n.º 140/2019, 2019). O desenvolvimento de competências é um processo fundamental na transição de enfermeiro para enfermeiro especialista (EE), constituindo a base para a excelência na prática profissional e na prestação de cuidados de saúde de qualidade.

Nesse contexto, o EE para além dos conhecimentos técnicos específicos da sua área de atuação, desenvolve competências interpessoais, crítico-reflexivas que o capacitam a lidar com situações complexas e desafiadoras no cuidado às pessoas. Como ressalta Tanner (2006), as competências clínicas, cognitivas e afetivas são interdependentes e essenciais para a prática profissional eficaz. Então, pode-se entender competência como o conjunto de habilidades e comportamentos profissionais que empregam conhecimentos técnicos para resolver problemas, impulsionando a excelência no desempenho profissional (Brandão & Borges-Andrade, 2007; Nascimento et al., 2020). Acresce que as competências são descritas como resultados mensuráveis de desempenho, refletindo as respostas específicas que os profissionais demonstram nas suas atividades, as quais, são observáveis e podem ser avaliadas de forma objetiva e consistente, proporcionando uma base sólida para avaliar o desempenho profissional ao longo do tempo (Rosa, et al., 2022). Assim, compreender a importância do desenvolvimento de competências implica reconhecer que vai além da aquisição de conhecimentos teóricos envolvendo, também, a aplicação prática desses saberes em contextos reais de cuidados (Nascimento et al., 2020).

O EE possui “competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744). Benner (2001) adiciona uma outra perspetiva, destacando para além da competência técnica, os atributos essenciais como a capacidade de tomada de decisão, a flexibilidade, a responsabilidade, a criatividade, a comunicação eficaz, o pensamento crítico e a conduta ética e deontológica. Esses traços fundamentais complementam a formação especializada e definem a excelência dos cuidados prestados à pessoa, promovendo uma prática de enfermagem holística.

A validação das competências clínicas especializadas garante que o EE “seja detentor de um conjunto específico de conhecimentos, capacidades e habilidades, que serão aplicados conforme as necessidades de saúde do grupo de clientes, permitindo intervenções em diversos contextos de vida e em diferentes níveis de prevenção” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.

4745).

O curso de MESIP visa fornecer competências de especialista e mestre. O grau de mestre, neste contexto, deve garantir conhecimentos especializados, muitos dos quais estão na vanguarda da enfermagem, apoiando a capacidade de reflexão, a resolução de problemas e a inovação na área. Os detentores do mestrado devem ser capazes de gerir e transformar contextos de estudo ou trabalho complexos e imprevisíveis, implementando novas abordagens estratégicas. Além disso, é esperado que assumam responsabilidade e contribuam para o avanço do conhecimento e práticas profissionais (Regulamento n.º 705/2021, 2021). Essas competências são essenciais para promover a excelência na prestação de cuidados de SIP, habilitando os profissionais a enfrentar os desafios em constante evolução neste campo.

Como forma de destacar e explorar o impacto do curso no fortalecimento das competências comuns necessárias para a excelência em enfermagem, bem como para o desenvolvimento das competências específicas do EESIP, procede-se de seguida à análise crítico-reflexiva dos contributos para o seu desenvolvimento. É apresentada considerando os domínios, de acordo com os respetivos regulamentos, explorando as competências pertencentes aos mesmos, procurando evidenciar a aprendizagem realizada durante o curso de MESIP, com ênfase nos ENP realizados nos contextos hospitalares e cuidados de saúde primários, tendo por base a resposta às unidades de competência e critérios de avaliação correspondentes.

Competências comuns do EE

As competências comuns englobam um conjunto de habilidades essenciais transversais a todas as áreas de atuação de enfermagem especializada. Isso inclui, por exemplo, a capacidade de avaliar de forma holística as pessoas, aplicar intervenções baseadas em evidência científica, gerir eficazmente o cuidado de enfermagem e promover a segurança e o bem-estar dos clientes (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Neste âmbito destacam-se os quatro domínios que constituem a sua base, sendo que cada um oferece uma estrutura abrangente para orientar a prática especializada dos enfermeiros e que a seguir se detalha.

Responsabilidade profissional, ética e legal

O EE “demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica” e “demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746).

Os enfermeiros têm o compromisso de fornecer cuidados abrangentes às pessoas ao longo de todo o seu ciclo de vida, com o objetivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida. Na prática dos cuidados de enfermagem, que se baseia numa abordagem humanizada, é essencial possuir a capacidade de identificar e resolver os conflitos éticos que surgem no quotidiano

(García, 2018).

A abordagem da ética, na área da pediatria, torna fundamental considerar uma reflexão que tenha como foco principal o bem-estar da criança e da sua família. A defesa da ética pediátrica é crucial, devido ao estágio contínuo de desenvolvimento em que a criança/adolescente se encontra, marcado por mudanças significativas, como o crescimento pessoal e a busca pela autonomia (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Destaca-se o papel na consciencialização deste domínio que teve a UC de "Epistemologia e Ética de Enfermagem" do MESIP, que facilitou a compreensão dos fundamentos teóricos e filosóficos que norteiam a prática de enfermagem, fornecendo uma base sólida para a reflexão crítica sobre questões éticas e morais que surgem no contexto da saúde. Além disso, a exploração dos princípios éticos e legais que regem a profissão, habilitou a tomada de decisões informadas e éticas, garantindo o respeito pelos direitos e dignidade dos clientes.

A deontologia envolve a área “do conhecimento sobre o apropriado, o conveniente, o dever” (Nunes et al., 2005, p. 16). Como forma de atingir esta competência foi essencial **integrar princípios éticos, legais e deontológicos** na prestação de cuidados de enfermagem, especialmente em contextos sensíveis, como é o caso dos pediátricos. Tornou-se fundamental compreender e aplicar os princípios éticos elementares da enfermagem, conforme delineado no Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2005a, Artigo 81º), de que são exemplo:

- a) Autonomia: procurou-se respeitar a autonomia da criança/adolescente e família, reconhecendo o seu direito à autodeterminação e à tomada de decisões informadas sobre a sua saúde e cuidados, de acordo com a sua condição, compreensão e cultura. A criança, não tendo ainda capacidade legal para assentir, deve fornecer o seu assentimento relativamente a decisões tomadas relativamente à sua saúde (Fialho et al., 2022);
- b) Beneficência: agiu-se sempre em benefício do cliente pediátrico, promovendo o seu bem-estar e procurando sempre realizar ações que contribuíssem para a sua saúde e recuperação;
- c) Não maleficência: evitou-se causar dano ao cliente pediátrico, tanto físico quanto psicológico, e procurou-se sempre minimizar os riscos associados aos cuidados de enfermagem;
- d) Justiça: tratou-se todos os clientes pediátricos de forma justa e imparcial, garantindo que cada um recebesse os cuidados adequados e oportunidades iguais de acordo com as suas necessidades, sem discriminação.

Estes princípios éticos foram essenciais para orientar a prática de cuidados que se desenvolveu junto do cliente pediátrico. Neste contexto, foi fundamental, a compreensão das normas legais e regulamentos que regem a prática de enfermagem, que incluiu conhecer e aderir às políticas e

procedimentos institucionais, bem como leis relacionadas à saúde, direitos da criança/adolescente e família e de proteção dos mesmos, conforme Decreto-Lei n.º 104/98, 1998. A exigência da adoção de uma conduta responsável e ética, expressa no REPE reforça a necessidade de agir de acordo com os mais altos padrões éticos durante o exercício da profissão (Decreto-Lei nº104/98, 1998).

O respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos é um princípio fundamental da prática de enfermagem, que se refletiu na forma como se interagiu e cuidou do cliente pediátrico. Isto, implicou respeitar a sua autonomia e dignidade, proteger a sua privacidade e confidencialidade e garantir que recebessem cuidados de forma justa e equitativa. Neste âmbito, durante todo percurso de aprendizagem para 'ser' EESIP foi primordial manter uma prática pautada pela segurança, profissionalismo e ética. Os preceitos éticos foram, escrupulosamente, tidos em consideração no planeamento e na execução do projeto de intervenção, na área da "Estimulação Tátil no Desenvolvimento Psicossocial da Criança" assegurando-se sempre o anonimato das instituições envolvidas, dos profissionais e clientes alvo dos cuidados, de que são exemplos: as autorizações solicitadas aos responsáveis dos diferentes contextos de ENP (Diretor de Enfermagem e a Enfermeira Coordenadora) e a conceção de cuidados realizada na plataforma educativa e4nursing, em que se zelou pelo anonimato do cliente pediátrico, de modo a preservar a sua identidade.

No que concerne à unidade competência "avalia o processo e os resultados da tomada de decisão", importa ressaltar a inerência ao EE da capacidade critico-reflexiva na avaliação e aprimoramento contínuo da sua capacidade de tomar decisões clínicas eficazes e éticas. Ao basear a prática de enfermagem nos princípios, valores e normas deontológicas, surge uma necessidade natural de reflexão pré e pós-decisão, fundamental para o desenvolvimento pessoal e profissional. Facto, que permite ao EE avaliar a congruência entre suas decisões e os padrões éticos e de qualidade estabelecidos, tanto durante o período de formação como ao longo da vida profissional. Ao beneficiar os clientes individualmente e ao contribuir para a qualidade geral dos cuidados de saúde prestados, os EE demonstram um compromisso com a excelência na prestação de cuidados de saúde.

A competência "**garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais**" é um dos pilares fundamentais das competências comuns do EE. Esta, reflete o compromisso ético e profissional em assegurar que os cuidados prestados aos clientes sejam realizados com respeito integral pelos seus direitos humanos e que estejam em conformidade com as responsabilidades profissionais da enfermagem.

Ao longo do ENP garantiu-se uma prática de cuidados que respeitasse os direitos humanos, fomentando a segurança e privacidade do cliente pediátrico e reconhecendo a dignidade intrínseca de cada criança/adolescente e família pelo cumprimento dos 10 direitos expressos na Carta da Criança hospitalizada (IAC, 2008) e dos direitos das crianças em Portugal (Resolução

nº12/98, 1998). Além disto, promoveu-se uma abordagem centrada na díade criança/adolescente - família, através do modelo de parceria de cuidados, proposto por Anne Casey e da teoria das Transições de Afaf Meleis envolvendo o cliente pediátrico, ao proporcionar informação, oportunidade para se envolver e tomar decisões relacionadas com o seu cuidado; ao respeitar a sua cultura, crenças e valores e ao garantir um cuidado de enfermagem digno e respeitoso.

Os profissionais de enfermagem que cuidam de crianças/adolescentes devem procurar uma parceria efetiva entre a responsabilidade profissional e a parental, seguindo um modelo de trabalho colaborativo que envolve o enfermeiro, a criança e a sua família. Esse modelo é pautado pelos princípios da dignidade e do respeito (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Melhoria contínua da qualidade

Neste domínio, o EE “colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional”; “reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das praticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua” e “considera a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, atua proactivamente promovendo a envolvência adequada ao bem-estar e gerindo o risco” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, pp. 4747-4748).

Estes aspetos integram os Padrões de qualidade, propostos pela OE (2001) e expressos nos seus seis enunciados descritivos: a satisfação dos clientes, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem.

De acordo com Donabedian (2003) qualidade em saúde refere-se à obtenção de resultados que minimizam os riscos para a pessoa, e são alcançados dentro das limitações dos recursos disponíveis e considerando os valores sociais em vigor. O autor propõe que o conceito de qualidade seja compreendido por meio de sete pilares fundamentais: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Reconhece-se que desenvolver guias orientadores para as boas práticas de cuidados de Enfermagem, fundamentados em evidências empíricas, é essencial para estabelecer uma base sólida visando a constante melhoria da qualidade na prática profissional dos enfermeiros (OE, 2012). Portanto, seguir os guias orientadores disponibilizados pela OE, em conjunto com os protocolos de procedimentos das instituições onde se realizaram os ENP, tornou possível a compreensão da dimensão técnica e da evidência subjacente à sua execução. Facto que contribuiu para o desenvolvimento da capacidade de reflexão crítica, essencial ao EE.

Ao colaborar na **conceção e operacionalização de projetos institucionais relacionados com a qualidade**, o EE aplica o seu conhecimento avançado na identificação das áreas de melhoria. Um projeto pode ser definido como um plano de trabalho que se elabora principalmente para analisar e resolver um problema reconhecido (Freitas, 2010). No contexto clínico, isto pode traduzir-se em iniciativas que visam otimizar procedimentos, implementar melhores práticas baseadas em evidências e promover a segurança do cliente (Danno et al., 2021). Neste sentido, procurou-se definir um plano de trabalho que incluísse a análise e propostas de resolução considerando a limitação do tempo de permanência em cada contexto do ENP, o que proporcionou uma visão única dos desafios e oportunidades que ocorrem nas instituições de saúde, cuja análise permite ao EE o desenvolvimento de projetos relevantes e efetivos.

No âmbito do ENP incluiu-se a área de aprofundamento “Estimulação Tátil no Desenvolvimento Psicossocial da Criança”, que constituiu uma mais-valia, enquanto contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Facto que se justifica, pelo envolvimento da EESIP tutoras, em dois contextos, que darão continuidade ao seu desenvolvimento integrando-os nos projetos de melhoria da qualidade, designadamente no serviço de neonatologia, no “Caminha Casa: Formações aos pais” e no SUP num novo projeto a ser desenvolvido a partir da temática.

Adicionalmente, menciona-se a participação no projeto 'Decidir' da UCC, integrado na Saúde Escolar - envolveu a realização de sessões de educativas à população-alvo de estudantes a frequentar do ensino pré-escolar ao ensino secundário- que proporcionou uma ampla visão destas práticas educativas adaptadas aos diferentes períodos desenvolvimentais. Teve-se a oportunidade de contribuir ativamente nas sessões dirigidas aos estudantes que frequentavam o 6.º ano de escolaridade e permitiram assumir o papel de dinamizador (Anexo II), ampliando-se as competências relacionadas com:

- O planeamento e execução de atividades educativas para dar resposta às situações de saúde identificadas a partir do recurso da comunidade, a escola, em função das características da transição desenvolvimental do grupo-alvo e na área da promoção dos estilos de vida saudáveis;
- As capacidades de adaptação e flexibilidade essenciais à comunicação eficaz;
- E ainda, dar resposta à sua inter-relação com a competência “Responsabilidade profissional, ética e legal” que contém elementos fundamentais do enunciado descritivo dos Padrões de Qualidade, “satisfação do cliente”: “o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente” e “a procura constante da empatia nas interações com o cliente” (OE, 2001, p.14).

A avaliação contínua das práticas de enfermagem permitiu reconhecer a melhoria da qualidade enquanto processo dinâmico e contínuo e que o EE utiliza a sua experiência para avaliar os

resultados das intervenções e, quando necessário, revê-las. Esta abordagem reflexiva baseada em resultados é fundamental para a **implementação de programas de melhoria contínua** que levam a cuidados de saúde de maior qualidade e mais eficientes (Araújo, 2004; Junior et al., 2020).

Neste âmbito, procurou-se a otimização do sistema de documentação em enfermagem, pelo que, em todos os serviços integrados no ENP, em colaboração com a equipa de enfermeiros, foi realizada uma análise comparativa entre o SClínico, em uso institucional e a plataforma educativa "e4nursing", o que permitiu identificar áreas de aprimoramento e perceber práticas mais eficazes na documentação dos cuidados de enfermagem. Por exemplo, sobretudo, no que diz respeito à intervenção autónoma de enfermagem "ensinar" a criança/adolescente e/ou mãe/pai, percebeu-se a inexistência de um espaço na plataforma do SClínico para descrever detalhadamente as atividades realizadas, ao contrário da plataforma "e4nursing" utilizada na conceção de cuidados no MESIP. A análises destes aspetos, revela que os sistemas de documentação se encontram em processo de evolução para dar resposta ao enunciado descritivo dos Padrões de Qualidade, organização dos cuidados de enfermagem, no que se refere, à obtenção da sua eficácia, no elemento "existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente" (OE, 2001, p.18).

A segurança da pessoa é reconhecida como uma preocupação global de saúde pública que impacta todos os países independentemente do seu estágio de desenvolvimento. Em 2004, a OMS estabeleceu a Rede de Segurança do cliente, com o objetivo de coordenar esforços internacionais e aprimorar a segurança nos cuidados de saúde mundiais (WHO, 2008). Assegurar a prestação de cuidados de saúde seguros e livres de erro é um objetivo primordial para os profissionais da área da saúde e representa um compromisso fundamental da formação profissional (Padilha, 2010). Entre as diversas profissões da área da saúde, a enfermagem desempenha um papel crucial na promoção da segurança do cliente, pois está diretamente envolvida no cuidado e na proteção dos mesmos. Ao prestar assistência direta, os enfermeiros assumem a responsabilidade pela manutenção da segurança dos indivíduos sob os seus cuidados (Melo & Rached, 2018) que, por sua vez, também está expressa nos Padrões de Qualidade, no enunciado descritivo "Prevenção de complicações" (OE, 2001) e no Plano Nacional para a segurança dos doentes 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

Ao longo do ENP realizou-se um conjunto de intervenções/ações para a concretização da competência **criação de um ambiente terapêutico e seguro**, que a seguir se enunciam:

- Orientação da prática clínica pelos protocolos e procedimentos institucionais;
- Prevenção da infeção: higiene das mãos; uso adequado de equipamento de proteção individual; separação dos resíduos hospitalares; medidas de isolamento;

- Prevenção de incidentes/riscos: preparar/administrar terapêutica medicamentosa; identificar precocemente riscos; identificar e referenciar situações problema para outros profissionais; avaliar sistematicamente o risco de queda (Despacho n.º 9390/2021, 2021; Oliver et al., 2010); assegurar a adequada iluminação nos quartos, posicionar campainhas de chamada; elevar as grades dos berços/camas e a altura da cama, para o nível mínimo (Brás et al., 2020) e avaliação do risco de lesão por pressão com utilização de estratégias preventivas do mesmo (Ferreira et al., 2018).
- Promoção da aquisição de conhecimentos e capacidades: orientar para o uso de calçado adequado, garantindo uma aderência adequada; ensinar/instruir a mãe/pai sobre transporte automóvel, cuidados de higiene e conforto, sono e repouso, posição de dormir, manipulação do RN (trocar fraldas e movimentar), interação segura, terapêutica e positiva do RN (tocar, segurar), práticas seguras de alimentação (amamentação ou administração de leite materno ou fórmula), manutenção da temperatura do ambiente estável e adequada do RN, prevenção de quedas, adequação da atividade da criança ao contexto.
- Supervisionar as atividades delegadas e manter a responsabilidade pela tomada de decisão clínica (OE, 2001), por exemplo, as decorrentes da utilização do Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey.

Os EE desempenham um papel fundamental na gestão de um ambiente acolhedor. Deste modo, na prática clínica durante os ENP, isto concretizou-se pela (o):

- vigilância contínua e gestão do risco;
- respeito pela dignidade, privacidade e autonomia do cliente pediátrico;
- identificação dos riscos e implementação de estratégias para mitigá-los, contribuindo para a prevenção de incidentes e para a promoção do bem-estar do cliente pediátrico (Melo & Rached, 2010; OE, 2001; Paiva et al., 2010);
- salvaguarda do preconizado na Carta da Criança Hospitalizada, a presença contínua dos pais, ou seus substitutos legais junto da criança/adolescente (IAC, 2008) e dos direitos da criança (Resolução nº12/98, 1998).

Através da prática reflexiva, colaborativa e orientada para a qualidade, o EE desempenha um papel crucial na evolução da enfermagem e na melhoria dos resultados para os seus clientes e para o Sistema Nacional de Saúde, como um todo.

Gestão dos cuidados

O EE “realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” e “adequa

os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748).

Durante ENP o domínio da “gestão de cuidados” constituiu uma das áreas de atenção. Nesse sentido, considerando a duração do ENP e as limitações ético legais do papel de estudante de EESIP este domínio centrou-se na aquisição de evidência científica com especial enfoque na legislação e integração das equipas multidisciplinares e de enfermagem de uma forma proativa e eficaz. Relativamente à gestão de cuidados, surge como competência que a mesma aconteça **otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.**

Considerando a otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, esta unidade de competência foi efetivamente alcançada através da integração, da participação ativa e da colaboração nas diversas equipas onde foram realizados os ENP. A oportunidade de interação com equipas multidisciplinares facilitou a tomada de decisões, estimulou a necessidade de discussão, negociação e, por vezes, encaminhamento para outras especialidades. Essa dinâmica demonstra a capacidade do EE em contribuir para a eficiência dos cuidados e o seu papel fundamental na promoção de um ambiente colaborativo e interdisciplinar para o benefício do cliente.

No que diz respeito à supervisão na delegação de tarefas, essa unidade de competência foi obtida pela observação participada, devido às limitações impostas pelo papel enquanto estudante de “EESIP”. É fundamental que a delegação seja realizada, de forma cuidadosa e criteriosa, respeitando os limites de cada profissional e mantendo a comunicação eficaz entre os membros da equipa. Porém, reconhece-se o papel da formação contínua e atualização das competências como fundamentais para garantir uma delegação eficaz e segura (OE, 2007).

Nos diferentes contextos, evidenciou-se um conjunto de tarefas delegadas para cada turno, cuidadosamente planeado para garantir a realização diária das atividades essenciais. Por exemplo, em determinado turno, a designação do enfermeiro A para a verificação dos stocks de terapêutica medicamentosa e do enfermeiro B para a do carro de emergência que eram, no dia subsequente, realizadas por outros enfermeiros, assegurando-se a sua execução e confirmação diariamente. Este facto, permitiu uma melhor compreensão sobre como a coordenação eficaz das atividades e a delegação de responsabilidades como essenciais para garantir uma gestão operacional e eficaz dos cuidados (OE, 2007).

A competência **“adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a garantia da qualidade dos cuidados”** destaca a importância da liderança flexível e adaptável por parte do EE. Reconhecendo a necessidade de uma abordagem dinâmica na gestão de recursos, levando em consideração as solicitações e

desafios específicos do ambiente de cuidados de saúde, o que implica liderar equipas de forma eficaz e gerir os recursos disponíveis de maneira eficiente para garantir a qualidade dos cuidados prestados.

A otimização do trabalho de equipa com adequação dos recursos, destaca a importância de uma abordagem centrada na equipa para maximizar a eficiência e eficácia na prestação de cuidados. Isso envolve não apenas a alocação adequada de recursos materiais e humanos, mas também o desenvolvimento de estratégias colaborativas para enfrentar desafios e alcançar metas comuns (Teixeira et al., 2022). Esta unidade de competência enfatiza a necessidade de uma comunicação clara, coordenação e colaboração entre os membros da equipa, reconhecendo que a potencialização do trabalho em equipa é essencial para garantir a os cuidados de qualidade e centrados no cliente.

Procurou-se, nos diferentes contextos de ENP, analisar a aplicação adequada do enquadramento legal e procedimentos da gestão de cuidados, dos quais se destaca a preocupação das organizações e/ou enfermeiros gestores ou EE, em assegurar: as orientações sobre a estruturação física dos serviços/unidades de saúde (ACSS, 2015; 2017); a dotação segura dos enfermeiros (Regulamento nº743/2019, 2019); a existência de manuais/protocolos de procedimentos dos diferentes serviços; os direitos das crianças com especial ênfase, nos das crianças hospitalizadas (IAC, 2008).

Nas políticas da gestão dos cuidados no âmbito da rede dos cuidados de SIP, realça-se que à nascença toda a criança passa a integrar o SNS recebendo o seu Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, ficando associada ao médico de família, podendo usufruir de consultas de vigilância de saúde periódicas até aos 17 anos e 364 dias de idade (Despacho nº9871/2010, 2010); o Programa Nacional de Vacinação, em vigor; o Programa de Saúde Escolar, Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, entre outros.

Decorrente da reflexão crítica realizada durante o ENP realçam-se os seguintes aspetos: (1) a valorização dos cuidados antecipatórios enquanto fator condicionador da saúde e da doença, por constituir um meio de avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/adolescente e de informoterapia proporcionando aos pais acesso ao conhecimento fidedigno e necessário ao exercício da parentalidade com respeito pelos direitos da criança e adolescente; (2) a manutenção do estado vacinal da população infantojuvenil, face aos desafios que os movimentos anti vacinais emergentes colocam; (3) a priorização dos cuidados nas perturbações emocionais e do comportamento; (4) o encaminhamento e o acompanhamento das crianças/adolescentes a vivenciarem a transição saúde-doença de forma articulada com os cuidados de saúde diferenciados; (5) a orientação das crianças/adolescentes para a sua responsabilização progressiva e à autodeterminação na saúde; (6) a visibilidade do trabalho em equipa multiprofissional e interdisciplinar que a realidade atual exige; (7) a articulação entre estruturas, programas e projetos que envolvem

o setor da saúde e os recursos comunitários com a finalidade de proporcionar bem-estar, crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes (DGS, 2013) e a (8) existência de serviços de internamento de curta duração e hospital de dia pediátrico, que permitem a oferta de um cuidado especializado e qualificado em opção ao internamento hospitalar (ACS, 2009).

No que se reporta à **implementação dos métodos de organização de trabalho adequados** experienciaram-se diferentes métodos de trabalho, ao longo do ENP, nomeadamente os métodos individual e de equipa, e percebeu-se a sua importância na humanização dos cuidados prestados e a sua adaptação ao Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey e ao tipo de serviço de saúde. Além disto, entendeu-se as funções do EE enquanto líder de equipa ou responsável que, ao coordenar os recursos humanos, materiais, equipamentos em função das necessidades do serviço constituem um pilar fundamental na garantia da excelência na prestação de cuidados.

A qualidade de cuidados tem como propósito alcançar níveis superiores de produtividade e satisfação entre os indivíduos, através da implementação de práticas que promovam a padronização, a participação ativa dos clientes e colaboradores, o trabalho colaborativo em equipa e o estímulo à criatividade (Paiva et al., 2010).

Nos ENP, ser supervisionada por enfermeiros com o título de EE, constituiu uma mais-valia para o desenvolvimento do domínio “gestão de cuidados”, facto que proporcionou situações reais que permitiram aprender e praticar a coordenação da equipa de prestação de cuidados num ambiente controlado (Figueiredo et al., 2023). Neste sentido, destaca-se observação participativa na realização do plano de trabalho dos enfermeiros e na elaboração/gestão de horários.

Na realização do plano de trabalho, considerou-se a relação número enfermeiro/número de clientes/necessidades de cuidados/tipo de serviço. Ao EE, no plano de trabalho foram distribuídos, os clientes de maior complexidade de cuidados de entre as áreas de especialização, SIP e/ou enfermagem de reabilitação, conforme expresso nas respetivas competências específicas (Regulamento nº422/2018, 2018; Regulamento nº392/2019, 2019). No SUP era considerada a habilitação do EESIP com o curso de triagem de Manchester para ser alocado à sala de triagem, os restantes enfermeiros da equipa eram distribuídos pelas áreas de internamento de curta duração, sala de observação e de enfermagem). E ainda, na UCC foi possível articular nos planos das sessões de educação para a saúde, os horários dos EE com os disponibilizados pelas diferentes instituições escolares, de modo que essas sessões abrangessem o maior número da população-alvo. Facto, que permitiu desenvolver a capacidade de gerir o tempo por sessão, para a manutenção, do planeamento prévio.

Além disto, na elaboração do plano de trabalho, também se assegurou os princípios de

continuidade de cuidados e da rotatividade. O primeiro procura manter o enfermeiro responsável pelo mesmo cliente em turnos consecutivos, o que pode facilitar a criação de vínculos terapêuticos e promover uma compreensão mais abrangente das necessidades do cliente, ao longo do tempo (Lake et al., 2018). O segundo, favorece a distribuição de forma equitativa, permitindo que cada enfermeiro contacte com uma maior variedade de casos clínicos favorecedor da diversificação de conhecimentos e do desenvolvimento, mais amplo, de capacidades clínicas (Kramer & Schmalenberg, 2003). A escolha entre essas abordagens deve considerar as características da unidade de saúde, a complexidade dos casos e as necessidades individuais dos clientes, visando sempre garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados (Rego & Coelho, 2017).

Na elaboração de horários colaborou-se em três contextos, no serviço de internamento, SUP e neonatologia. Nos dois primeiros, tendo por base a distribuição equitativa das responsabilidades entre os membros da equipa e a garantia que existe cobertura adequada, em todos os turnos. E no terceiro contexto, foi organizado a partir da construção de subequipas em que, maioritariamente, nelas trabalhavam sempre os mesmos elementos, garantindo-se a dotação segura, permanecendo a distribuição de EE por turno e por forma, a promover o desenvolvimento de relações de trabalho sólidas e a comunicação eficaz entre os membros da equipa (Lake, 2002).

No sentido da concretização do critério “negoceia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade” teve-se a necessidade de conhecer, na área da Saúde, o conceito e âmbito de ação da gestão logística. Esta engloba todos os procedimentos efetuados para concretização da satisfação do cliente (OE, 2001), numa lógica de que todos os procedimentos organizacionais contribuam para a redução de custos e aumento da satisfação do cliente. Nesta lógica, a gestão de stocks é um dos elementos da logística, cujo desempenho tem implicações na área financeira das organizações de saúde (Coelho, 2011). Aos EE cabe a função de gerir os stocks de medicamentos, materiais e equipamentos afetos aos serviços, onde exercem funções, por forma a garantir a qualidade de cuidados prestados através do equilíbrio entre a disponibilidade, a solicitação e o nível de material em stock (Coelho, 2011).

Tornou-se visível, durante o ENP, que a utilização dos recursos de forma eficiente para promover a qualidade constitui um processo contínuo que permite ao EE estabelecer prioridades face aos objetivos do serviço, planear as necessidades de medicamentos, materiais e equipamentos considerando critérios de racionalização, rentabilidade, diagnóstico e intervenção nas razões dos problemas (Coelho, 2011). No que se reporta à gestão dos recursos humanos, reconhece-se que o EE, para garantir a eficácia dos cuidados, necessita de conhecer as necessidades dos elementos da equipa de saúde e a sua dinâmica, delegando atividades, sempre que necessário e de acordo com o Modelo de Parceria de cuidados em uso, de forma segura e eficiente, garantindo que todos os membros da equipa

contribuam para os cuidados ao cliente pediátrico (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Para a sua consecução do domínio “gestão de cuidados” importa adotar um estilo de **liderança** apropriado às características da equipa e às contingências, cuja **adaptação e gestão dos recursos às situações e ao contexto, visa a garantia da qualidade dos cuidados**. Observou-se que a liderança constitui um pilar para que a equipa se mantenha motivada, o ambiente de trabalho seja acolhedor, produtivo, incentivador de mudança e criatividade, (Santos et al., 2022).

Constatou-se no ENP, que o EE se confronta no quotidiano clínico com situações que solicitam a “tomada de decisão, flexibilidade, resolução de problemas, mediação de conflitos, coordenação da equipa e planeamento” (Santos et al., 2022, p.71). Desta forma, o EE contribui para a concretização da missão e objetivos institucionais, cuja centralidade está colocada no cliente. Nesse sentido, percebeu-se que o estilo de liderança adotado pelo EE influenciava os elementos da equipa no desempenho das suas funções/atividades, podendo ser do tipo controlo total ou participativo na resolução da situação/problema (Curto & Torezan, 2022).

Observou-se que foi fulcral, a capacidade de identificar “os distintos e interdependentes papéis e funções” e de estabelecer uma relação interpessoal efetiva, reconhecendo e respeitando o todo e a unicidade de todos os membros da equipa. Verificou-se que estas capacidades se tornam promotoras de um ambiente positivo e favorável à prática e permitem a adaptação do estilo de liderança à maturidade da equipa e às contingências. Compreendendo-se torna-se possível equacionar a motivação da equipa, no sentido de promover a colaboração e o comprometimento com os objetivos da equipa, do serviço e da organização, que têm sempre por principal intenção a melhoria dos cuidados prestados (Curto & Torezan, 2022).

Em resumo, o domínio gestão de cuidados é multifacetado e exige do EE uma combinação de conhecimento teórico, habilidades práticas e capacidade de liderança adaptativa.

Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O EE “demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional” e “alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749).

O desenvolvimento pessoal e profissional é impulsionado pela experiência acumulada ao longo do tempo sendo, também, enriquecido pelo compromisso com a aprendizagem contínua e a procura de novos conhecimentos e evidências. A pesquisa em enfermagem sustenta a prática clínica, utilizando as evidências provenientes da literatura para impulsionar a melhoria dos cuidados e, consequentemente, otimizar os resultados em saúde (OE, 2006).

O período formativo permitiu reconhecer a importância da **consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro**. Neste processo de **autoconhecimento** para ser EE procurou-se adquirir capacidades facilitadoras da gestão de emoções e comportamentos, tendo sido fundamental para contribuir, nos diferentes contextos clínicos, para a criação de um ambiente terapêutico positivo, crucial à eficácia dos cuidados de enfermagem. Além disso, fortaleceu-se a capacidade para interagir com outros profissionais de saúde, favorecendo uma abordagem multiprofissional e colaborativa no cuidado ao cliente pediátrico. Essa interação promoveu a partilha de conhecimentos e experiências entre diferentes áreas de especialização, e consequentemente a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Ao reconhecer e compreender limites pessoais, podemos estabelecer barreiras saudáveis que preservam a integridade da relação profissional, evitando que as emoções tenham influência negativa no cuidado prestado. Essa consciência emocional promove uma prática de enfermagem mais compassiva e eficaz, onde a atenção ao paciente permanece prioritária e inalterada (Marcelino et al., 2021).

A profissão de enfermagem requer uma notável capacidade de adaptação emocional (Marcelino et al., 2021). Como seres emocionais, enfrentamos situações desafiadoras e, por vezes, desagradáveis no âmbito profissional e/ou pessoal. Nesse contexto, é essencial atuar de forma eficaz, nas situações de 'pressão' e/ou experiências clínicas 'difíceis', o que implica o uso de estratégias de gestão emocional e de conflitos internos e externos. A habilidade de se adaptar emocionalmente permite lidar com as exigências inerentes à profissão de enfermagem, mantendo um equilíbrio saudável entre o cuidado ao cliente e o cuidado de si enquanto enfermeiro. Ao utilizar essas estratégias, melhora-se a capacidade de enfrentar desafios com resiliência e empatia, garantindo que a prática clínica se mantenha centrada no bem-estar do cliente pediátrico, mesmo em circunstâncias adversas (Freitas et al., 2021).

No que diz respeito, à competência de **basear a prática clínica em evidência científica**, esta é fundamental para garantir cuidados de saúde eficazes e seguros. No âmbito da unidade de competência "responsabilização por ser facilitador de aprendizagem em contexto de trabalho", é fundamental destacar o papel crucial da formação contínua ministradas às diferentes equipas de enfermagem, frequentemente vinculadas a projetos de melhoria contínua dos serviços. Durante os ENP foi possível observar e identificar áreas com

potencial de melhorar o conhecimento e passíveis de intervenção.

No contexto do serviço de Neonatologia, por exemplo, no âmbito do tema "Estimulação Tátil no Desenvolvimento Psicossocial da Criança", em colaboração com a EE tutora, procurou-se identificar necessidades formativas específicas nessa área. A oportunidade de planejar uma ação formativa revelou-se pertinente, no contexto dessa unidade de competência, permitindo apoiar as práticas clínicas em evidências científicas.

A prática de enfermagem especializada procura que as intervenções autónomas e interdependentes, sejam sustentadas em evidências científicas atuais e pertinentes, sendo esta uma das unidades de competência que integra a competência em análise. Isso requer a atualização constante de conhecimentos e da capacidade de os aplicar, de forma crítica e reflexiva, nas decisões clínicas. Além disso, é essencial que o EE esteja apto a adaptar-se às mudanças no campo da saúde e a incorporar novas descobertas e tecnologias na sua prática, garantindo a eficácia e segurança dos cuidados prestados aos clientes (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Uma abordagem de enfermagem baseada em evidências é caracterizada pela integração da mais atualizada evidência científica disponível, de natureza quantitativa e/ou qualitativa, aliada à experiência prática, à opinião de especialistas e aos valores e preferências das pessoas, considerando sempre o contexto dos recursos disponíveis (Dale, 2005; Silva et al., 2020).

Os ENP, sob a supervisão de tutores EE, são fundamentais para o desenvolvimento dessas competências. Os tutores atuam como modelos de referência, oferecendo orientação e apoio na aplicação prática do conhecimento teórico e disponibilizam um ambiente seguro para a sua utilização e desenvolvimento da capacidade critico-reflexiva, favorecendo o fortalecimento das competências e consequente desenvolvimento do profissional (Melo, 2021). Desta forma, procurou-se desenvolver diferentes temáticas, relacionadas com o diagnóstico das necessidades formativas dos contextos de ENP. Facto que proporcionou, junto dos EE tutores, a reflexão crítica e a procura pela evidência mais recente que fundamentasse a intervenção de enfermagem, em distintas atividades desenvolvidas.

Mostra-se pertinente reconhecer que o conhecimento na área da enfermagem é dinâmico e está em constante evolução, o que torna importante a realização da revisão das boas práticas de enfermagem periodicamente. Constatou-se, durante os ENP, que a diferença geracional e profissional entre enfermeiros tutores e estudante de EESIP, proporcionou oportunidade para dialogar, confrontar, pesquisar e refletir criticamente a prática. Neste percurso, encontraram-se evidências científicas para justificar as diferenças de abordagem e promover a adoção da melhor prática.

Da mesma forma, a procura por evidência científica foi, também, priorizada na conceção de cuidados. Isso incluiu a procura de evidência, por exemplo, para compreender anatomia e fisiopatologia subjacente aos diagnósticos médicos, a terapêutica medicamentosa, e o

planeamento e implementação das intervenções e dos resultados. Essa abordagem assegurou que os cuidados prestados à criança/adolescente fossem baseados na melhor evidência disponível, visando a promoção da qualidade e segurança nos cuidados de enfermagem (Grove & Gray, 2019).

Reconhece-se que os conhecimentos na área de enfermagem, aliados aos de outras disciplinas, como a investigação e as tecnologias de informação, desempenharam um papel fundamental na promoção da prática clínica especializada e, por conseguinte, no aprimoramento do cuidar. A interseção dessas influências oferece uma base sólida para uma prática de enfermagem informada. A pesquisa proporciona insights valiosos e evidências que fundamentam as decisões clínicas, enquanto as tecnologias de informação facilitam a gestão eficiente dos dados do cliente, a comunicação entre os membros da equipa de saúde e a transmissão da informação e a sua documentação.

Ao integrar evidências científicas nas suas práticas, os enfermeiros são constantemente desafiados a questionar e rever as suas abordagens, promovendo um ambiente de aprendizagem contínua. O envolvimento na procura e aplicação de evidências estimula a curiosidade intelectual e o desenvolvimento de capacidade de raciocínio crítico, fundamentais para a prática profissional eficaz (Grove & Gray, 2019)

Este ciclo de aprendizagem e pesquisa contínua enriquece a prática de enfermagem e contribui, significativamente, para o avanço da ciência no campo da saúde (National Academies of Sciences et al., 2018). Desta forma, mostra-se como essencial a sua importância no impulsionar da inovação e do progresso no cuidado à pessoa e na enfermagem.

Competências Específicas

Além das competências comuns, espera-se que o EE adquira competências específicas relacionadas à sua área de especialidade: SIP (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Estas referem-se ao conjunto de habilidades, conhecimentos e aptidões necessários para desempenhar funções específicas de forma eficaz e segura nesta área em particular (Regulamento n.º 422/2018, 2018). O seu desenvolvimento é de extrema importância, pois permite que o EESIP atue de forma qualificada e especializada no cuidado à população infantojuvenil centrado:

“na conceção e gestão dos cuidados à criança e família, já que detém um entendimento profundo sobre as respostas da criança aos processos de vida e problemas de saúde. (...) [sendo] capaz de implementar soluções com elevada adequação às necessidades da criança/família, efetuando o diagnóstico, prescrevendo as intervenções e avaliando a sua eficácia” (Quelhas, 2009, p.5).

O Regulamento n.º 422/2018 reconhece a importância das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, de modo a garantir cuidados de saúde de qualidade para a criança/jovem. Apresentam-se de seguida essas competências:

Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde

O EESIP “Considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar (...) estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19192).

Reconhece-se que o contexto familiar exerce uma influência significativa no desenvolvimento e na saúde da criança/adolescente, sendo crucial envolver ativamente os pais e cuidadores no processo de cuidados e na tomada de decisão relacionada à saúde e ao bem-estar da criança/adolescente. Garantir um desenvolvimento infantil e juvenil saudável envolve colaboração entre profissionais de saúde e família para auxiliá-los a alcançar metas de desenvolvimento adequadas à idade, considerando os seus contextos comunitários e sociais. Isso requer acesso equitativo aos serviços de saúde e o fortalecimento dos pais e cuidadores como os primeiros provedores de cuidados (DGS, 2013).

Nas competências do EESIP (Regulamento n.º 422/2018, 2018) descreve-se o dever de proporcionar conhecimento e aprendizagem de capacidades especializadas à criança e família, para que desenvolvam competências de gestão dos processos específicos de doença. Por outras palavras, a partir da literacia em saúde e da capacidade proporcionar a aquisição de novos conhecimentos e capacidades durante a transição, contribuindo para que o cliente alvo de cuidados atinja a mestria e a integração fluida da integridade. Este é o objetivo major, por exemplo, das intervenções autónomas no âmbito do ensinar, compreender as necessidades e desenvolver e implementar intervenções adequadas ao potencial de melhoria do cliente pediátrico, de forma que vivencie uma transição saudável (Meleis et al., 2000).

Esses factos, concretizam a unidade de competência “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”. De que são exemplos, fornecer informações claras e acessíveis sobre a saúde, ensinar ou melhorar as capacidades parentais e elaborar planos favorecedores da inserção escolar e regresso a casa, adaptados às necessidades específicas da criança/adolescente e da família. Melnyk et al. (2018) destacam que intervenções educativas dirigidas aos pais estão associadas a melhores resultados na saúde infantil, na redução de readmissões hospitalares e no aumento da adesão à terapêutica medicamentosa.

De acordo com a Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 2008) garante-se à criança/adolescente o direito de ter a presença da mãe/pai durante as 24 horas. Essa garantia assegura o bem-estar emocional do cliente pediátrico, proporcionando-lhe segurança, facilitando a intervenção dos enfermeiros e garantindo eficácia da intervenção e a sua centralidade nas necessidades manifestadas.

Em todos os contextos de cuidados, desde os do ENP à prática profissional, constatou-se a utilização do modelo de cuidados centrado na família e do modelo de Anne Casey, procurando promover a autonomia da criança e, ao mesmo tempo, promover a parentalidade. A adoção desses modelos almeja não apenas o desenvolvimento individual da criança, mas também o fortalecimento dos laços familiares e o apoio à parentalidade, reconhecendo assim a interdependência e a importância do contexto familiar na promoção do bem-estar infantil (Monteiro & Cerqueira, 2020).

No serviço de neonatologia, a abordagem que considera o binómio criança e família, assume um papel de relevo uma vez que facilita a transição para a parentalidade vivida por estes pais. Conforme delineado pela teoria das transições de Meleis, essa transição não só os leva a assumir um novo papel, mas também a reformular a imagem preconcebida do que implica assumir esse papel (Cardoso, A. 2012). Os pais enfrentam o desafio único de assumir a responsabilidade pelo cuidado de um RN prematuro e/ou com condições clínicas complexas. Nesse contexto, torna-se fundamental fornecer apoio emocional e educativo capacitando-os a desempenhar um papel ativo nos cuidados. A intervenção do tipo ensinar centrada nos procedimentos necessários ao cuidado, ajuda-os a promover uma parentalidade segura e confiante, reduzindo o impacto do stresse associado a esse momento crítico (Craig et al., 2015).

Nos serviços de urgência pediátrica, por sua vez, a promoção da parentalidade segura e confiante desempenha um papel influente como sendo um fator facilitador da transição vivenciada pela criança/adolescente e na adesão ao plano terapêutico no domicílio. Ao oferecer suporte aos pais e ao capacitá-los com as capacidades e os conhecimentos necessários para enfrentar a situação de forma eficaz, contribui-se para diminuir os eventos de readmissão. Esta abordagem beneficia a criança/adolescente, proporcionando-lhe um ambiente estável e acolhedor em casa e minimiza a sobrecarga dos SUP (Martins et al., 2020).

No contexto de internamento, promover uma parentalidade ativa e positiva constitui uma das competências do EESIP. Nesse contexto, a negociação dos cuidados com os pais emerge como uma prática crucial. Ao envolvê-los ativamente no processo de cuidado, procura-se a sua participação e a sua inclusão efetiva no ambiente hospitalar. Através dessa colaboração, os pais são capacitados a compreender e a fazer parte dos cuidados ao seu filho, tornando-se parceiros essenciais no processo de recuperação na transição saúde-doença que ele

vivencia (Sousa et al., 2023).

Quando confrontados com a realidade de uma doença crónica inaugural ou uma perturbação do desenvolvimento (como condições do espectro do autismo ou transtorno de défice de atenção e hiperatividade), os pais enfrentam a necessidade de ajustar o seu papel parental. Isso requer uma profunda autoconsciência sobre as mudanças necessárias na sua abordagem de cuidado, que, muitas vezes, é uma transição marcada pela perceção de uma crise relacionada às mudanças no seu papel parental habitual, de forma a assumir um papel parental complexo (Sousa et al., 2023). Nestes casos é papel do enfermeiro facilitar essa transição tendo em vista a maximização da saúde.

Deste modo, torna-se essencial promover uma parentalidade informada, fornecendo orientações e conhecimentos que permitam aos pais agir com segurança e eficácia diante da doença e/ou condição de saúde da criança/adolescente. Este apoio estende-se aos cuidados hospitalares e aos do contexto domiciliar, onde os pais enfrentam desafios adicionais no âmbito da sua gestão. Ao capacitá-los “no papel parental especial” está-se a promover a autonomia familiar proporcionando ao EESIP um espaço para desenvolver a continuidade dos cuidados, após a alta hospitalar.

Centrado na transição vivenciada pela criança/adolescente, do tipo desenvolvimental e/ou saúde-doença, o EESIP foca-se na promoção e desenvolvimento da autonomia, autoestima, recuperação e bem-estar emocional da criança/adolescente (Quaye et al., 2019). Sendo exemplo, a sua capacitação para realizar as atividades, de acordo com idade e estágio de desenvolvimento. Facto, impulsionado quando o EESIP permite a participação ativa e o envolvimento da criança/adolescente nos cuidados e nas atividades focadas no seu empoderamento, para o que utiliza linguagem adequada e estratégias motivadoras promotoras da volição para a concretização das mesmas, resultando no fortalecimento da autoeficácia e da confiança.

Mencionando e destacando os cuidados de saúde primários, o olhar atento sobre a criança/adolescente saudável permite percecionar a importância da(o): (1) calendarização das consultas para idades-chave, correspondentes a momentos do seu desenvolvimento e crescimento; (2) concordância com o Programa Nacional de Vacinação (PNV), diminuindo as deslocações às unidades de saúde; (3) valorização dos cuidados antecipatórios enquanto fator condicionante da promoção da saúde e de prevenção da doença, com especial enfoque nas de natureza emocional e comportamental permitindo a deteção precoce, acompanhamento e encaminhamento dos casos clínicos; (4) suporte à criança/adolescente na aquisição da responsabilidade e autodeterminação em saúde, de forma gradual e (5) combinação entre estruturas, programas e projetos da saúde e da comunidade (DGS, 2013).

Nesse âmbito, importa realçar a identificação de situações de risco, de sinais e sintomas referentes às doenças comuns, que possam indicar necessidade de avaliação adicional e

que afetem a qualidade de vida do cliente pediátrico. Contribuindo, para tal, a observação cuidadosa da criança/adolescente que propicia a intervenção precoce e/ou encaminhamento para outros profissionais. O que permite que o EESIP dê resposta à unidade de competência “diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem” (Regulamento nº422/2018, 2018).

Na UCC teve-se a oportunidade de participar nas sessões de educação para a saúde escolar, integradas no programa de saúde escolar (DGS, 2015), que no final incluíam um espaço aberto destinado à partilha de opiniões entre enfermeiros, professores e alunos. Nesse ambiente, testemunhou-se a realização de intervenções e o planeamento de ações específicas destinadas a grupos profissionais ou de alunos, quando identificadas situações de risco ou sinais de alerta. Ainda, neste contexto de ENP, percebeu-se a importância do papel do EESIP, no que diz respeito, às instituições escolares e na comunidade em que se inserem. Sendo exemplo, o caso da intervenção numa criança que vivencia a transição saúde-doença, por diagnóstico de Diabetes Mellitus, tipo I, com o intuito de garantir a qualidade de vida, centrada nos cuidados específicos que decorrem da observação atenta dos intervenientes na comunidade escolar na identificação de sinais/sintomas de risco e que podem comprometer a saúde.

Reconhece-se, o valor do papel do EESIP na sensibilização, da população pediátrica, dos pais e da comunidade, sobre os fatores condicionadores que possa perturbar o desenvolvimento saudável das crianças/adolescentes. Esses esclarecimentos aumentam a consciencialização sobre situações de saúde e/ou de risco, promovem a criação de ambientes seguros e de apoio e contribuem para o bem-estar e a qualidade de vida dessa população. Com as intervenções do tipo ensinar, o EESIP concretiza o seu papel na promoção da saúde e na prevenção de potenciais complicações. Nesta área, destaca-se o Plano Individual de Intervenção Precoce da Equipa Local de Intervenção, na referida transição saúde-doença e nas situações de risco, como o bullying. Em relação a este último, devido à sua prevalência na sociedade (Marcolino et al., 2018) e ser um fenómeno multifacetado foram realizadas sessões dirigidas à equipa profissional escolar e às crianças/adolescentes no sentido, de prevenir comportamentos dessa natureza, sendo que se encontrava planeada intervenção para o grupo-alvo pais.

Aquando do ENP na UCC, teve-se a oportunidade, de realizar um curto período de observação participativa numa USF em consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil. Aqui, a competência de assistir a criança/adolescente e a família promovendo a maximização da saúde, está em destaque já que as intervenções destas consultas de vigilância assentam em objetivos que respondem a esta competência, entre eles:

“Estimular a opção, sempre que possível, por comportamentos promotores de saúde;

(...) Detetar precocemente e encaminhar situações que possam comprometer a vida ou afetar a qualidade de vida da criança e do adolescente; Prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns nas várias idades, nomeadamente, reforçando o papel dos pais e outros cuidadores, alertando para os sinais e sintomas que justificam o recurso aos diversos serviços de saúde; Sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência e às suas famílias, bem como promover a eficaz articulação com os vários intervenientes na prestação de cuidados a estas crianças; (...)Promover o desenvolvimento pessoal e social e a autodeterminação das crianças e dos jovens, com progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde; e Apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais e promover o bem-estar familiar e em outros ambientes específicos” (DGS, 2013, pp. 9-10).

Evidencia-se a importância dessa observação participante, no processo de formação do EESIP e no desenvolvimento das inerentes competências específicas, por facilitar a concretização da conceção de cuidados, centrada nas transições desenvolvimentais fundamentais para “assistir a criança/jovem com a família na maximização da saúde”.

Em resumo, ao longo dos ENP constatou-se que os EESIP desempenham um **papel fundamental na promoção da saúde e no bem-estar global das crianças e adolescentes** em ambiente hospitalar e no contexto dos cuidados de saúde primários pela sua intervenção na promoção da parentalidade e no desenvolvimento da autonomia da criança/adolescente; na colaboração interdisciplinar; na valorização das necessidades individuais de cada criança e família e no reconhecimento da natural dependência da criança que facilita a promoção da sua autonomia progressiva e a valorização do papel da família.

Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

O EESIP “mobiliza recursos, oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espetro de abordagens e terapias” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193).

A prática de enfermagem tem como objetivo proteger a vida da pessoa e restaurar o seu bem-estar e conforto por meio de intervenções diretas e/ou indiretas. Todavia, os enfermeiros assumem a responsabilidade de orientar e coordenar a equipa de saúde para garantir o melhor resultado na assistência aos clientes (Magalhães et al., 2019)

Durante o período em que ocorreu o ENP não se vivenciaram situações de emergência clínica com implicação na vida da criança/adolescente. A capacidade para reconhecer a instabilidade hemodinâmica, nesses casos, tem sido desenvolvida, sobretudo, ao longo do percurso profissional, enquanto enfermeira num serviço de pediatria. Ressalta-se que no

serviço de neonatologia, em situação urgente, foi possível colaborar na identificação de situações clínicas de instabilidade e compreendeu-se a importância do trabalho em equipa, no que se referiu à prontidão e à organização e à atuação humana garantindo os cuidados holísticos.

Importa que o EESIP, por exemplo, no âmbito dos cuidados intensivos, como foi o caso do serviço de neonatologia, adquira capacidades específicas: discernimento, colaboração em equipa, liderança e capacitação da equipa, bem como responsabilidade, especialmente, no uso dos recursos tecnológicos necessários para promover a recuperação da saúde dos RN (Lima et al., 2023). Adicionalmente, é imperativo que possua um vasto conhecimento sobre as principais técnicas envolvidas na assistência como: monitorização contínua dos sinais vitais, intervenção face ao aparecimento de complicações, interpretação de exames laboratoriais e integração do conhecimento técnico-científico com abordagens humanísticas. O cuidado engloba, o saber lidar, de uma forma efetiva, com os familiares, elementos essenciais e relevantes para o RN/criança/adolescente (Moller et al., 2021).

No contexto do ENP de internamento entrevistou-se, indiretamente, em crianças portadoras de doença rara, resultante da oportunidade de integrar a equipa de cuidados paliativos, da qual a EESIP tutora fazia parte. Desse modo, participou-se em reuniões de equipa multidisciplinares e, na impossibilidade de prestar cuidados diretos, destaca-se a contribuição dessas reuniões, no que se reporta ao desenvolvimento da capacidade crítico-reflexiva e multidisciplinar da situação para garantir qualidade de vida a essas crianças/adolescentes e integrá-las nos seus contextos de vida. No ENP em neonatologia, contactou-se com duas crianças com doença rara, e compreendeu-se a importância do apoio emocional oferecido aos pais e reforçou-se a capacidade de refletir criticamente, a partir do aprofundamento teórico realizado e análise das situações em equipa multidisciplinar.

A gestão da dor no cuidar de crianças/adolescentes, outra responsabilidade do EESIP, requer um amplo conhecimento sobre a terapêutica farmacológica, do grupo de analgésicos e dos protocolos de atuação, e das terapêuticas não farmacológicas para o alívio da dor (Amaral-Bastos, 2012). Considerando a abordagem da dor, importa assumir o facto de ser um fenómeno multidimensional e interrelacionado em que, por exemplo, a dimensão fisiológica influencia ou é influenciada pelos valores, crenças, perceção e experiência pessoal da dor (OE, 2013) e que os pais, pelo envolvimento nos cuidados, constituem uma estratégia não farmacológica essencial.

Em todos os contextos hospitalares, a avaliação da dor encontrava-se protocolada, tendo sido realizada em todos os turnos e reavaliada sempre que necessário, por exemplo, manutenção ou referência de desconforto, após administração de fármacos antiálgicos ou após procedimentos. São várias as escalas de avaliação da dor validadas (DGS, 2010) e verificou-se a sua adaptação à idade, condição e desenvolvimento da criança. De realçar,

em particular, a escala utilizada no serviço de neonatologia, a N-PASS (Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale) pela sua relevância e eficácia, pela sua sensibilidade e especificidade na identificação da dor neonatal, proporcionando uma abordagem mais precisa e adequada para o alívio do desconforto em RN (DGS, 2010).

Adquiriram-se competências na gestão eficaz da dor, como 5.º sinal vital, pelo aprofundamento do conhecimento sobre as escalas para a sua avaliação e pela sua utilização nos diferentes contextos de ENP em função condição da criança/adolescente. E ainda, pelo aprofundamento do conhecimento e utilização de medidas não farmacológicas, cuja seleção foi baseada nos contexto de ação e respetivos recursos disponíveis e nas características da criança/adolescente: sensibilidade à dor, preferências e habilidades, desenvolvimento cognitivo, tipo de dor- aguda, recorrente e/ou crónica (OE, 2013). Neste âmbito, as estratégias mais comumente utilizadas nos diferentes campos de estágio foram: distração e relaxamento; a presença dos pais; e recursos térmicos como almofadas aquecidas ou de gelo para crioterapia.

Acresce, que durante o ENP realizaram-se sessões informais e cartazes informativos dirigidos às equipas de enfermagem e aos pais, para a utilização da estimulação tátil como estratégia não farmacológica eficaz no alívio da dor em pediatria (Anexos I, III e IV), fundamentando que constitui uma distração positiva, com eficácia na regulação emocional, ajudando o corpo do recetor a relaxar e alterando as sensações corporais (Hertenstein et al. 2009), e pode estimular a libertação de endorfinas, analgésicos naturais do corpo, ajudando a reduzir a perceção de dor nas crianças (McGlone et al., 2014).

“Valorizar a dor da criança como o 5º sinal vital é uma exigência profissional que reconhece a criança como pessoa a quem se presta um cuidado personalizado de forma que os cuidados prestados se encontrem cada vez mais no caminho da excelência” (Amaral-Bastos, 2012, p.2).

As terapias alternativas, frequentemente referidas como complementares e/ou integrativas, são reconhecidas pela OMS, como parte da medicina tradicional. Estas, englobam uma variedade de práticas de saúde não convencionais que visam proporcionar cuidados holísticos e integrativos aos clientes (Torres et al., 2021) e são frequentemente, utilizadas em conjunto com a terapêutica convencional, como coadjuvantes (OE, 2013). O seu reconhecimento legal pela OE (Lei nº71/2013, 2013) propõe a sua regulamentação e padronização. No entanto, não integram a construção de resposta em cuidados de enfermagem, como indicado pela OE (2018), facto que levanta questões sobre o papel e a responsabilidade dos enfermeiros, em particular do EESIP, no uso dessas práticas.

“No âmbito das intervenções de Enfermagem, não se pretende definir detalhadamente o que fazer e o que não fazer, reduzindo a ação dos enfermeiros a um conjunto de atividades e tarefas, antes sim, considerar uma intervenção assente na aplicação efetiva

do conhecimento, evidências científicas e capacidades, indispensáveis no processo de tomada de decisão em Enfermagem” (OE,2018, p.3).

É crucial que os EESIP baseiem a sua prática em evidências científicas sólidas. Isso requer uma abordagem crítica e reflexiva para avaliar a eficácia, segurança e ética de qualquer terapia utilizada. Simultaneamente, torna-se essencial manter uma mente aberta para explorar novas abordagens que possam beneficiar os clientes, desde que sejam fundamentadas em princípios éticos e científicos robustos.

Igualmente, no ENP e na área das terapias complementares, teve-se a oportunidade de assistir a sessões de musicoterapia no serviço de neonatologia, de frequência semanal e em horários pré-determinados. Esta vivência proporcionou gratificação pessoal e uma atmosfera única e positiva para os neonatos e suas famílias. A música, como forma de terapia, demonstrou ter um impacto significativo no bem-estar emocional e no desenvolvimento dos RN prematuros, destacando-se o seu potencial enquanto terapêutica não farmacológica e complementar da farmacológica (Oliveira et al., 2014). Literatura existente indica que a presença de sons rítmicos e harmoniosos pode ter efeitos benéficos na redução da dor de origem física e emocional, além de influenciar parâmetros fisiológicos como frequência cardíaca, pressão arterial e temperatura corporal. Esses sons, também, são associados à regulação do ritmo respiratório, relaxamento muscular e melhoria da qualidade do sono em RN pré-termo (Standley, 2002).

Relativamente à promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica/oncológica e deficiência/incapacidade, o ENP proporcionou vivências no contexto do serviço de neonatologia, UCC e internamento de pediatria, como descrito nesta e outras competências do EESIP. No entanto, neste domínio torna-se claro, que o conceito de competência profissional é multidimensional e polissémico, e que na perspetiva, “dialógica propõe a reorganização do conhecimento, de modo a valorizar a complementaridade, como nas relações entre ciência e arte; objetivo e subjetivo; abstrato e sensível; mutação e conservação; indivíduo e coletivo; masculino e feminino; saúde e doença; e formação e trabalho” (Lima & Ribeiro, 2022, p.6). É neste contexto, que importa compreender, a razão para associar ao desenvolvimento de competências de EESIP, a experiência profissional num serviço de oncologia pediátrica, pelo significado atribuído nessa aprendizagem e sobre a qual, a seguir se reflete.

Monteiro (2014) destaca o papel fundamental do enfermeiro em oncologia pediátrica no estabelecimento de uma ligação com a criança/jovem, oferecendo apoio emocional e intervindo com ações como o toque, a escuta ativa e o comprometimento. Nessa perspetiva, o enfermeiro desempenha um papel crucial na prestação de cuidados, sendo responsável por promover um cuidado centrado na pessoa e na sua subjetividade. E ainda, atua em diversas dimensões: fisiológicas, psicológicas, sociais e espirituais, sendo um participante

ativo na troca de informações com a criança/adolescente e os seus familiares. Essas abordagens reforçam a importância do enfermeiro no cuidado e na promoção do bem-estar holístico da criança/jovem com doença oncológica (Fonseca, 2022).

O EESIP incorpora no seu conjunto de competências a promoção da esperança, especialmente a esperança parental, reconhecendo a importância da relação terapêutica como base para a implementação de intervenções eficazes. Compreendendo o potencial terapêutico dessa abordagem, o enfermeiro planeia os cuidados de enfermagem com a criança e a família considerando a dimensão física, afetiva, emocional e espiritual. Ao ampliar o foco da sua atenção até à esperança o enfermeiro proporciona suporte holístico, facilitando a resiliência durante o processo de tratamento (Vicente, 2021).

Trabalhar em oncologia pediátrica exige cuidados especializados e holísticos, nos quais se considere o suporte familiar e comunitário como componentes essenciais do bem-estar da criança/adolescente. É crucial organizar e adequar o suporte familiar de forma a proporcionar um ambiente de apoio e conforto que ajude a criança/adolescente a lidar com os desafios da situação. Ao mesmo tempo, importa uma intervenção junto dos pais para que estes se sintam empoderados no seu papel parental especial, enquanto ultrapassam um período crítico. No que diz respeito ao suporte comunitário, este desempenha um papel fundamental e nele incluem-se programas de acolhimento em instituições de saúde, a colaboração entre diferentes profissionais de saúde, organizações não-governamentais e membros da comunidade para garantir cuidados adequados, entre os períodos de hospitalização. Este trabalho conjunto torna-se fundamental para garantir as condições adequadas e promover o bem-estar físico, emocional e social durante todo o processo de doença oncológica.

Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade exige uma abordagem holística e sensível que integra dimensões clínicas, emocionais, sociais e familiares. Ao adquirir e aplicar conhecimentos especializados, desenvolver capacidades técnicas avançadas e cultivar uma comunicação empática e eficaz, o EESIP capacita-se para **fornecer cuidados de qualidade excecional em situações de grande desafio e complexidade**, promovendo o bem-estar integral da criança, do adolescente e das suas famílias.

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

O EESIP “considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, responde eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.

19194).

O desenvolvimento infantil desempenha um papel essencial na evolução do ser humano. Para garantir a promoção da saúde infantil, torna-se crucial compreender as particularidades individuais e criar condições ambientais propícias ao desenvolvimento, o que “implica colaborar com a criança e a sua família, considerando a sua situação de vida e respeitando o seu próprio ritmo, com o objetivo de que ela atinja os marcos de desenvolvimento esperados para a sua idade” (Bellman et al., 1996, citado em OE, 2010, p. 71).

O conhecimento por parte dos pais das características específicas e das necessidades inerentes à infância e adolescência, decorrentes das transições desenvolvimentais contribui para o desenvolvimento integral da criança/adolescente e uma vivência saudável. Nesse sentido, o cuidar diário torna-se um espaço essencial para a promoção do desenvolvimento infantil (Mello et al., 2014), sendo que o EESIP tem um papel importante, no desenvolvimento da responsabilidade parental nesse âmbito, potenciada pelas intervenções autônomas, do tipo ensinar sobre estratégias a utilizar nessa promoção.

O EESIP desempenha um papel crucial como educador, ao fornecer orientações e cuidados e ao ensinar os pais a estabelecer limites, incentivando práticas parentais positivas para promover a saúde e o bem-estar da criança/adolescente. Uma relação de cooperação mútua entre a equipa de saúde e os pais traduz-se no fortalecimento do vínculo familiar e na garantia do sucesso do desenvolvimento infantil (Araújo et al., 2021).

Durante as transições desenvolvimentais, torna-se crucial que a criança/adolescente receba interações positivas e cuidados adequados, por parte de pessoas comprometidas com a sua saúde e bem-estar. Os vínculos familiares são essenciais por proporcionarem uma base segura para o seu desenvolvimento global, ficando evidente a importância do apoio familiar e dos laços afetivos no estabelecer dessa base e desse desenvolvimento (Araújo et al., 2021).

Nos cuidados de saúde primários, especificamente no programa de saúde escolar, foi adotada uma abordagem ativa para promover o desenvolvimento saudável das crianças/adolescentes através da realização de sessões educativas integradas no projeto "Decidir" conduzido pela UCC. Destaca-se, especialmente, a intervenção realizada com pré-adolescentes nas turmas de 6º ano de escolaridade, abordando “Os comportamentos aditivos” que numa intervenção antecipada, teve como finalidade sensibilizar os jovens para a tomada de decisão informada quando confrontados com essa questão (Anexo II). Na USF, seguindo as diretrizes do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, foram implementados cuidados antecipatórios em função das consultas de vigilância promotoras da corresponsabilização das crianças/adolescentes pela sua saúde e dos pais por uma parentalidade responsável, sensível e positiva favorecedora do crescimento e desenvolvimento infantojuvenil saudável.

Em contexto de internamento cirúrgico, junto dos pais, promoveu-se o desenvolvimento infantojuvenil saudável através de estratégias específicas, sempre que se percebeu a sua pertinência, utilidade e disponibilidade para refletir e aprender. Reconhece-se que a informoterapia realizada, de uma forma mais informal, foi bem recebida. Realça-se que a implementação da estratégia “estimulação tátil”, no internamento cirúrgico e no SUP, constituiu uma ferramenta importante para a promoção do desenvolvimento infantil (Anexos I e IV). No entanto, em situações de urgência, a disponibilidade dos pais para aprender foi limitada e o espaço dos enfermeiros para esta intervenção apresenta maiores dificuldades na sua implementação. Desta análise, emergiu a necessidade de se construir folhetos informativos e pósteres que foram expostos nas salas de espera, o que constituiu uma estratégia eficaz para transmitir informação e promover literacia em saúde sobre o tema. Foi com base nesta perceção de eficácia que, após o ENP, a estratégia continuou a ser utilizada pelos enfermeiros desses serviços.

No serviço de neonatologia, a promoção do desenvolvimento infantil é uma prioridade constante, manifestando-se em diversas medidas: posicionamento no berço, intervenções do tipo ensinar direcionados aos pais, a estimulação da vinculação -contato pele a pele- e a participação nos cuidados ao neonato. Foi neste contexto que se percebeu uma maior receptividade, pela equipa multidisciplinar para a implementação da “estimulação tátil” enquanto estratégia para promover o desenvolvimento infantil. Neste âmbito foi possível realizar uma sessão educativa direcionada aos pais e profissionais, com o objetivo de fornecer orientações específicas sobre o uso do toque positivo e a utilização das mãos, ambas para estimulação e diminuição das experiências desconfortáveis, mesmo quando separados fisicamente pela presença da incubadora (Anexo III). Essas iniciativas visaram garantir o desenvolvimento positivo dos RN em contexto de cuidados neonatais (Aznar & Tenenbaum, 2016).

Na assistência de enfermagem à criança, a comunicação torna-se essencial, pois as palavras e o comportamento desempenham um papel significativo na expressão de cuidados. A linguagem verbal e não verbal tem um impacto importante na perceção da realidade pela criança e pelas pessoas ao seu redor, facilitando o estabelecer de uma comunicação eficaz (Hockenberry et al., 2018). Comunicação envolve a compreensão e a partilha de mensagens entre indivíduos, que influencia o comportamento das pessoas envolvidas, destacando-se a natureza interativa e dinâmica das interações humanas (Stefanelli & Carvalho, 2012).

O EESIP, por meio da comunicação, proporciona um envolvimento seguro, construtivo e empático (Jansen et al., 2010). Torna-se fundamental a sua adaptação às situações, à idade e ao desenvolvimento cognitivo e emocional da criança, de modo a garantir a compreensão da mensagem, o que facilita a interação e a construção de uma relação de confiança. Desta forma, evidencia-se as suas implicações na adesão à terapêutica e criação de um ambiente mais seguro e acolhedor (Martinez et al., 2013).

Os diferentes ENP vivenciados proporcionaram a oportunidade de aprimorar as competências de comunicação com crianças/adolescentes, em diferentes períodos etários e com pais de diferentes *backgrounds*. Destaca-se, a condução de sessões de educação para a saúde, a gestão no quotidiano dos cuidados prestados ao cliente pediátrico, e o fornecimento de apoio emocional às crianças/adolescentes e pais. Essas vivências permitiram desenvolver e aprimorar a capacidade de comunicar de forma clara, objetiva e adaptada a cada indivíduo, permitindo uma interação mais eficaz e significativa na prática clínica.

No âmbito do apoio emocional importa realçar a responsabilidade do EESIP ao focar-se na dimensão emoção dos clientes, pois desempenha um papel crucial na transição saúde-doença, desenvolvimental ou situacional. O cuidado emocional em pediatria é alcançado quando os enfermeiros oferecem afeto de forma deliberada durante o cuidado e quando são capazes de gerir as emoções da criança/jovem, através da criação de um ambiente seguro e acolhedor que promova estabilidade na relação terapêutica (Freitas et al., 2021). Nesse contexto, a abordagem dos cuidados de enfermagem concentra-se na individualidade e totalidade do cliente, incorporando elementos como empatia, respeito, disponibilidade, confiança, afeto, conhecimento, conforto e familiaridade (OE, 2010).

No que diz respeito, ao cuidado do adolescente, constitui-se como papel do EESIP promover a autodeterminação e autoestima do adolescente no campo da saúde. Um estudo publicado por Sawyer et al. (2018) refere que essa promoção se associa a melhores resultados na saúde mental e comportamental. De forma complementar, a pesquisa de DiClemente et al. (2018) demonstrou que a construção da autoestima dos adolescentes conecta-se diretamente a comportamentos saudáveis e a uma melhor adesão às intervenções de saúde.

O Cuidar em enfermagem tem como propósito auxiliar a pessoa a reconhecer o seu valor, utilizando-o como base para desenvolver uma autoestima positiva, crucial para lidar com os desafios da vida e cultivar relacionamentos interpessoais saudáveis (Souza et al., 2005). Os EESIP procuram estabelecer uma relação terapêutica com o cliente pediátrico, envolvendo-se em partilhas, praticando a escuta ativa, demonstrando aceitação e esperança e oferecendo elogios sinceros como forma de promover o reconhecimento da autovalorização, confiança em si e habilidades para lidar com situações inesperadas (Peplau, 1990 como citada em Silva, 2023). Esta abordagem contribui para o bem-estar individual dos adolescentes e para o fortalecimento da sua capacidade para enfrentar desafios e estabelecer relacionamentos interpessoais saudáveis, promovendo uma transição saudável para a vida adulta.

No contexto dos ENP, o contacto com adolescentes ocorreu, principalmente, em ambientes de internamento e nos cuidados de saúde primários. Nesses espaços, houve um esforço

constante para valorizar a voz do adolescente e reconhecer o seu papel ativo na promoção da própria saúde. Desenvolveram-se competências relacionadas com a comunicação durante o empoderamento, permitindo-lhes participar ativamente no planeamento dos cuidados, em parceria com os pais, se tal constitui-se a vontade do adolescente. Em situações em que se percebeu ser necessário e benéfico, era solicitado aos pais que se retirassem, a fim de permitir uma comunicação mais aberta e franca com os adolescentes. Essa abordagem visou criar um ambiente propício a sentirem-se mais à vontade para expressarem as suas preocupações e necessidades, facilitando o desenvolvimento de estratégias de cuidado mais eficazes e personalizadas (Queirós, 2001, como citado em OE, 2010).

No contexto da saúde escolar, as intervenções visaram promover a autodeterminação e a autoestima dos adolescentes, tanto no aspeto da saúde física quanto na saúde mental. Reconhece-se, a importância de fortalecer a sua capacidade para a tomada de decisões informadas sobre a saúde e bem-estar e de contribuir para a sua autonomia e desenvolvimento saudável.

É importante, destacar que as intervenções voltadas para a promoção da autoestima assumem um papel mais relevante num mundo cada vez mais digital. Numa sociedade virtualizada, os adolescentes são, frequentemente, bombardeados com conteúdos que podem influenciar negativamente a sua autoestima e prejudicar o seu desenvolvimento saudável. Portanto, é fundamental que as estratégias de intervenção no cuidado à saúde dos adolescentes abordem os aspetos físicos, os emocionais e psicológicos, visando fortalecer a sua autoconfiança e autoimagem positiva.

Ao promover o crescimento e o desenvolvimento infantojuvenil, a vinculação sistemática, a comunicação apropriada com a criança e a família, e a promoção da autoestima e autodeterminação do adolescente nas escolhas relacionadas à saúde, os EESIP desempenham um **papel crucial no cuidado holístico e individualizado às crianças e jovens**. Investir no aprimoramento dessas competências melhora a qualidade dos cuidados prestados e fortalece a relação terapêutica entre o enfermeiro e a criança/jovem.

8. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A realização do relatório torna possível um olhar sobre todo o percurso realizado ao longo do curso de MESIP, desde a componente teórica aos ENP realizados, durante os quais se efetuou o aprofundamento da área temática: “Estimulação Tátil no Desenvolvimento Psicossocial da Criança” e a aplicação na prática de cuidados da evidência científica decorrente desse âmbito. Está-se consciente da impossibilidade de capturar completamente as experiências vividas, porém procura-se que este relatório transmita todas as aprendizagens que contribuíram para ser EESIP, constituindo por isso, uma síntese significativa dessa vivência.

A pertinência da temática acima referida, surgiu pelo reconhecer do papel crucial do cuidado relacional na promoção do bem-estar e desenvolvimento infantil. A investigação sobre a importância da estimulação tátil no desenvolvimento psicossocial da criança oferece ao EESIP uma base sólida para as intervenções centradas na criança/adolescente, promovendo cuidados de qualidade e contribuindo para o desenvolvimento saudável dessa população.

Considera-se que, após o estudo e implementação da temática em questão, os objetivos delineados no ENP, da unidade curricular Módulo I e II foram atingidos e realça-se a receptividade dos profissionais de saúde e dos pais. Reconhece-se que a revisão bibliográfica efetuada proporcionou a ampliação dos conhecimentos conjugando diferentes áreas do saber, das quais se destaca a investigação, que favoreceu a pesquisa de evidências científicas fundamentais para basear a prática clínica.

Os ENP realizados nos cuidados de saúde primários e diferenciados: Unidade de Cuidados na Comunidade, Serviço de Internamento Pediátrico, Serviço de Neonatologia e Serviço de Urgência Pediátrica foram de suma importância para a ampliação de competências profissionais, e conseqüente crescimento e desenvolvimento pessoal. Os desafios enfrentados durante todo esse processo fortaleceram a capacidade de adaptação e resolução de problemas e proporcionaram uma valiosa oportunidade de reflexão e autoaperfeiçoamento. Deste modo, esse percurso aliado ao da componente teórica do MESIP permitiram contribuir para o conhecimento na SIP, com um impacto significativo no desenvolvimento como EESIP, reforçando o compromisso com a qualidade dos cuidados ao cliente pediátrico.

A integração da temática da “Estimulação Tátil no Desenvolvimento Psicossocial da Criança” no modelo de cuidados pediátricos de Anne Casey enfatizou e promoveu a intervenção dos pais como membros ativos da equipa de cuidados. Ao reconhecer o papel central dos pais no desenvolvimento e bem-estar da criança/adolescente, a integração da estimulação tátil facilitou e fortaleceu a sua abordagem holística, o vínculo entre pais e filhos e a confiança e colaboração

entre os pais e a equipa de saúde, resultando num cuidado mais integrado e centrado na criança/adolescente.

A valorização dos cuidados de enfermagem centrados no binómio criança/adolescente- pais ao longo dos ENP alinhado com o perfil de competências do EESIP, comuns e específicas, despertou uma maior sensibilidade para as complexidades das relações interpessoais e reforçou a convicção da necessidade imperiosa de promover um ambiente afetivo, empático e direcionado às necessidades e bem-estar do cliente pediátrico, para além dos “muros” das organizações de saúde.

O delineamento prévio dos objetivos para os ENP e a construção de um diário de bordo desempenharam um papel preponderante no desenvolvimento das competências do EESIP ficando-se consciente, que em cada contexto, era fundamental direcionar os esforços e procurar participar em todas as oportunidades para os alcançar. Acresce que, para esse facto, contribuiu a inter-relação vivida nos contextos, intra e extra serviços/unidades, por ter proporcionado um ambiente propício para à aprendizagem de ser EESIP facilitador da integração, aquisição de conhecimentos e interação com outros profissionais saúde.

A finalidade do presente relatório, de demonstrar o processo de aprendizagem de desenvolvimento de competências comuns e especializadas do EESIP, considera-se ter sido atingida. Ao longo do documento, refletiu-se de forma crítica e baseada na evidência e realizou-se a descrição dos contextos clínicos do ENP; considerando o perfil de competências especificaram-se as atividades desenvolvidas para a sua concretização ponderando a relação entre a tomada de decisão e a ação com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem em SIP; e ainda se elaborou a conceção de cuidados, expressa nos casos clínicos apresentados, e que demonstram o julgamento clínico especializado e a complexidade das intervenções no cuidado na área da SIP, constituindo uma mais-valia, a utilização da plataforma educacional E4nursing e a Ontologia de Enfermagem.

A concretização do relatório permite perceber que o propósito aquando do ingresso no MESIP, alcançar um desenvolvimento profissional significativo nesta área específica da enfermagem, foi realizado. Está-se consciente que a aquisição das competências do EESIP impactaram positivamente, no conhecimento e na capacitação para, na vida profissional, se oferecer cuidados de qualidade, promotores de ganhos em saúde na população pediátrica. Reconhece-se que a procura pelo conhecimento e capacidades especializadas foi impulsionada pelo compromisso assumido com a excelência na prática clínica e na promoção da saúde do cliente pediátrico.

O balanço entre o percurso e os objetivos estipulados é altamente positivo, permeado por um sentimento genuíno de realização. Durante este trajeto, viveram-se diferentes condicionantes, mas as de natureza positiva superaram os desafios enfrentados. Entre elas destaca-se o apoio de colegas, tutoras e orientadoras, a oportunidade de aplicar o conhecimento teórico na prática,

a disponibilidade de recursos e as oportunidades de aprendizagem, que foram fundamentais para alcançar os objetivos. As condicionantes, que colocaram maior desafio, na conjugação da vida profissional, acadêmica e pessoal, relacionaram-se com o volume de trabalho intenso, a distância entre os espaços de ENP, de trabalho e residência, mas que pela sua superação, permitiram a consolidação de características individuais como a dedicação, resiliência, envolvimento e comprometimento. No geral, o percurso foi enriquecedor, gratificante, impulsionador do desenvolvimento profissional e pessoal que, indubitavelmente, desafiou a expansão dos horizontes.

Na conclusão deste relatório, assume-se que a aprendizagem e o aprimoramento, nos tornou capazes no assumir do papel como Enfermeira Mestre e Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, vinculada ao desempenho de um papel ativo e preponderante na promoção e melhoria de práticas de enfermagem mais sensíveis, humanizadas e direcionadas conseguindo garantir a segurança e qualidade dos cuidados à população pediátrica.

9. BIBLIOGRAFIA

Aarnoudse-Moens, C. S. H., Oosterlaan, J., Duivenvoorden, H. J., van Goudoever, J. B., & Weisglas-Kuperus, N. (2011). Development of Preschool and Academic Skills in Children Born Very Preterm. *The Journal of Pediatrics*, 158(1), 51-56.

<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2010.06.052>

Abdelmaseeh, T. A., & Oliver, T. I. (2019). *Postoperative Fever*. StatPearls Publishing.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482299/>

Adams, C., Green, J., Gilchrist, A., & Cox, A. (2002). Conversational behaviour of children with Asperger syndrome and conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(5), 679-690. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00056>

Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). *Recomendações Técnicas para Instalações de Unidade de Cuidados Intensivos*. ACSS.

https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Cuidados-Intensivos_2013.pdf

Afonso, L. (2020). Saúde Infantil. In: Pires A., Ribeiro A. (eds) *Enfermagem de Saúde Familiar*. Lidel.

Ahumada-Barrios, M. E., & Alvarado, G. F. (2016). Risk Factors for premature birth in a hospital 1. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0775.2750>

Ainsworth, M. D. S., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41(1), 49-67.

<https://doi.org/10.2307/1127388>

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Psychology Press.

Alex Barbosa Correia, Jokasta Lima Moura, Aline, M., de, W., Bezerra, R., Chalana Almeida Santos, Maria, A., & Jonny Vitor Diniz. (2023). Cuidados de enfermagem no pós-operatório de crianças submetidas à cirurgia cardíaca. *Brazilian Journal of Development*, 9(4), 13284-13297.

<https://doi.org/10.34117/bjdv9n4-047>

Ali, H., Makdani, A. D., M. Isabel Cordero, Paltoglou, A. E., Marshall, A. G., McFarquhar, M. J., McGlone, F. P., Walker, S. C., & Trotter, P. D. (2023). Hold me or stroke me? Individual differences in static and dynamic affective touch. *Plos One*, 18(5), e0281253-e0281253.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281253>

- Alloo, J., Gerstle, T., Shilyansky, J., & Ein, S. H. (2004). Appendicitis in children less than 3 years of age: a 28-year review. *Pediatric Surgery International*, 19(12), 777-779.
<https://doi.org/10.1007/s00383-002-0775-6>
- Almaramhy, H. H. (2017). Acute appendicitis in young children less than 5 years: review article. *Italian Journal of Pediatrics*, 43(1). <https://doi.org/10.1186/s13052-017-0335-2>
- Almeida Ventura-Silva, J. M., Ferreira Pereira da Silva Martins, M. M., de Lima Trindade, L., Pimenta Lopes Ribeiro, O. M., & Passos Teixeira Cardoso, M. F. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278-295.
<https://doi.org/10.30681/252610105480>
- Almeida, M. F. B. de. (2004). When should we start phototherapy in preterm newborn infants?. *Jornal de Pediatria*, 80(4), 256-81012. <https://doi.org/10.2223/jped.1197>
- Als, H., & B. McAnulty, G. (2011). The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) with Kangaroo Mother Care (KMC): Comprehensive Care for Preterm Infants. *Current Women's Health Reviews*, 7(3), 288-301.
<https://doi.org/10.2174/157340411796355216>
- Alshahrani, M., Alsubaie, A., Alshamsy, A., Alkhliwi, B., Alshammari, H., Alshammari, M., Telmesani, N., Alshammari, R., & Perlas Asonto, L. (2019). Can the emergency department triage category and clinical presentation predict hospitalization of H1N1 patients? *Open Access Emergency Medicine*, 11, 221-228. <https://doi.org/10.2147/oaem.s204110>
- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230-244.
- Alto Comissariado da Saúde. (2009). *Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008* (2nd ed.). ACS.
<https://www.spp.pt/UserFiles/file/DOCUMENTOS%20OFICIAIS/CNSCA%202004-2008%20Relatorio%202edicao.pdf>
- Alto Comissariado da Saúde. (2010). *O Respeito dos Direitos da Criança no Hospital- Uma Iniciativa da Rede Internacional dos Hospitais Promotores de Saúde*. ACS.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_RespeitoDireitosCriancaHospital.pdf
- Álvares, C. (2015). Entre o social e biológico: Repensando a maternidade à luz das novas técnicas de reprodução assistida. *Revista Lusófona de Estudos Culturais*, 3(1).
<https://doi.org/10.21814/rlec.84>
- Alves, J. M. N. de O., Amendoeira, J. J. P., & Charepe, Z. B. (2018). A parceria de cuidados pelo olhar dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde. *Revista Gaúcha de*

Enfermagem, 38(4). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2016-0070>

Alves, M., Cristiane Aparecida Silveira, Laus, E., Maísa Crivellini Tessuto, & Nely Regina Sartori. (2010). Teorias administrativas na saúde. *Rev. Enferm. UERJ*, 18(2), 311-316.

Amaral- Bastos, M. (2012, Junho 14). *Dor em Pediatria: Papel do Enfermeiro ... Evidência e Boas Práticas*. [Palestra em Workshop]. Secção Regional Do Norte dos Enfermeiros. <http://hdl.handle.net/10400.16/1443>

Amaral-Bastos, M., & Sousa, C. (2014). Valorizar a dor na criança: uma reflexão voltada para a praxis. *Revista Nascer E Crescer*, 23(4), 190-194. <http://hdl.handle.net/10400.16/1787>

American Academy of Pediatrics . (1999). The Pediatrician's Role in Development and Implementation of an Individual Education Plan (IEP) and/or an Individual Family Service Plan (IFSP). *Pediatrics*, 104(1), 124-127. <https://doi.org/10.1542/peds.104.1.124>

American Academy of Pediatrics . (2001). Developmental Surveillance and Screening of Infants and Young Children. *PEDIATRICS*, 108(1), 192-195. <https://doi.org/10.1542/peds.108.1.192>

American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. (2004). Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation. *PEDIATRICS*, 114(1), 297-316. <https://doi.org/10.1542/peds.114.1.297>

Amthauer, C., & Cunha, M. L. C. da. (2016). Manchester Triage System: main flowcharts, discriminators and outcomes of a pediatric emergency care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1078.2779>

Ana Sofia Santos, Morais, D., Ferreira, G., José Domingos Coelho, & Luís Miguel Garcia. (2022). A Influência dos estilos de liderança em Enfermagem na dinâmica da equipa: uma revisão sistemática. *Zenodo (CERN European Organization for Nuclear Research)*, 2. <https://doi.org/10.5281/zenodo.6467213>

Apgar, V. (2015). A Proposal for a New Method of Evaluation of the Newborn Infant. *Anesthesia & Analgesia*, 120(5), 1056-1059. <https://doi.org/10.1213/ane.0b013e31829bdc5c>

Araújo, I. P. S. (2004). *Introdução à Auditoria Operacional* (2nd ed.). FGV Editora.

Ardiel, E. L., & Rankin, C. H. (2010). The importance of touch in development. *Paediatrics & Child Health*, 15(3), 153-156. <https://doi.org/10.1093/pch/15.3.153>

Association of Paediatric Chartered Physiotherapists. (2015). *Guidelines for Nasopharyngeal Suction of a Child or Young Adult*. APCP Respiratory Group. https://apcp.csp.org.uk/system/files/guidelines_for_nasopharyngeal_suction_0_1.pdf

Azevedo, A., Júnior, A., & Crepaldi, M. (2017). Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. *Ciência e Saúde Coletiva*, 22(11), 3653-3666.

<https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.26362015>

Aznar, A., & Tenenbaum, H. R. (2016). Parent-Child Positive Touch: Gender, Age, and Task Differences. *Journal of Nonverbal Behavior*, 40(4), 317–333.

<https://doi.org/10.1007/s10919-016-0236-x>

Baker, R. D., Greer, F. R., & Committee on Nutrition American Academy of Pediatrics. (2010). Diagnosis and Prevention of Iron Deficiency and Iron-Deficiency Anemia in Infants and Young Children (0-3 Years of Age). *PEDIATRICS*, 126(5), 1040–1050.

<https://doi.org/10.1542/peds.2010-2576>

Bárcia, S., & Sá, E. (2010). A Importância do Toque e da Massagem do Bebê. In J. C. Teixeira (Ed), *Psicologia da Saúde* (pp. 147-160). Lisboa: Climepsi Editores.

Barnett, L. (2005). Keep in touch: The importance of touch in infant development. *Infant Observation*, 8(2), 115–123. <https://doi.org/10.1080/13698030500171530>

Bastos, F., Cruz, I., Campos, J., Brito, A., Parente, P., & Morais, E. (2022). Representação do conhecimento em enfermagem – a família como cliente. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 5(1), 81–95. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.213>

Beck, S., Wojdyla, D., Say, L., Pilar Bertran, A., Meraldi, M., Harris Requejo, J., Rubens, C., Menon, R., & Van Look, P. (2010a). The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(1), 31–38.

<https://doi.org/10.2471/blt.08.062554>

Bellman, M., & Vijeratnam, S. (2011). From child health surveillance to child health promotion, and onwards: a tale of babies and bathwater. *Archives of Disease in Childhood*, 97(1), 73–77.

<https://doi.org/10.1136/adc.2010.186668>

Belon, L., Skidmore, P., Mehra, R., & Walter, E. (2021). Effect of a fever in viral infections — the “Goldilocks” phenomenon?. *World Journal of Clinical Cases*, 9(2), 296–307.

<https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i2.296>

Benner, P., Queirós, A.A., & Lourenço, B. (2001). De iniciado a perito. Quarteto Editora.

Bentley, M. E., Johnson, S. L., Wasser, H., Creed-Kanashiro, H., Shroff, M., Fernandez Rao, S., & Cunningham, M. (2013). Formative research methods for designing culturally appropriate, integrated child nutrition and development interventions: an overview. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1308(1), 54–67. <https://doi.org/10.1111/nyas.12290>

Bhangu, A., Søreide, K., Di Saverio, S., Assarsson, J. H., & Drake, F. T. (2015). Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management. *The Lancet*, 386(10000), 1278–1287. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)00275-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)00275-5)

Biscaia, A. R., & Heleno, L. C. V. (2017). Primary Health Care Reform in Portugal: Portuguese,

modern and innovative. *Ciencia & Saude Coletiva*, 22(3), 701-712.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.33152016>

Bjornsdotter, M., Loken, L., Olausson, H., Vallbo, A., & Wessberg, J. (2009). Somatotopic Organization of Gentle Touch Processing in the Posterior Insular Cortex. *Journal of Neuroscience*, 29(29), 9314-9320. <https://doi.org/10.1523/jneurosci.0400-09.2009>

Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M. Z., Chou, D., Moller, A.-B., Narwal, R., Adler, A., Vera Garcia, C., Rohde, S., Say, L., & Lawn, J. E. (2012). National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *The Lancet*, 379(9832), 2162-2172.

[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60820-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60820-4)

Bonfim, C. M., Nogueira, M. L., Simas, P. V. M., Gardinassi, L. G. A., Durigon, E. L., Rahal, P., & Souza, F. P. (2011). Frequent respiratory pathogens of respiratory tract infections in children attending daycare centers. *Jornal de Pediatria*, 87(5), 439-444.

<https://doi.org/10.2223/jped.2126>

Booth, C. L., Rubin, K. H., & Rose-Krasnor, L. (1998). Perceptions of emotional support from mother and friend in middle childhood: links with social-emotional adaptation and preschool attachment security. *Child Development*, 69(2), 427-442.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9586217/>

Boullata, J. I., Gilbert, K., Sacks, G., Labossiere, R. J., Crill, C., Goday, P., Kumpf, V. J., Mattox, T. W., Plogsted, S., Holcombe, B., Malone, A., Teitelbaum, D., Andris, D. A., Ayers, P., Baroccas, A., Compher, C., Ireton-Jones, C., Jaksic, T., Robinson, L. A., & Van Way, C. W. (2014). A.S.P.E.N. Clinical Guidelines. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 38(3), 334-377.

<https://doi.org/10.1177/0148607114521833>

Brás, A.M.R., Quitério, M.M., & Nunes, E.M. (2020). Intervenções do enfermeiro na prevenção de quedas na criança hospitalizada: scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6), 1-8 .

<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0409>

Brauer, J., Xiao, Y., Poulain, T., Friederici, A. D., & Schirmer, A. (2016). Frequency of Maternal Touch Predicts Resting Activity and Connectivity of the Developing Social Brain. *Cerebral Cortex*, 26(8), 3544-3552. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhw137>

Brown, J., Caple, C., Seeber-Combs, C. & Hanson, D. (2021). Preventing IV Therapy Complications. *CINAHL Nursing Guide*.

Brown, K. H. (2003). Diarrhea and Malnutrition. *The Journal of Nutrition*, 133(1), 328S332S.

<https://doi.org/10.1093/jn/133.1.328s>

Brummelman, E., Terburg, D., Smit, M., Bögels, S. M., & Bos, P. A. (2018). Parental touch reduces social vigilance in children. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 35, 87-93.

<https://doi.org/10.1016/j.dcn.2018.05.002>

Brunherotti, M. A. A., & Martinez, F. E. (2015). Influência da posição corporal no deslocamento da pronga nasal em recém-nascido pré-termo em pressão positiva contínua em vias aéreas. *Revista Paulista de Pediatria*, 33(3), 280-285. <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2015.01.005>

Brzozowska, A., Longo, M. R., Mareschal, D., Wiesemann, F., & Gliga, T. (2021). Capturing touch in parent-infant interaction: A comparison of methods. *Infancy*, 26(3), 494-514. <https://doi.org/10.1111/infa.12394>

Bueno, M., Sacai, S., & Toma, E. (2003). Hiperbilirrubinemia neonatal: propostas de intervenções de enfermagem. *Acta Paul Enferm.*, 16(2), 75-83. <https://acta-ape.org/article/hiperbilirrubinemia-neonatal-propostas-de-intervencoes-de-enfermagem/>

Bührer, C., Bahr, S., Siebert, J., Wettstein, R., Geffers, C., & Obladen, M. (2002). Use of 2% 2-phenoxyethanol and 0.1% octenidine as antiseptic in premature newborn infants of 23-26 weeks gestation. *The Journal of hospital infection*, 51(4), 305-307. <https://doi.org/10.1053/jhin.2002.1249>

Busanello, J., Härter, J., Bittencourt, C. M., Cabral, T. S., & Silveira, N. P. (2021). Boas práticas para aspiração de vias aéreas de pacientes em terapia intensiva / Best practices for airway aspiration of intensive care patients. *Journal of Nursing and Health*, 11(1). <https://doi.org/10.15210/jonah.v11i1.19127>

Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A.-S., Ransjö-Arvidson, A.-B., Mukhamedrakhimov, R., Uvnäs-Moberg, K., & Widström, A.-M. (2009). Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 36(2), 97-109. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00307.x>

Caldeira, T., Santos, G., Pontes, E., Dourado, R., & Rodrigues, L. (2006). O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 37(1), 1-4. <https://doi.org/10.25754/pjp.2006.4735>

Cameron, C. E., Brock, L. L., Murrah, W. M., Bell, L. H., Worzalla, S. L., Grissmer, D., & Morrison, F. J. (2012). Fine Motor Skills and Executive Function Both Contribute to Kindergarten Achievement. *Child Development*, 83(4), 1229-1244. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2012.01768.x>

Campos, J. de O., da Silva, A. M., de Santana, M. S., de Oliveira, T. L. P. S., Rocha, C. S. de A., da Silva, A. R., da Silva, G. M., da Silva, J. S., Pereira, C. S. dos S. P. A., & Carvalho, M. F. (2020). Avaliação do estado nutricional de recém-nascidos pré-termo em unidade de terapia intensiva neonatal / Assessment of nutritional status of preterm newborns in the neonatal intensive care unit. *Brazilian Journal of Development*, 6(10), 80007-80028.

<https://doi.org/10.34117/bjdv6n10-432>

Cao, B., Li, X.-W., Mao, Y., Wang, J., Lu, H.-Z., Chen, Y.-S., Liang, Z.-A., Liang, L., Zhang, S.-J., Zhang, B., Gu, L., Lu, L.-H., Wang, D.-Y., & Wang, C. (2009). Clinical Features of the Initial Cases of 2009 Pandemic Influenza A (H1N1) Virus Infection in China. *New England Journal of Medicine*, 361(26), 2507–2517. <https://doi.org/10.1056/nejmoa0906612>

Cappendijk, V. C., & Hazebroek, F. W. (2000). The impact of diagnostic delay on the course of acute appendicitis. *Archives of disease in childhood*, 83(1), 64–66. <https://doi.org/10.1136/ad.83.1.64>

Cardoso, A. (2012). *Tornar-se Mãe, Tornar-se Pai - Estudo sobre a avaliação das competências parentais* [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/20745>

Cardoso, J., & Veríssimo, M. (2014). Estilos parentais e relações de vinculação. *Análise Psicológica*, 31(4), 393–406. <https://doi.org/10.14417/ap.807>

Casabona, C. M. R., & Queiroz, J. F. (2005). *Biotecnologia e suas implicações ético- jurídicas*. Editora del Rey.

Casey, P. H. (2008). Growth of Low Birth Weight Preterm Children. *Seminars in Perinatology*, 32(1), 20–27. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2007.12.004>

Cashore, W. J. (2000). BILIRUBIN AND JAUNDICE IN THE MICROPREMIE. *Clinics in Perinatology*, 27(1), 171–179. [https://doi.org/10.1016/s0095-5108\(05\)70012-9](https://doi.org/10.1016/s0095-5108(05)70012-9)

Cekaite, A., & Bergnehr, D. (2018). Affectionate touch and care: embodied intimacy, compassion and control in early childhood education. *European Early Childhood Education Research Journal*, 26(6), 940–955. <https://doi.org/10.1080/1350293x.2018.1533710>

Celik, S., Atar, N. Y., Ozturk, N., Mendes, G., Kuytak, F., Bakar, E., Dalgiran, D., & Ergin, S. (2015). Constipation Risk in Patients Undergoing Abdominal Surgery. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(6). <https://doi.org/10.5812/ircmj.23632>

Centers for Disease Control and Prevention. (2011). *Background Information: Strategies for Prevention of Catheter-Related Infections in Adult and Pediatric Patients*. CDC. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/bsi/background/prevention-strategies.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Understanding How Vaccines Work*. CDC. <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/conversations/understanding-vacc-work.html>

Cercatti, M. (2018). *A Frequência da Utilização de Videojogos e sua Influência na Qualidade do Sono de Crianças em Idade Escolar* [Dissertação de Mestrado, Universidade Autónoma de Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade Autónoma de Lisboa. <http://hdl.handle.net/11144/3899>

- Choi, J. Y., Ryoo, E., Jo, J. H., Hann, T., & Kim, S. M. (2016). Risk factors of delayed diagnosis of acute appendicitis in children: for early detection of acute appendicitis. *Korean Journal of Pediatrics*, 59(9), 368. <https://doi.org/10.3345/kjp.2016.59.9.368>
- Christ-Crain, M., & Muller, B. (2007). Biomarkers in respiratory tract infections: diagnostic guides to antibiotic prescription, prognostic markers and mediators. *European Respiratory Journal*, 30(3), 556-573. <https://doi.org/10.1183/09031936.00166106>
- Cioni, G., & Sgandurra, G. (2013). Normal psychomotor development. *Handbook of Clinical Neurology*, 111, 3-15. <https://doi.org/10.1016/b978-0-444-52891-9.00001-4>
- Coleman, E. A., & Berenson, R. A. (2004). Lost in Transition: Challenges and Opportunities for Improving the Quality of Transitional Care. *Annals of Internal Medicine*, 141(7), 533. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-141-7-200410050-00009>
- Collodel-Benetti, I., Vieira, M. L., Crepaldi, M. A., & Ribeiro-Schneider, D. (2013). Fundamentos de la teoría bioecológica de Urie Bronfenbrenner. *Pensando Psicología*, 9(16), 89-99. <https://doi.org/10.16925/pe.v9i16.620>
- Colvero, A. P., Colvero, M. O., & Fiori, R. M. (2006). Fototerapia – Módulo de ensino. *Scientia Medica*, 15(2), 90-96. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/1550>
- Corrêa, G. C. (2015). Definição e desenvolvimento de competências: um paradigma no processo estratégico. *Estudos Do CEPE*, 0(41), 103. <https://doi.org/10.17058/cepe.v0i41.6294>
- Costa, A.C.P. (2017). *Prematuridade e desenvolvimento: ambiente familiar e o perfil desenvolvimental de um grupo de crianças nascidas prematuramente* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Científico de Acesso Aberto. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/22870/1/Catarina_07-07_Disserta#Eo_Final_PDF.A.pdf
- Costa, C. C., Tonete, V. L. P., & Parada, C. M. G. de L. (2017). Conhecimentos e práticas de manuseio de incubadoras neonatais por profissionais de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(2), 174-180. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700027>
- Costa, J. (2016). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 30 (9), 234-251. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8449>
- Costa, L. D., Andersen, V. F., Perondi, A. R., França, V. F., Cavalheiri, J. C., Bortoloti, D. S., Costa, L. D., Andersen, V. F., Perondi, A. R., França, V. F., Cavalheiri, J. C., & Bortoloti, D. S. (2017). Fatores Preditores para a Admissão do Recém-Nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Baiana de Enfermagem*, 31(4). <https://doi.org/10.18471/rbe.v31i4.20458>
- Craig, J. W., Glick, C., Phillips, R., Hall, S. L., Smith, J., & Browne, J. (2015). Recommendations for

involving the family in developmental care of the NICU baby. *Journal of Perinatology*, 35(S1), S5-S8. <https://doi.org/10.1038/jp.2015.142>

Crittenden, P. M. (2017). *Raising parents: Attachment, Representation, and Treatment*. Routledge.

Crucianelli, L., & Filippetti, M. L. (2018). Developmental Perspectives on Interpersonal Affective Touch. *Topoi*, 39. <https://doi.org/10.1007/s11245-018-9565-1>

Cunha, M., Cadete, A., Virella, D., & do, G. (2010). Acompanhamento dos recém-nascidos de muito baixo peso em Portugal. *Portuguese Journal of Pediatrics*, 41(4), 155-161. <https://doi.org/10.25754/pjp.2010.4337>

Curto, V., & Torezan, G. (2017). O papel de liderança do enfermeiro na ancoragem da motivação da equipe de enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 10. <https://repositorio.up.edu.br/jspui/bitstream/123456789/4847/1/TCC%20-%20Vitoria%20Curto.pdf>

Danno, C. H., Esteves, L. S., & Bohomol, E. (2020). Programas de melhoria de qualidade e o ambiente de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(1). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0108>

Decreto-Lei 248/2009 do Ministério da Saúde. (2009). Diário da República: I Série, nº184. <https://dre.tretas.org/dre/260932/decreto-lei-248-2009-de-22-de-setembro>

Decreto-Lei nº102/2023 do Ministério da Saúde. (2023). Diário da Republica: I Série, nº 215. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>

Decreto-Lei nº102/2023 do Ministério da Saúde. (2023). Diário da República: I Série, nº215. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>

Decreto-Lei nº104/98 do Ministério da Saúde. (1998). Diário da República: I Série, nº93. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784>

Decreto-Lei n.º 413/71 do Ministério da Saúde e Assistência. (1971). Diário da República: I Série, nº 228. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/413-1971-632738>

Deglin, J. H., & Vallerand, A. H. (2009). *Guia Farmacológico para Enfermeiros*. Lusociência

D'Elia, C., & Barbosa, M. (1999). Approach in acute respiratory tract disfunction. *Jornal de Pediatria*, 75(2), 168-176. <https://doi.org/10.2223/jped.385>

Dale, A. E. (2005). Evidence-based practice: compatibility with nursing. *Nursing Standard*, 19(40), 48-53. <https://doi.org/10.7748/ns2005.06.19.40.48.c3892>

Danski, M. T. R., Mingorance, P., Johann, D. A., Schwanke, A. A., & Souza, K. A. (2015). NEONATOS DE ALTO RISCO EM USO DE CATETER INTRAVENOSO PERIFÉRICO. *Cogitare*

Enfermagem, 20(2). <https://doi.org/10.5380/ce.v20i2.39843>

Danski, M. T. R., Mingorance, P., Johann, D. A., Vayego, S. A., & Lind, J. (2016). Incidence of local complications and risk factors associated with peripheral intravenous catheter in neonates.

Revista Da Escola de Enfermagem Da USP, 50(1), 22-28.

<https://doi.org/10.1590/s0080-623420160000100003>

Darmaun, D., Lapillonne, A., Simeoni, U., Picaud, J.-C. ., Rozé, J.-C. ., Saliba, E., Bocquet, A., Chouraqui, J.-P. ., Dupont, C., Feillet, F., Frelut, M.-L. ., Girardet, J.-P. ., Turck, D., Briend, A., & Committee on Nutrition of the French Society of Pediatrics (CNSFP), and French Society of Neonatology (SFN). (2018). Parenteral nutrition for preterm infants: Issues and strategy.

Archives de Pediatrie: Organe Officiel de La Societe Francaise de Pediatrie, 25(4), 286-294.

<https://doi.org/10.1016/j.arcped.2018.02.005>

De Melo, C. P., & Rached, C. D. (2018). Cuidados de enfermagem e segurança do paciente: reflexão sobre o tema e suas dimensões no ambiente de unidade de terapia intensiva.

International Journal of Health Management Review, 4(2).

<https://doi.org/10.21902/jhmreview.v4i2.142>

Despacho nº10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República: II Série, nº 153.

<https://dre.tretas.org/dre/318721/despacho-10319-2014-de-11-de-agosto>

Despacho nº9871/2010 do Ministério da Saúde. (2010). Diário da República: II Série, nº112.

<https://dre.tretas.org/dre/275684/despacho-9871-2010-de-11-de-junho>

Despacho nº10143/2009 do Ministério da Saúde. (2009). Diário da República: II Série, nº74.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10143-2009-2216310>

Despacho nº31292/2008 do Ministério da Saúde. (2008). Diário da República: II Série, nº236.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/31292-2008-975648>

Despacho nº6668/ 2017 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2017). Diário da República: II Série, nº148.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/6668-2017-107794485>

Despacho nº9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Diário da República: II Série, nº187.

<https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/order-n-93902021-of-24-of-september-available-her e-portuguese-and-english-version-pdf.aspx>

Despacho Normativo nº 23152/2008 do Instituto da Segurança Social. (2008). Diário da República, II série, nº176.

<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2008/09/176000000/3914039140.pdf>

Degefa, N., Tadesse, H., Aga, F., & Yeheyis, T. (2019). Sick Child Feeding Practice and Associated

Factors among Mothers of Children Less Than 24 Months Old, in Burayu Town, Ethiopia.

International Journal of Pediatrics, 2019, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2019/3293516>

Deguines, C., Dégrugilliers, L., Ghyselen, L., Chardon, K., Bach, V., & Tourneux, P. (2013). Impact of nursing care on temperature environment in preterm newborns nursed in closed convective incubators. *Acta Paediatrica*, 102(3), e96-e101. <https://doi.org/10.1111/apa.12109>

Della Longa, L., Dragovic, D., & Farroni, T. (2021). In Touch with the Heartbeat: Newborns' Cardiac Sensitivity to Affective and Non-Affective Touch. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2212. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052212>

Della Longa, L., Gliga, T., & Farroni, T. (2019). Tune to touch: Affective touch enhances learning of face identity in 4-month-old infants. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 35, 42-46. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2017.11.002>

Devlin, A. S., & Arneill, A. B. (2003). Health Care Environments and Patient Outcomes. *Environment and Behavior*, 35(5), 665-694. <https://doi.org/10.1177/0013916503255102>

Dewey, K. G., & Mayers, D. R. (2011). Early child growth: how do nutrition and infection interact? *Maternal & Child Nutrition*, 7(3), 129-142. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2011.00357.x>

Diamond, A. (2000). Close interrelation of motor development and cognitive development and of the cerebellum and prefrontal cortex. *Child Development*, 71(1), 44-56. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00117>

DiClemente, R.J., Salazar, L.F., & Crosby, R.A. (2019). *Health Behaviour Theory for Public Health: Principles, Foundations, and Applications* (2nd ed.). Jones & Bartlett Learning.

Direção Geral da Saúde. (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. DGS. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

Direção Geral da Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. DGS.

https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf

Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. DGS. <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Saude-Escolar-2015.pdf>

Direção Geral da Educação. (2017). Referencial de Educação para a Saúde. DGE. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/referencial_educacao_saude_novo.pdf

- Direção Geral da Saúde. (2018). *Norma 002/2018: Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. DGS.
<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos. Linhas de orientação para profissionais e educadores*. DGS.
<http://www.spgp.pt/media/1316/n-e-a-alimentação-saudável-dos-0-aos-6-anos-dgs-2019.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação*. DGS.
<https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2023). *Plano de Contingência para a Resposta Sazonal em Saúde-Referencial Técnico Inverno 2023/2024*. DGS.
https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2023/10/20231013_DGS_Referencial-2023-Plano-Contingência-Módulo-Inverno-2023-24.pdf
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University Press.
- Dunbar, R. I. M. (2010). The social role of touch in humans and primates: behavioural function and neurobiological mechanisms. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34(2), 260–268.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2008.07.001>
- Eckstein, M., Mamaev, I., Ditzen, B., & Sailer, U. (2020). Calming Effects of Touch in Human, Animal, and Robotic Interaction—Scientific State-of-the-Art and Technical Advances. *Frontiers in Psychiatry*, 11(11). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.555058>
- Ehrenkranz, R. A. (2007). Early, Aggressive Nutritional Management for Very Low Birth Weight Infants: What Is the Evidence? *Seminars in Perinatology*, 31(2), 48–55.
<https://doi.org/10.1053/j.semperi.2007.02.001>
- Emidio, S. C. D., Dias, F. de S. B., Moorhead, S., Deberg, J., Oliveira-Kumakura, A. R. de S., & Carmona, E. V. (2020). Conceptual and operational definition of nursing outcomes regarding the breastfeeding establishment. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28.
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.3007.3259>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2021). *ERS - Direitos e deveres dos utentes*. ERS.
<https://www.ers.pt/pt/utentes/direitos-e-deveres-dos-utentes/>
- Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2022). *Ficha de Unidade Curricular*. ESEP.
<https://estudar.esenf.pt/wp-content/uploads/2023/10/Fichas-UC-MESIP.pdf>
- Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2023). Estabelecida parceria entre instituições de

ensino superior para implementação da plataforma educacional e4nursing - *ESEP Investigação e Desenvolvimento*. ESEP. <http://i-d.esenf.pt/artigo-170/>

Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2024). NursingOntos - ESEP Investigação e Desenvolvimento. ESEP.

https://i-d.esenf.pt/nursingontos/?doing_wp_cron=1709918867.9139900207519531250000

Escola Superior de Enfermagem do Porto. (n.d.). Notícias - *Plataforma e4Nursing inova no ensino da Enfermagem*. ESEP. <https://www.esenf.pt/pt/noticias/plataforma-e4nursing/>

Escola Superior de Enfermagem do Porto. (n.d.). Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - *Estudar na ESEP*. ESEP. <https://estudar.esenf.pt/mesip/>

Estrada, M. M. (2016). *Um Mapa Para Chegar ao Coração da Criança*. Leya.

Facci, M. G. D. (2004). A periodização do desenvolvimento psicológico individual na perspectiva de Leontiev, Elkonin e Vigotski. *Cadernos CEDES*, 24(62), 64-81.

<https://doi.org/10.1590/S0101-32622004000100005>

Fairhurst, M. T., Löken, L., & Grossmann, T. (2014). Physiological and Behavioral Responses Reveal 9-Month-Old Infants' Sensitivity to Pleasant Touch. *Psychological Science*, 25(5), 1124-1131. <https://doi.org/10.1177/0956797614527114>

Falkner, F., Tanner, J. M., & Macfarlane, J. A. (1990). Dental development in relation to some anthropometric variables in children from the Camden study. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 18(4), 204-207.

Farrag, H. M., Nawrath, L. M., Healey, J. E., Dorcus, E. J., Rapoza, R. E., Oh, W., & Cowett, R. M. (1997). Persistent glucose production and greater peripheral sensitivity to insulin in the neonate vs. the adult. *American Journal of Physiology: Endocrinology and Metabolism*, 272(1), E86-E93. <https://doi.org/10.1152/ajpendo.1997.272.1.e86>

Feldman R. (2007). Parent-infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 48, 329-354.

<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01701.x>

Fernandes, P. T. S., Santana, T. C., Nogueira, A. L., Santos, F. C., & Bertoncello, D. (2017). Desenvolvimento neuropsicomotor de recém-nascidos prematuros: uma revisão sistemática. *ConScientiae Saúde*, 16(4), 463-470. <https://doi.org/10.5585/conssaude.v16n4.7835>

Ferreira, L. R., Pedreira, M. da L. G., & Diccini, S. (2007). Flebite no pré e pós-operatório de pacientes neurocirúrgicos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(1), 30-36.

<https://doi.org/10.1590/s0103-21002007000100006>

Ferreira, M., Gurgel, S., Lima, F., Cardoso, M., Kelly, M., Ferreira, M., De Souza Gurgel, S.,

- Elisângela, F., Lima, T., Vera, M., Moreira, L., Cardoso, L., & Martins Da Silva, V. (2018). Instrumentos para cuidado de lesão por pressão na pediatria e hebiatria: revisão interativa da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2289.3034>
- Fialho, F. A. N., Dias, I. M. Á. V., & Rego, M. P. de A. (2022). Termo de assentimento: participação de crianças em pesquisas. *Revista Bioética*, 30(2), 423-433. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022302538pt>
- Field, T., Ironson, G., Scafidi, F., Nawrocki, T., Goncalves, A., Burman, I., Pickens, J., Fox, N., Schanberg, S., & Kuhn, C. (1996). Massage Therapy Reduces Anxiety and Enhances Eeg Pattern of Alertness and Math Computations. *International Journal of Neuroscience*, 86(3-4), 197-205. <https://doi.org/10.3109/00207459608986710>
- Figueiredo, L. ., Ferreira, A. R., Vidal, B., Martins, M., & Condeço, L. (2023). Competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Servir*, 2(01e), 69. <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/31614>
- Figuroa, L., McClure, E. M., Swanson, J., Nathan, R., Garces, A. L., Moore, J. L., Krebs, N. F., Hambidge, K. M., Bauserman, M., Lokangaka, A., Tshefu, A., Mirza, W., Saleem, S., Naqvi, F., Carlo, W. A., Chomba, E., Liechty, E. A., Esamai, F., Swanson, D., & Bose, C. L. (2020). Oligohydramnios: a prospective study of fetal, neonatal and maternal outcomes in low-middle income countries. *Reproductive Health*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-020-0854-y>
- Fonseca, D. da C., & Marques, C. C. (2024). Aplicabilidade dos cuidados paliativos pelo enfermeiro na oncologia pediátrica. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(1), 1373-1391. <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n1-104>
- Fotopoulou, A., von Mohr, M., & Krahé, C. (2022). Affective regulation through touch: homeostatic and allostatic mechanisms. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 43, 80-87. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2021.08.008>
- Freijer, K., Tan, S. S., Koopmanschap, M. A., Meijers, J. M. M., Halfens, R. J. G., & Nuijten, M. J. C. (2013). The economic costs of disease related malnutrition. *Clinical Nutrition*, 32(1), 136-141. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2012.06.009>
- Freitas, A. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos* (15),1-38.
- Freitas, A. C., Moreira, A. R., Tomé, S., & Cardoso, R. (2016). Motivos de recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica. *Nascer E Crescer*, 25(3), 136-140. <https://doi.org/10.25753/birthgrowthmj.v25.i3.10075>
- Freitas, B. H. B. M. de, Costa, A. I. L. da, Diogo, P. M. J., & Gaíva, M. A. M. (2021). Emotional labor in pediatric nursing considering the repercussions of covid-19 in childhood and adolescence. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200217>

- Fresenius Kabi. (2022). *Dextrose 5: Prescribing information*. Fresenius Kabi. <https://www.fresenius-kabi.com/en-ca/documents/Dextrose-5-EN-PI-040722.pdf>
- Fresenius Kabi. (n.d.). *Solução De Glicose 5% E 10%*. Fresenius Kabi. https://www.fresenius-kabi.com/br/documents/Glicose_5e10_BulaPaciente.pdf
- Fundação do Gil. (n.d.). *Projectos- Cuidados Domiciliários Pediátricos*. <https://fundacaodogil.pt/projectos/#cuidados-domiciliarios>
- Gameiro, S., Boivin, J., Dancet, E., de Klerk, C., Emery, M., Lewis-Jones, C., Thorn, P., Van den Broeck, U., Venetis, C., Verhaak, C. M., Wischmann, T., & Vermeulen, N. (2015). ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction—a guide for fertility staff: Figure 1. *Human Reproduction*, 30(11), 2476–2485. <https://doi.org/10.1093/humrep/dev177>
- Garcia, M.C. (2018). *A Percepção dos Profissionais de Enfermagem da Dimensão Ética dos Cuidados* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/23420>
- Garten, R. J., Davis, C. T., Russell, C. A., Shu, B., Lindstrom, S., Balish, A., Sessions, W. M., Xu, X., Skepner, E., Deyde, V., Okomo-Adhiambo, M., Gubareva, L., Barnes, J., Smith, C. B., Emery, S. L., Hillman, M. J., Rivallier, P., Smagala, J., de Graaf, M., Burke, D. F., ... Cox, N. J. (2009). Antigenic and genetic characteristics of swine-origin 2009 A(H1N1) influenza viruses circulating in humans. *Science*, 325(5937), 197–201. <https://doi.org/10.1126/science.1176225>
- Gerhardt, S. (2016). *Por Que o Amor é Importante* (2nd ed.). Artmed Editora.
- Giselly Araujo Santos, Elen Ferraz Teston, Dandara Novakowski Spigolon, Josiel Elisandro Werle, Antonia, M., & Guimarães, R. (2020). Cuidado e acompanhamento do lactente de alto risco no primeiro ano de vida. *Revista Enfermagem Atual in Derme*, 92(30). <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.92-n.30-art.570>
- Goldstein, P., Weissman-Fogel, I., Dumas, G., & Shamay-Tsoory, S. G. (2018). Brain-to-brain coupling during handholding is associated with pain reduction. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(11), E2528–E2537. <https://doi.org/10.1073/pnas.1703643115>
- Goleman, D. (2012). *Inteligência emocional*. Objetiva.
- Gomes, N. S., Teixeira, J. B. do A., & Barichello, E. (2010). Cuidados ao recém nascido em fototerapia: o conhecimento da equipe de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(2), 342–347. <https://doi.org/10.5216/ree.v12i2.6507>
- Goossens, G. A. (2015). Flushing and Locking of Venous Catheters: Available Evidence and Evidence Deficit. *Nursing Research and Practice*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1155/2015/985686>
- Grove, S., & Gray, J. (2019). *Understanding Nursing Research Building an Evidence-Based*

Practice (7th ed.). Elsevier.

Grunwell, D. K. P., & Kerbel, D. (1998). A study of idiom comprehension in children with semantic-pragmatic difficulties. Part II: Between-groups results and discussion. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 33(1), 23-44.

<https://doi.org/10.1080/136828298247910>

Grupo Português de Triagem. (2021). *Triagem de Manchester*. GPT.

<https://www.grupoportuguestriagem.pt>

Günlemez, A., Isken, T., Gökalp, A. S., Türker, G., & Arisoy, E. A. (2009). Effect of silicon gel sheeting in nasal injury associated with nasal CPAP in preterm infants. *Indian Pediatrics*, 47(3), 265-267. <https://doi.org/10.1007/s13312-010-0047-9>

Han, J. Y., & Han, S. B. (2020). Febrile Seizures and Respiratory Viruses Determined by Multiplex Polymerase Chain Reaction Test and Clinical Diagnosis. *Children*, 7(11), 234.

<https://doi.org/10.3390/children7110234>

Hanada, S., Pirzadeh, M., Carver, K. Y., & Deng, J. C. (2018). Respiratory Viral Infection-Induced Microbiome Alterations and Secondary Bacterial Pneumonia. *Frontiers in Immunology*, 9(2640).

<https://doi.org/10.3389/fimmu.2018.02640>

Happé, F. G. E. (1995). Understanding Minds and Metaphors: Insights from the Study of Figurative Language in Autism. *Metaphor and Symbolic Activity*, 10(4), 275-295.

https://doi.org/10.1207/s15327868ms1004_3

Hardin, J. S., Jones, N. A., Mize, K. D., & Platt, M. (2021). Affectionate Touch in the Context of Breastfeeding and Maternal Depression Influences Infant Neurodevelopmental and Temperamental Substrates. *Neuropsychobiology*, 80(2), 1-18.

<https://doi.org/10.1159/000511604>

Harding, J. E., Cormack, B. E., Alexander, T., Alsweiler, J. M., & Bloomfield, F. H. (2017). Advances in nutrition of the newborn infant. *The Lancet*, 389(10079), 1660-1668.

[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)30552-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)30552-4)

Harman, C. (2008). Amniotic Fluid Abnormalities. *Seminars in Perinatology*, 32(4), 288-294.

<https://doi.org/10.1053/j.semperi.2008.04.012>

Hawdon, J. M., Aynsley-Green, A., Alberti, K. G., & Platt, M. P. W. (1993). The role of pancreatic insulin secretion in neonatal glucoregulation. I. Healthy term and preterm infants. *Archives of Disease in Childhood*, 68(3), 274-279. https://doi.org/10.1136/adc.68.3_Spec_No.274

Hay, W. W., & Thureen, P. J. (2006). Early postnatal administration of intravenous amino acids to preterm, extremely low birth weight infants. *The Journal of Pediatrics*, 148(3), 291-294.

<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2005.12.011>

- Head, L. M. (2014). The Effect of Kangaroo Care on Neurodevelopmental Outcomes in Preterm Infants. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 28(4), 290-299. <https://doi.org/10.1097/jpn.0000000000000062>
- Hébert, A., Boucher, M.-P., Guimont, C., & Weiss, M. (2017). Effect of measuring vital signs on recognition and treatment of septic children. *Paediatrics & Child Health*, 22(1), 13-16. <https://doi.org/10.1093/pch/pxw003>
- Hebl, J. (2006). The Importance and Implications of Aseptic Techniques During Regional Anesthesia. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 31(4), 311-323. <https://doi.org/10.1016/j.rapm.2006.04.004>
- Hecht, C., Weber, M., Grote, V., Daskalou, E., Dell'Era, L., Flynn, D., Gerasimidis, K., Gottrand, F., Hartman, C., Hulst, J., Joosten, K., Karagiozoglou-Lampoudi, T., Koetse, H. A., Kolaček, S., Książyk, J., Niseteo, T., Olszewska, K., Pavesi, P., Piwowarczyk, A., & Rousseaux, J. (2015). Disease associated malnutrition correlates with length of hospital stay in children. *Clinical Nutrition*, 34(1), 53-59. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2014.01.003>
- Hertenstein, M. J. (2002). Touch: Its Communicative Functions in Infancy. *Human Development*, 45(2), 70-94. <https://doi.org/10.1159/000048154>
- Hertenstein, M. J., Holmes, R., McCullough, M., & Keltner, D. (2009). The communication of emotion via touch. *Emotion*, 9(4), 566-573. <https://doi.org/10.1037/a0016108>
- Hertenstein, M. J., Keltner, D., App, B., Bulleit, B. A., & Jaskolka, A. R. (2006). Touch communicates distinct emotions. *Emotion*, 6(3), 528-533. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.6.3.528>
- Hey, E. (2005). Hyperglycaemia and the very preterm baby. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 10(4), 377-387. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2005.04.008>
- Hirschmann, H., Fux, L., Podusel, J., Schindler, K., Kundi, M., Rotter, M., & Wewalka with assistance of EURIDIKI. (2001). The influence of hand hygiene prior to insertion of peripheral venous catheters on the frequency of complications. *Journal of Hospital Infection*, 49(3), 199-203. <https://doi.org/10.1053/jhin.2001.1077>
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2018). *Wong's nursing care of infants and children*. Elsevier.
- Hofer, M. A. (2005). The psychobiology of early attachment. *Clinical Neuroscience Research*, 4(5-6), 291-300. <https://doi.org/10.1016/j.cnr.2005.03.007>
- Horeczko, T., Enriquez, B., McGrath, N. E., Gausche-Hill, M., & Lewis, R. J. (2013). The pediatric assessment triangle: Accuracy of its application by nurses in the triage of children. *Journal of Emergency Nursing*, 39(2), 182-189. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2011.12.020>
- Hosseini, S. A., & Molla, M. (2023). *Asperger Syndrome*. In StatPearls. StatPearls Publishing.

- Hu, H., Cusack, R., & Naci, L. (2022). Typical and disrupted brain circuitry for conscious awareness in full-term and preterm infants. *Brain Communications*, 4(2).
<https://doi.org/10.1093/braincomms/fcac071>
- Hugo Neves Brandão, & Jairo Eduardo Borges-Andrade. (2007). Causas E Efeitos Da Expressão De Competências No Trabalho: Para Entender Melhor A Noção De Competência. *Revista de Administração Mackenzie*, 8(3), 32-49.
<https://doi.org/10.1590/1678-69712007/administracao.v8n3p32-49>
- Hynan, M. T., & Hall, S. L. (2015). Psychosocial program standards for NICU parents. *Journal of Perinatology*, 35, S1-S4. <https://doi.org/10.1038/jp.2015.141>
- Infarmed. (2023). *Resumo das Características do Medicamento- Ventilan*. Infarmed.
<https://cdn.shopk.it/usercontent/plataforma-de-pedidos/media/files/1320d1f-114208-salbutamol-ventilan-5-mgml.pdf>
- Infarmed. (2021). *Resumo das Características do Medicamento - Atrovent PA*. Infarmed.
<https://cdn.shopk.it/usercontent/plataforma-de-pedidos/media/files/ebef07e-122839-brometo-de-ipratropio-atrovent-pa-20-g-dose.pdf>
- Instituto de Apoio à Criança. (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. IAC.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf
- International Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser*. ICN.
<https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- International Family Nursing Association. (2015). *IFNA Position Statement on Generalist Competencies for Family Nursing Practice*. IFNA.
<https://internationalfamilynursing.org/2015/07/31/ifna-position-statement-on-generalist-competencies-for-family-nursing-practice/>
- IsHak, W. W., Kahloon, M., & Fakhry, H. (2011). Oxytocin role in enhancing well-being: A literature review. *Journal of Affective Disorders*, 130(1-2), 1-9.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.06.001>
- Jan, M. M. S. (2007). Neurological examination of difficult and poorly cooperative children. *Journal of Child Neurology*, 22(10), 1209-1213. <https://doi.org/10.1177/0883073807306262>
- Jansen, M. F., dos Santos, R. M., & Favero, L. (2010). [Benefits from the use of toys during nursing care delivered to hospitalized children]. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 31(2), 247-253. <https://doi.org/10.1590/s1983-14472010000200007>
- Ji Yoon Han, & Seung Beom Han. (2021). Seizures Related to Influenza in Pediatric Patients: A Comparison with Seizures Associated with Other Respiratory Viral Infections. *Journal of Clinical*

Medicine, 10(14), 3088–3088. <https://doi.org/10.3390/jcm10143088>

Johnson, J. & Keogh, J. (2012). *Enfermagem pediátrica desmistificada*. Lusodidacta

Joice Souza Garcia, Viana, R., Silva, Vicentini, B., Carlos, S., M. García, Matheus Carneiro Paranhos, Jordanne Lopes Cordeiro, Germany, G., Neves, N., Borges, E., & Cardoso, S. (2023). Alterações de líquido amniótico e suas complicações na vitalidade fetal. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(4), 15471–15483. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n4-118>

Junior, M. P., Lima, A., & Stoco, W. H. (2020). Busca de Melhoria Contínua em Processo Produtivo: Aplicações das Ferramentas de Gestão da Qualidade. *Brazilian Journal of Development*, 6(3), 10621–10634. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n3-078>

Kempley, S., Gupta, N., Linsell, L., Dorling, J., McCormick, K., Mannix, P., Juszczak, E., Brocklehurst, P., & Leaf, A. (2013). Feeding infants below 29 weeks' gestation with abnormal antenatal Doppler: analysis from a randomised trial. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 99(1), F6–F11. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2013-304393>

Kilpatrick, S. J., Lu-Ann Papile, Macones, G. A., Watterberg, K. L., American Academy Of Pediatrics, & American College Of Obstetricians And Gynecologists. (2017). *Guidelines for perinatal care*. (8th. Ed). American Academy Of Pediatrics.

Kim, M. A., Kim, S.-J., & Cho, H. (2016). Effects of tactile stimulation by fathers on physiological responses and paternal attachment in infants in the NICU. *Journal of Child Health Care*, 21(1), 36–45. <https://doi.org/10.1177/1367493516666729>

Klein, V. C., Gaspardo, C. M., & Linhares, M. B. M. (2011). Dor, autorregulação e temperamento em recém-nascidos pré-termo de alto risco. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 24(3), 504–512. <https://doi.org/10.1590/s0102-79722011000300011>

Kliegman, R. M., & St Geme, J. W., III. (2019). *Nelson Textbook of Pediatrics*. Elsevier Health Sciences.

Klin, A. (2006). Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, s3–s11. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462006000500002>

Koning, C., & Magill-Evans, J. (2001). Social and Language Skills in Adolescent Boys with Asperger Syndrome. *Autism*, 5(1), 23–36. <https://doi.org/10.1177/1362361301005001003>

Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2003). Securing “good” nurse/physician relationships. *Nursing Management (Springhouse)*, 34(7), 34–38. <https://doi.org/10.1097/00006247-200307000-00013>

Kuhn, C. M., Schanberg, S. M., Field, T., Symanski, R., Zimmerman, E., Scafidi, F., & Roberts, J. (1991). Tactile-kinesthetic stimulation affects on sympathetic and adrenocortical function in preterm infants. *The Journal of Pediatrics*, 119(3), 434–440. [https://doi.org/10.1016/s0022-3476\(05\)82059-1](https://doi.org/10.1016/s0022-3476(05)82059-1)

- Lago, V. de M., Amaral, C. E. dos S., Bosa, C. A., & Bandeira, D. R. (2010). Instrumentos que avaliam a relação entre pais e filhos. *Journal of Human Growth and Development*, 20(2), 330-341.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822010000200015&script=sci_abstract&lng=pt
- Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*, 25(3), 176-188. <https://doi.org/10.1002/nur.10032>
- Lake, E. T., Staiger, D., Edwards, E. M., Smith, J. G., & Rogowski, J. A. (2017). Nursing Care Disparities in Neonatal Intensive Care Units. *Health Services Research*, 53(1), 3007-3026. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12762>
- Laupland, K. B. (2009). Fever in the critically ill medical patient. *Critical Care Medicine*, 37, S273-S278. <https://doi.org/10.1097/ccm.0b013e3181aa6117>
- Lee, H. J., Shin, D. H., Choi, J. S., & Kim, K. H. (2012). Leukocytoclastic Vasculitis Associated with Influenza A Virus Infection. *Journal of Korean Medical Science*, 27(12), 1601. <https://doi.org/10.3346/jkms.2012.27.12.1601>
- Lee, J. L., Yang, S. S., Park, I. J., Yu, C. S., & Kim, J. C. (2014). Comparison of abdominal and perineal procedures for complete rectal prolapse: an analysis of 104 patients. *Annals of Surgical Treatment and Research*, 86(5), 249-255. <https://doi.org/10.4174/astr.2014.86.5.249>
- Léger, D. S., & Luengo, G. S. (2023). The human touch: A connected neuro-cellular skin-brain network. *Skin Research and Technology*, 29(4). <https://doi.org/10.1111/srt.13278>
- Lehnhardt, F.-G., Gawronski, A., Pfeiffer, K., Kockler, H., Schilbach, L., & Vogeley, K. (2013). The Investigation and Differential Diagnosis of Asperger Syndrome in Adults. *Deutsches Aerzteblatt Online*, 110(45). <https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0755>
- Lei nº71/2013 da Assembleia da República relativamente ao exercício profissional das atividades de aplicação de terapêuticas não convencionais. (2013). Diário da República: I série, nº168. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2013-105761418>
- Lerner, R. M., & Damon, W. (Eds.). (1998). *Handbook of child psychology, vol. 1: Theoretical models of human development* (5th ed.). New York: John Wiley.
- Lerwick, J. L. (2013). Psychosocial implications of pediatric surgical hospitalization. *Seminars in Pediatric Surgery*, 22(3), 129-133. <https://doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2013.04.003>
- Libster, R., Bugna, J., Coviello, S., Hijano, D. R., Dunaiewsky, M., Reynoso, N., Cavalieri, M. L., Guglielmo, M. C., Areso, M. S., Gilligan, T., Santucho, F., Cabral, G., Gregorio, G. L., Moreno, R., Lutz, M. I., Panigasi, A. L., Saligari, L., Caballero, M. T., Egües Almeida, R. M., Gutierrez Meyer, M. E., ... Polack, F. P. (2010). Pediatric hospitalizations associated with 2009 pandemic influenza A

(H1N1) in Argentina. *The New England journal of medicine*, 362(1), 45–55.

<https://doi.org/10.1056/NEJMoa0907673>

Lidar, M., Lipschitz, N., Langevitz, P., & Shoenfeld, Y. (2009). The infectious etiology of vasculitis. *Autoimmunity*, 42(5), 432–438. <https://doi.org/10.1080/08916930802613210>

Lima, E. C. de, & Ribeiro, N. R. R. (2009). A família cuidando o filho dependente de ventilação mecânica no domicílio. *Ciênc. Cuid. Saúde*, 8, 110–116.

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-23343>

Lima, E. L., Silva, G. L. da, & Silva, M. R. da. (2023). Competências e habilidades do enfermeiro na Unidade de Terapia Intensiva: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(3), 13654–13667. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n3-411>

Lima, N., Ana Cristina Araújo, Costa, I., Leite, B., & Júlia, M. (2009). Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 729–733.

<https://doi.org/10.1590/s0034-71672009000500013>

Lima, V. V., & Ribeiro, E. C. O. (2022). Abordagem dialógica de competência: pressupostos e percurso metodológico para a construção de perfis na área da Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 26. <https://doi.org/10.1590/interface.210737>

Lopes, J.M. (2003). *Fisiopatologia da Dor- Biblioteca da Dor*. Permanyer Portugal.

López-Solà, M., Geuter, S., Koban, L., Coan, J. A., & Wager, T. D. (2019). Brain mechanisms of social touch-induced analgesia in females. *PAIN*, 160(9), 2072–2085.

<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001599>

Lucila Castanheira Nascimento, Paula, Ariane Ranzani Rigotti, Luiz, R., Lucila Castanheira Nascimento, & Silmara Gianoti. (2006). A utilização do lazer como estratégia para integração de familiares/acompanhantes em enfermaria de pediatria. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 10(3), 580–585. <https://doi.org/10.1590/s1414-81452006000300031>

Luizy, B., Guedes, S., Martins, M., Ferreira, B., Lisieux Vaz Da Costa Mascarenhas, M., Laura, A., Ferreira, C., Cavalcante Costa, L., Martins, I., Lúcio, L., Maceió, A., & Anna, E. (2019). Pressão positiva contínua nas vias aéreas em neonatos: cuidados prestados pela equipe de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 23(2), 2019. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0122>

Lyall, H., Burchell, A., Howie, P. W., Ogston, S., & Hume, R. (1994). Early detection of metabolic abnormalities in preterm infants impaired by disorders of blood glucose concentrations. *Clinical Chemistry*, 40(4), 526–530. <https://doi.org/10.1093/clinchem/40.4.526>

Maciejewski, E., Hamon, I., Fresson, J., & Hascoet, J-M. (2016). Growth and neurodevelopment outcome in symmetric versus asymmetric small for gestational age term infants. *Journal of Perinatology*, 36(8), 670–675. <https://doi.org/10.1038/jp.2016.48>

- Magalhães, F. H. de L., Pereira, I. C. de A., Luiz, R. B., Barbosa, M. H., & Ferreira, M. B. G. (2019). Clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40(spe). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180272>
- Mahony, J. B. (2008). Detection of Respiratory Viruses by Molecular Methods. *Clinical Microbiology Reviews*, 21(4), 716–747. <https://doi.org/10.1128/cmr.00037-07>
- Maisels, M. J. (1996). Why use homeopathic doses of phototherapy? *Pediatrics*, 98, 283–287. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8692631/>
- Maki, D. G., Alvarado, C. J., & Ringer, M. (1991). Prospective randomised trial of povidone-iodine, alcohol, and chlorhexidine for prevention of infection associated with central venous and arterial catheters. *The Lancet*, 338(8763), 339–343. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)90479-9](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)90479-9)
- Manrique-Rodríguez, S., Heras-Hidalgo, I., Pernia-López, M. S., Herranz-Alonso, A., Del Río Pisabarro, M. C., Suárez-Mier, M. B., Cubero-Pérez, M. A., Viera-Rodríguez, V., Cortés-Rey, N., Lafuente-Cabrero, E., Martínez-Ortega, M. C., Bermejo-López, E., Díez-Sáenz, C., López-Sánchez, P., Gaspar-Carreño, M. L., Achau-Muñoz, R., Márquez-Peiró, J. F., Valera-Rubio, M., Domingo-Chiva, E., & Aquerreta-González, I. (2021). Standardization and Chemical Characterization of Intravenous Therapy in Adult Patients: A Step Further in Medication Safety. *Drugs in R&D*, 21(1), 39–64. <https://doi.org/10.1007/s40268-020-00329-w>
- Manzotti, A., Cerritelli, F., Esteves, J. E., Lista, G., Lombardi, E., La Rocca, S., Gallace, A., McGlone, F. P., & Walker, S. C. (2019). Dynamic touch reduces physiological arousal in preterm infants: A role for c-tactile afferents? *Developmental Cognitive Neuroscience*, 39, 100703. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2019.100703>
- Marcelino, T., Pontífice-Sousa, P., & Marques, R. (2021). Estratégias promotoras da inteligência emocional nos enfermeiros. *Rev. Port. Enferm. Saúde Mental*, 25, 39–48. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1347779>
- Marcolino, E. C., Cavalcanti, A. L., Padilha, W. W. N., Miranda, F. A. N., & Clementino, F. S. (2018). Bullying: Prevalência e Fatores Associados à Vitimização e à Agressão no Cotidiano Escolar. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27(1). <https://doi.org/10.1590/0104-07072018005500016>
- Mariani Wigley, I. L. C., Mascheroni, E., Fontana, C., Giorda, R., Morandi, F., Bonichini, S., McGlone, F., Fumagalli, M., & Montiroso, R. (2021). The role of maternal touch in the association between SLC6A4 methylation and stress response in very preterm infants. *Developmental Psychobiology*, 63. <https://doi.org/10.1002/dev.22218>
- Mark, K. (2020). Family presence during paediatric resuscitation and invasive procedures: the parental experience: An integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(1). <https://doi.org/10.1111/scs.12829>

- Marques, S. F. da S., Souza, L. M., & Beleza, L. O. (2011). Balanço hídrico em recém-nascidos com extremo baixo peso: o conhecimento dos profissionais de enfermagem. *Comun. Ciênc. Saúde*, 22(1), 41-50. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-33840>
- Martinez, E. A., Tocantins, F. R., & Souza, S. R. de. (2013). As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(1), 37-44. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000100005>
- Martins, B. M. R., Carvalho, M. de, Moreira, M. E. L., & Lopes, J. M. A. (2007). Efficacy of new microprocessed phototherapy system with five high intensity light emitting diodes (Super LED). *Jornal de Pediatria*, 83(3), 253-258. <https://doi.org/10.2223/jped.1637>
- Martins, M., Marques, R., Sousa, M., Valério, A., Cabral, I., & Almeida, F. (2020). [Frequent Users of the Pediatric Emergency Department: To Know, To Intervene and To Evaluate - A Pilot Study]. *Acta Medica Portuguesa*, 33(5), 311-317. <https://doi.org/10.20344/amp.12769>
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., & Powell, B. (2002). The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment & Human Development*, 4(1), 107-124. <https://doi.org/10.1080/14616730252982491>
- Marzuillo, P., Germani, C., Krauss, B. S., & Barbi, E. (2015). Appendicitis in children less than five years old: A challenge for the general practitioner. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 4(2), 19-24. <https://doi.org/10.5409/wjcp.v4.i2.19>
- Mathuriya, G., Verma, M., & Rajpoot, S. (2017). Comparative study of maternal and fetal outcome between low and normal amniotic fluid index at term. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 6(2), 640. <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20170398>
- Mayo, B. C., Haws, B. E., Bohl, D. D., Louie, P. K., Hijji, F. Y., Narain, A. S., Massel, D. H., Khechen, B., & Singh, K. (2018). Postoperative Fever Evaluation Following Lumbar Fusion Procedures. *Neurospine*, 15(2), 154-162. <https://doi.org/10.14245/ns.1836026.013>
- McCusker, R. H., & Kelley, K. W. (2012). Immune-neural connections: how the immune system's response to infectious agents influences behavior. *Journal of Experimental Biology*, 216(1), 84-98. <https://doi.org/10.1242/jeb.073411>
- McGlone, F., Wessberg, J., & Olausson, H. (2014). Discriminative and Affective Touch: Sensing and Feeling. *Neuron*, 82(4), 737-755. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2014.05.001>
- McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., Tibu, F., Fox, N. A., Zeanah, C. H., & Nelson, C. A. (2015). Causal effects of the early caregiving environment on development of stress response systems in children. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 112(18), 5637-5642. <https://doi.org/10.1073/pnas.1423363112>

- McPherson, C., Miller, S. P., El-Dib, M., Massaro, A. N., & Inder, T. E. (2020). The influence of pain, agitation, and their management on the immature brain. *Pediatric Research*, 88(2), 168-175. <https://doi.org/10.1038/s41390-019-0744-6>
- Medeiros, A. M. C., & Bernardi, A. T. (2011). Alimentação do recém-nascido pré-termo: aleitamento materno, copo e mamadeira. *Revista Da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 16(1), 73-79. <https://doi.org/10.1590/s1516-80342011000100014>
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: Development & Progress* (4.a ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mello, D. F. de, Henrique, N. C. P., Pancieri, L., Veríssimo, M. de L. Ó. R., Tonete, V. L. P., & Malone, M. (2014). Child safety from the perspective of essential needs. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(4), 604-610. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3651.2458>
- Melnyk, B. M., Kelly, S., Jacobson, D., Belyea, M., Shaibi, G., Small, L., O'Haver, J., & Marsiglia, F. F. (2013). The COPE healthy lifestyles TEEN randomized controlled trial with culturally diverse high school adolescents: Baseline characteristics and methods. *Contemporary Clinical Trials*, 36(1), 41-53. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2013.05.013>
- Melo, I. M. P. (2021). *De enfermeira a enfermeira especialista : desenvolvimento de competências em situação de exceção* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/34715>
- Meltzer, L. J., Davis, K. F., & Mindell, J. A. (2012). Patient and parent sleep in a children's hospital. *Pediatric Nursing*, 38(2), 64-71; quiz 72. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22685865/>
- Mendes, M. (2010). *Enfermeiros e pais em parceria na construção do bem-estar da família* [Conference Session]. III Simpósio Internacional Enfermagem de Família, Escola Superior de Enfermagem do Porto. <https://hdl.handle.net/1822/11750>
- Mendes, M. G., & Martins, M. M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, III(6). <https://hdl.handle.net/1822/19941>
- Mesotten, D., Joosten, K., van Kempen, A., Verbruggen, S., Braegger, C., Bronsky, J., Cai, W., Campoy, C., Carnielli, V., Darmaun, D., Decsi, T., Domellöf, M., Embleton, N., Fewtrell, M., Fidler

- Mis, N., Franz, A., Goulet, O., Hartman, C., Hill, S., & Hojsak, I. (2018). ESPGHAN/ESPEN/ESPR/CSPEN guidelines on pediatric parenteral nutrition: Carbohydrates. *Clinical Nutrition*, 37(6), 2337–2343. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.06.947>
- Miller, E., Hoschler, K., Hardelid, P., Stanford, E., Andrews, N., & Zambon, M. (2010). Incidence of 2009 pandemic influenza A H1N1 infection in England: a cross-sectional serological study. *The Lancet*, 375(9720), 1100–1108. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(09\)62126-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(09)62126-7)
- Minior, V. (1998). Fetal Growth Restriction at Term: Myth or Reality? *Obstetrics & Gynecology*, 92(1), 57–60. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(98\)00118-5](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(98)00118-5)
- Ministério da Saúde. (2008). *Manual de Boas Práticas DSP da ARSAlgarve IP*. ARS Algarve. https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2020/12/Precaucoes_de_Isolamento.pdf
- Ministério da Saúde Brasília. (2017a). *Atenção Humanizada ao Recém Nascido- Método canguru Manual Técnico* (3rd ed.). Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde Brasília. (2017b). *Atenção Humanizada ao Recém-Nascido Diretrizes de Cuidado* (3rd ed.). Ministério da Saúde.
- Miranda, I.B, Silva, R. A., Kelly, A., de, J., Maria, L., Luciana Melo Campos, Louisy, M., Matheus, Duarte, A., & Correia, G. (2022). Avaliação dos diagnósticos diferenciais das crises cianóticas neonatais: uma revisão de literatura / Evaluation of the differential diagnoses of neonatal cyanotic crises: a literature review. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(1), 2506–2519. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n1-224>
- Möller, G., de Oliveira, J. L. C., Dal Pai, D., Azzolin, K., & de Magalhães, A. M. M. (2021). Nursing practice environment in intensive care unit and professional burnout. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 55. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-00409>
- Monteiro, A. & Cerqueira, C. (2020). Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. In *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lidel.
- Monteiro, A. C. M., Rodrigues, B. M. R. D., Pacheco, S. T. de A., & Pimenta, L. S. (2014). A atuação do enfermeiro junto à criança com câncer: cuidados paliativos. *Revista Enfermagem UERJ*, 22(6). <https://doi.org/10.12957/reuerj.2014.15665>
- Monteiro, A., Andresa, C., Bezerra, M., Cristina, B., Anjos, B., Almeida, A., Pinto, P., Carvalho Barata, J., Freitas, G., Santos, Marinho, R., Aline, L., & Coelho, C. (2022). Utilização de Práticas Integrativas e Complementares como recurso mitigador de problemas comuns da primeira infância: Relato de experiência . *Research*, 11(15). <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i15.37388>
- Moore, T. (2003). Suctioning techniques for the removal of respiratory secretions. *Nursing Standard*, 18(9), 47–53. <https://doi.org/10.7748/ns2003.11.18.9.47.c3504>

- Mörelius, E., Örténstrand, A., Theodorsson, E., & Frostell, A. (2015). A randomised trial of continuous skin-to-skin contact after preterm birth and the effects on salivary cortisol, parental stress, depression, and breastfeeding. *Early Human Development*, 91(1), 63–70. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.12.005>
- Morris, R., Meller, C., Tamblyn, J., Malin, G., Riley, R., Kilby, M., Robson, S., & Khan, K. (2014). Association and prediction of amniotic fluid measurements for adverse pregnancy outcome: systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(6), 686–699. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12589>
- Morrison, I., Löken, L. S., & Olausson, H. (2009). The skin as a social organ. *Experimental Brain Research*, 204(3), 305–314. <https://doi.org/10.1007/s00221-009-2007-y>
- Motlani, V., Motlani, G., & Thool, A. (2022). Asperger Syndrome (AS): A Review Article. *Cureus*, 14(11). <https://doi.org/10.7759/cureus.31395>
- Mustard, J. (2009). Early human development: equity from the start: Latin America. *Rev.latinoam.cienc.soc.niñez*, 7(2), 639-680. <http://ref.scielo.org/pj6vmj>
- Mustard, J.F. (2010). *Early Brain Development and Human Development*. Council for Early Child Development, Toronto, Canada. <https://www.child-encyclopedia.com/pdf/expert/importance-early-childhood-development/according-experts/early-brain-development-and-human>
- Nabhan, A. F., & Abdelmoula, Y. A. (2008). Amniotic fluid index versus single deepest vertical pocket: A meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 104(3), 184–188. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2008.10.018>
- Nascimento, J. S. G., Nascimento, K. G., de Oliveira, J. L. G. de, Alves, M. G., Silva, A. R. da, & Dalri, M. C. B. (2020). Clinical simulation for nursing competence development in cardiopulmonary resuscitation: systematic review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4094.3391>
- National Academies of Sciences, E., Division, H. and M., Services, B. on H. C., Health, B. on G., & Globally, C. on I. the Q. of H. C. (2018). *Establishing a Culture of Continual Learning*. National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535661/>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Fever in under 5s: assessment and initial management*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31891472/>
- Ndwiga, C., Warren, C. E., Okondo, C., Abuya, T., & Sripad, P. (2022). Experience of care of hospitalized newborns and young children and their parents: A scoping review. *PLOS ONE*, 17(8), e0272912. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272912>

- Nel Noddings. (2013). *Caring: a relational approach to ethics & moral education* (2nd ed.). University Of California Press.
- Neto, A. R. M., Córdoba, J. C. M., & Peraçoli, J. C. (2011). Etiologia da restrição de crescimento intrauterino (RCIU). *Comun. Ciênc. Saude*, 22(1), 21-30.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-33003>
- Nguyen, S. H. (2010). *Manuel d'anatomie et de physiologie* (5a ed.). Editions Lamarre.
- Noetzold, E., Krahl, M., Camargo, C., Santos, K., Pozzebon, B., & Dresch Eberhardt, T. (2022). Ações de cuidado no preparo pré-operatório à criança submetida a procedimentos cirúrgicos. *Revista Ciência & Humanização Do Hospital De Clínicas De Passo Fundo*, 2(1).
<https://doi.org/10.29327/2185320.2.1-10>
- Nunes, D. C. R. (2019). *Transição para a parentalidade na prematuridade: terapêuticas de enfermagem promotoras do regresso a casa* [Relatório de estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/37131>
- Nuñez-Gomez, P., Alvarez-Ruiz, A., Ortega-Mohedano, F., & Alvarez-Flores, E. P. (2020). Neuromarketing Highlights in How Asperger Syndrome Youth Perceive Advertising. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02103>
- Nyqvist, K., Anderson, G., Bergman, N., Cattaneo, A., Charpak, N., Davanzo, R., Ewald, U., Ludington-Hoe, S., Mendoza, S., Pallás-Allonso, C., Peláez, J., Sizun, J., & Widström, A-M. (2010). State of the art and recommendationsKangaroo mother care: application in a high-tech environment. *Acta Paediatrica*, 99(6), 812-819.
<https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.01794.x>
- O'Grady, N. P., Alexander, M., Burns, L. A., Dellinger, E. P., Garland, J., Heard, S. O., Lipsett, P. A., Masur, H., Mermel, L. A., Pearson, M. L., Raad, I. I., Randolph, A. G., Rupp, M. E., & Saint, S. (2011). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-related Infections. *Clinical Infectious Diseases*, 52(9), e162-e193. <https://doi.org/10.1093/cid/cir257>
- Ogino, M., Kashiwagi, M., Tanabe, T., Oba, C., Nomura, S., Shimakawa, S., Kidokoro, H., Natsume, J., Okumura, A., Tamai, H., & Ashida, A. (2020). Clinical findings in patients with febrile seizure after 5 years of age: A retrospective study. *Brain & Development*, 42(6), 449-456.
<https://doi.org/10.1016/j.braindev.2020.02.009>
- Olausson, H., Wessberg, J., Morrison, I., McGlone, F., & Vallbo, Å. (2010). The neurophysiology of unmyelinated tactile afferents. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34(2), 185-191.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2008.09.011>
- Oliveira, G., Dantas, F., & Fonseca, P. (2004). O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 7(2). 37-54.
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v7n2/v7n2a05.pdf>

Oliver, D., Healey, F., & Haines, T. P. (2010). Preventing Falls and Fall-Related Injuries in Hospitals. *Clinics in Geriatric Medicine*, 26(4), 645-692.

<https://doi.org/10.1016/j.cger.2010.06.005>

Ooi, Y. P., Lam, C. M., Sung, M., Tan, W. T. S., Goh, T. J., Fung, D. S. S., Pathy, P., Ang, R. P., & Chua, A. (2008). Effects of cognitive-behavioural therapy on anxiety for children with high-functioning autistic spectrum disorders. *Singapore Medical Journal*, 49(3), 215-220.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18363003/>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem-Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. OE.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2005a). *Código Deontológico do Enfermeiro*.

OE.https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2005b). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*.

OE.https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em Enfermagem-Tomada de Posição*. OE.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Parecer nº136/2007- Delegação/ Tomada de decisão*. OE.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_23Abr2007.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Cadernos OE, Série 1, nº3, vol.1.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Cadernos OE, Série 1, nº3, vol.2.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_VolIII.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Parecer nº6/2012 : Formação de Massagem para Pais com os Filhos Internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais*. OE.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESIP_Parecer_6_2012_Formacao_para_pais_com_os_filhos_internados.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática- Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Cadernos OE, série 1, nº6.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Cadernos OE, Série 1, nº8.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadepositiva_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. OE.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015c). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. OE.

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

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. OE.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padrosesqualidcuidesip.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer CJ 64/2017 sobre disponibilização/indicação de medicação*. Ordem dos Enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer%2064_2017_DisponibilizacaolindicacaoMedicacao.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Parecer do Conselho de Enfermagem- Acupuntura efetuada por Enfermeiros*. OE.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4805/ce_parecer83_05022018_acupunturaenfermeiros.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Ordem avança para a melhoria dos Sistemas de Informação em Enfermagem*. OE.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/ordem-avanca-para-a-melhoria-dos-sistemas-de-informacao-em-enfermagem/>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. OE.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padroes-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente*

clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. OE.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomendações-para-estágio-e-relatório-da-componente-clínica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Organização das Nações Unidas. (2022). *OMS promove novas diretrizes para cuidados com bebês prematuros*. ONU News. <https://news.un.org/pt/story/2022/11/1805477>

Organização Mundial de Saúde, & UNICEF. (2018). Cuidados de criação para o desenvolvimento na primeira infância- Plano global para ação e resultados .

<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/07/nurturing-care-framework-first-consultation-pt.pdf>

Ozonoff, S., & Miller, J. N. (1996). An Exploration of Right-Hemisphere Contributions to the Pragmatic Impairments of Autism. *Brain and Language*, 52(3), 411-434.

<https://doi.org/10.1006/brln.1996.0022>

Padilha, K. G., Kitahara, P. H., Gonçalves, C. C. S., & Sanches, A. L. C. (2002). Ocorrências iatrogênicas com medicação em Unidade de Terapia Intensiva: condutas adotadas e sentimentos expressos pelos enfermeiros. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 36(1), 50-57. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342002000100008>

Paiva, M. C. M. da S. de, Paiva, S. A. R. de, & Berti, H. W. (2010). Eventos adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 44(2), 287-294. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342010000200007>

Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2006). *Desenvolvimento Humano*. (8ª Ed.). Artmed.

Pasrija, D., & Hall, C. A. (2023). *Airway Suctioning*. PubMed; StatPearls Publishing.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557386/>

Passet-Wittig, J., & Greil, A. L. (2021). On estimating the prevalence of use of medically assisted reproduction in developed countries: a critical review of recent literature. *Human Reproduction Open*, 2021(1). <https://doi.org/10.1093/hropen/hoaa065>

Pereira da Silva, L., Pisarra, S., Alexandrino, A., Malheiro, L., Macedo, I., Cardoso, M., Silva, P., Frutuoso, S., Lau, H. & Soares, T. (2018). *Nutrição Parentérica Neonatal: Atualização da Recomendação da Sociedade Portuguesa de Neonatologia*. Sociedade Portuguesa de Neonatologia.

<https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/10/Recomendações-NP-neonatal-2018.pdf>

Pereira, S. M., & Begum, A. (1987). The influence of illnesses on the food intake of young children. *International Journal of Epidemiology*, 16(3), 445-450.

<https://doi.org/10.1093/ije/16.3.445>

- Pereira-da-Silva, L., Virella, D., & Fusch, C. (2019). Nutritional Assessment in Preterm Infants: A Practical Approach in the NICU. *Nutrients*, 11(9), 1999. <https://doi.org/10.3390/nu11091999>
- Pinto, S., Almeida, S., Gil, J., Bandeira, T., Fernandes, R., & Constant, C. (2014). Infecções respiratórias virais na criança. *DOAJ*, 44(1). <https://doi.org/10.25754/pjp.2013.3154>
- Piovesan, J., Ottonelli, J., Bordin, J. & Piovesan, L. (2018). *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. Editora Santa Maria.
- Platz, E. A., & Newman, R. B. (2008). Diagnosis of IUGR: Traditional Biometry. *Seminars in Perinatology*, 32(3), 140–147. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2008.02.002>
- Poquet, L., & Wooster, T. J. (2016). Infant digestion physiology and the relevance of in vitro biochemical models to test infant formula lipid digestion. *Molecular Nutrition & Food Research*, 60(8), 1876–1895. <https://doi.org/10.1002/mnfr.201500883>
- Portaria nº66/2018 do Ministério da Saúde. (2018). Diário da República: I Série, nº46. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/66-2018-114822275>
- Prado, E. L., & Dewey, K. G. (2014). Nutrition and brain development in early life. *Nutrition Reviews*, 72(4), 267–284. <https://doi.org/10.1111/nure.12102>
- Püschel, I., Reichert, J., Friedrich, Y., Bergander, J., Weidner, K., & Croy, I. (2022). Gentle as a mother's touch: C-tactile touch promotes autonomic regulation in preterm infants. *Physiology & Behavior*, 257, 113991. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2022.113991>
- Quaye, A. A., Coyne, I., Söderbäck, M., & Hallström, I. K. (2019). Children's active participation in decision-making processes during hospitalisation: An observational study. *Journal of Clinical Nursing*, 28, 4525–4537. <https://doi.org/10.1111/jocn.15042>
- Queiroz, M. N. de, Gomes, T. G. A. C. B., & Moreira, A. de C. G. (2019). Idade gestacional, índice de Apgar e peso ao nascer no desfecho de recém-nascidos prematuros. *Comunicação Em Ciências Da Saúde*, 29(04). <https://doi.org/10.51723/ccs.v29i04.294>
- Quelhas, I. (2009). *O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria*. I Jornadas ICUF, 2009. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/3779/1/Comunicacao-nac_2009_ICS_1526_Quelhas_Isabel_01.pdf
- Raahave, D. (2015). Faecal retention: a common cause in functional bowel disorders, appendicitis and haemorrhoids--with medical and surgical therapy. *Danish Medical Journal*, 62(3), B5031. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25748875/>
- Radmilović, G. (2016). Comparison Of Psychomotor Development Screening Test And Clinical Assessment Of Psychomotor Development. *Acta Clinica Croatica*, 55(4), 600–606. <https://doi.org/10.20471/acc.2016.55.04.10>

- Ralston, S. L., Lieberthal, A. S., Meissner, H. C., Alverson, B. K., Baley, J. E., Gadomski, A. M., Johnson, D. W., Light, M. J., Maraqa, N. F., Mendonca, E. A., Phelan, K. J., Zorc, J. J., Stanko-Lopp, D., Brown, M. A., Nathanson, I., Rosenblum, E., Sayles, S., & Hernandez-Cancio, S. (2014). Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis. *Pediatrics*, 134(5), e1474–e1502. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-2742>
- Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lousã: Lidel.
- Rapin, I., & Dunn, M. (2003). Update on the language disorders of individuals on the autistic spectrum. *Brain and Development*, 25(3), 166–172. [https://doi.org/10.1016/s0387-7604\(02\)00191-2](https://doi.org/10.1016/s0387-7604(02)00191-2)
- Rathbone, R., Counsell, S. J., Kapellou, O., Dyet, L., Kennea, N., Hajnal, J., Allsop, J. M., Cowan, F., & Edwards, A. D. (2011). Perinatal cortical growth and childhood neurocognitive abilities. *Neurology*, 77(16), 1510–1517. <https://doi.org/10.1212/wnl.0b013e318233b215>
- Reece, C., Ebstein, R., Cheng, X., Ng, T., & Schirmer, A. (2016). Maternal touch predicts social orienting in young children. *Cognitive Development*, 39, 128–140. <https://doi.org/10.1016/j.cogdev.2016.05.001>
- Rego, A., & Coelho, P. (2017). Organizar a prestação de cuidados por “enfermeiro de referência” promove a qualidade. *Servir*, 59(5-6), 68–75. <https://doi.org/10.48492/servir025-6.23469>
- Regulamento nº140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II Série, nº26. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento nº351/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República: II Série, nº 119. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/351-2015-67552235>
- Regulamento nº392/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II Série, nº85. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2019-122216893>
- Regulamento nº 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II Série, nº133. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Regulamento n.º 613/2022 da Ordem dos Enfermeiros. (2022). Diário da República: II Série, nº 131 de 2022-07-08.
- Regulamento nº 705/2021. (2021). Diário da República: II Série, nº144. <https://dre.tretas.org/dre/4604716/regulamento-705-2021-de-27-de-julho>
- Regulamento nº743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II Série, nº184. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Resolução nº12/98 da Assembleia da República. (1998). Diário da República; I Série, nº66.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-assembleia-republica/12-197345>

Reticensa, K. de O., Gomes, M. F. P., & Fracolli, L. A. (2022). PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE POSITIVA: PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 31. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2022-0203pt>

Rezende, J., & Ivone Evangelista Cabral. (2012). The social network of children with special healthcare needs in the (in)visibility of nursing care. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 20(2), 282-288. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692012000200010>

Ribas Jr., R. de C., Moura, M. L. S. de, Soares, I. D., Gomes, A. A. do N., & Bornstein, M. H. (2003). Socioeconomic status in Brazilian psychological research: I. validity, measurement, and application. *Estudos de Psicologia*, 8(3), 375-383. <https://doi.org/10.1590/s1413-294x2003000300004>

Ribeiro, C., Moura, C., Sequeira, C., Barbieri, M., & Erdmann, A. (2015). Parents' and nurses' perceptions of Nursing care in neonatology – an integrative review. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (4), 137-146. <https://doi.org/10.12707/riv14023>

Rios, M., de, L., Cecília, M., Paiva, S., Almeida, R., Silva, Henrique, G., & Guilherme Marinho Sampaio. (2021). Atuação do enfermeiro na promoção dos vínculos familiares e desenvolvimento infantil. *Research, Society and Development*, 10(12), e481101220790-e481101220790. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20790>

Ritchie, K., Bora, S., & Woodward, L. J. (2018). Peer Relationship Outcomes of School-Age Children Born Very Preterm. *The Journal of Pediatrics*, 201, 238-244. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.05.034>

Riviera, A., Pierotti, I., Mello, C. R. L. de, Birolim, M. M., & Fonseca, L. F. (2022). Prevalência e intensidade da sede de crianças no pós-operatório imediato. *Acta Paulista de Enfermagem*, 35. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022ao02931>

Rodrigues, F. L. S., Silveira, I. P. da, & Campos, A. do C. S. (2007). Percepções maternas sobre o neonato em uso de fototerapia. *Escola Anna Nery*, 11(1), 86-91. <https://doi.org/10.1590/s1414-81452007000100012>

Rodrigues, J. I. B., Fernandes, S. M. G. C., & Marques, G. F. dos S. (2020). Preocupações e necessidades dos pais de crianças hospitalizadas. *Saúde E Sociedade*, 29(2), e190395. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902020190395>

Rodrigues, T., & Barros, H. (2007). Comparison of Risk Factors for Small-for-Gestational-Age and Preterm in a Portuguese Cohort of Newborns. *Maternal and Child Health Journal*, 11(5), 417-424. <https://doi.org/10.1007/s10995-007-0195-2>

Rosa, C. D. S. R., Carvalho, A. G. F., & Barja, P. R. (2022). Soft skills: desenvolvimento das

competências do enfermeiro na atualidade. *Revista Univap*, 28(57).

<https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/2592>

Rossi, L. A., Torрати, F. G., Carvalho, E. C. de, Manfrim, A., & Silva, D. F. da. (2000). Diagnósticos de enfermagem do paciente no período pós-operatório imediato. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 34(2), 154-164. <https://doi.org/10.1590/s0080-62342000000200005>

Rothrock, S. G., & Pagane, J. (2000). Acute appendicitis in children: emergency department diagnosis and management. *Annals of Emergency Medicine*, 36(1), 39-51.

<https://doi.org/10.1067/mem.2000.105658>

Rothrock, S. G., Skeoch, G., Rush, J. J., & Johnson, N. E. (1991). Clinical features of misdiagnosed appendicitis in children. *Annals of Emergency Medicine*, 20(1), 45-50.

[https://doi.org/10.1016/s0196-0644\(05\)81117-5](https://doi.org/10.1016/s0196-0644(05)81117-5)

Roy, M., Dillo, W., Emrich, H. M., & Ohlmeier, M. D. (2009). Asperger's Syndrome in Adulthood. *Deutsches Aertzblatt Online*, 106(5). <https://doi.org/10.3238/arztebl.2009.0059>

Saalasti, S., Lepistö, T., Toppila, E., Kujala, T., Laakso, M., Nieminen-von Wendt, T., von Wendt, L., & Jansson-Verkasalo, E. (2008). Language Abilities of Children with Asperger Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(8), 1574-1580.

<https://doi.org/10.1007/s10803-008-0540-3>

Sahi, R. S., Dieffenbach, M. C., Gan, S., Lee, M., Hazlett, L. I., Burns, S. M., Lieberman, M. D., Shamay-Tsoory, S. G., & Eisenberger, N. I. (2021). The comfort in touch: Immediate and lasting effects of handholding on emotional pain. *PLOS ONE*, 16(2), e0246753.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246753>

Saigal, S., & Doyle, L. W. (2008). An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. *The Lancet*, 371(9608), 261-269.

[https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)60136-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)60136-1)

Salama, G. S., Kaabneh, M. A., Almasaeed, M. N., & Alquran, M. I. (2015). Intravenous Lipids for Preterm Infants: A Review. *Clinical Medicine Insights. Pediatrics*, 9, 25-36.

<https://doi.org/10.4137/CMPed.S21161>

Salavessa, M., & Vilarica, P. (2009). Problemas de sono em idade pediátrica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25(5), 584-591. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i5.10676>

Sales, F., Pinto, F., Vancini, R., Carolina, M., Belasco, S., & Ester, R. (2017). Prática profissional do enfermeiro em unidades críticas: avaliação das características do ambiente de trabalho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, 2854.

Santos, J. D., Lopes, R. I., & Koyle, M. A. (2017). Bladder and bowel dysfunction in children: An update on the diagnosis and treatment of a common, but underdiagnosed pediatric problem.

Canadian Urological Association Journal, 11(1-2Suppl1), S64-S72.

<https://doi.org/10.5489/cuaj.4411>

Santos, J. L. G. dos, Lima, M. A. D. da S., Pestana, A. L., Colomé, I. C. dos S., & Erdmann, A. L. (2016). Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(1).

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.50178>

Santos, L. M., Pereira, M. P., Santos, L. F. N. dos, & Santana, R. C. B. de. (2012). Avaliação da dor no recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 27-33. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672012000100004>

Sapra, A., Malik, A., & Bhandari, P. (2023). *Vital sign assessment*. National Library of Medicine.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553213/>

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>

Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The Age of Adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), 223-228.

[https://doi.org/10.1016/s2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/s2352-4642(18)30022-1)

Schirmer, A., Croy, I., & Ackerley, R. (2023). What are C-tactile afferents and how do they relate to “affective touch”? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 151, 105236-105236.

<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105236>

Schülin, S., Schlichting, N., Blod, C., Opitz, S., Suttikus, A., Stingu, C. S., Barry, K., Lacher, M., Bühligen, U., & Mayer, S. (2017). The intra- and extraluminal appendiceal microbiome in pediatric patients. *Medicine*, 96(52), e9518. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000009518>

Schwermer, M., Längler, A., Fetz, K., Ostermann, T., & Zuzak, T. J. (2018). Management of Acute Gastroenteritis in Children: A Systematic Review of Anthroposophic Therapies. *Complementary Medicine Research*, 25(5), 321-330. <https://doi.org/10.1159/000488317>

Scott, M. G., Smiley, P. A., Ahn, A., Lazarus, M. F., Borelli, J. L., & Doan, S. N. (2022). A mother's touch: Preschool-aged children are regulated by positive maternal touch. *Developmental Psychobiology*, 64(2). <https://doi.org/10.1002/dev.22243>

Seeley, R., Stephens, T., & Tate, P. (2008). *Anatomia & Fisiologia* (8aed). Lusociência.

Sened, H., Levin, C., Shehab, M., Eisenberger, N., & Shamay-Tsoory, S. (2023). I wanna hold your hand: Handholding is preferred over gentle stroking for emotion regulation. *PLOS ONE*, 18(4), e0284161. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0284161>

Serra, F. (2019). *Contributos do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e*

pediátrica para a satisfação das necessidades dos pais da criança hospitalizada em pediatria [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Comum de Acesso Aberto <http://hdl.handle.net/10400.26/30863>

Serviço Nacional de Saúde. (2018). *Norma 002/2018 sobre Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. SNS.
<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>

Serviço Nacional de Saúde. (2023a). *Rede De Referenciação Hospitalar Obstetrícia, Ginecologia E Neonatologia*. SNS.
<https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/02/Proposta-Rede-de-Referenciacao-Hospitalar-em-Obstetricia-Ginecologia-e-Neonatologia.pdf>

Serviço Nacional de Saúde. (2023b). *Rede de Serviços de Urgência de Pediatria- 1º Trimestre 2024*. SNS.
https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/Deliberacao_SU_Pediatria_2024_signed.pdf

Serviço Nacional de Saúde. (2024). *Deliberação nº 26/2024- Rede de Serviços de Urgência de Pediatria- 1º Trimestre 2024*. SNS.
https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/Deliberacao_SU_Pediatria_2024_signed.pdf

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2019). *SClínico: Sistema de Cuidados de Saúde Hospitalares*. SPMS.
https://www.spms.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/11/DIGITAL_Brochura_Guia-SClinico_2019.pdf

Shahidin, S. H., Midin, M., Sidi, H., Choy, C. L., Nik Jaafar, N. R., Mohd Salleh Sahimi, H., & Che Roos, N. A. (2022). The Relationship between Emotion Regulation (ER) and Problematic Smartphone Use (PSU): A Systematic Review and Meta-Analyses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 15848.
<https://doi.org/10.3390/ijerph192315848>

Shamay-Tsoory, S. G., & Eisenberger, N. I. (2021). Getting in touch: A neural model of comforting touch. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 130, 263–273.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.08.030>

Sharma, D., Shastri, S., & Sharma, P. (2016). Intrauterine Growth Restriction: Antenatal and Postnatal Aspects. *Clinical Medicine Insights: Pediatrics*, 10(10), CMPed.S40070.
<https://doi.org/10.4137/cmped.s40070>

Sharma, P., & Bhutta, B. S. (2020). *Assisting Patients With Elimination*. National Library of

Medicine; StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559258/>

Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & Human Development*, 4(2), 133-161. <https://doi.org/10.1080/14616730210154171>

Shen, G., Weiss, S. M., Meltzoff, A. N., Allison, O. N., & Marshall, P. J. (2021). Exploring developmental changes in infant anticipation and perceptual processing: EEG responses to tactile stimulation. *Infancy*, 27(1), 97-114. <https://doi.org/10.1111/infa.12438>

Shields, L., Pratt, J., & Hunter, J. (2006). Family centred care: a review of qualitative studies. *Journal of clinical nursing*, 15(10), 1317-1323. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01433.x>

Shields, L., Pratt, J., Davis, L., & Hunter, J. (2007). Family-centred care for children in hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd004811.pub2>

Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., Garner, A. S., McGuinn, L., Pascoe, J., & Wood, D. L. (2012). The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. *PEDIATRICS*, 129(1), 232-246. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>

Silva, J. O. M., Santos, L. C. O., Menezes, A. N., Lopes Neto, A., Melo, L. S., & da Silva, F. J. C. P. (2020). Utilização da Prática Baseada em Evidências por Enfermeiros no Serviço Hospitalar. *Cogitare Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.67898>

Silva, M. F. N., Oliveira, G. N., Pergola-Marconato, A. M., Marconato, R. S., Bargas, E. B., & Araujo, I. E. M. (2014). Assessment and risk classification protocol for patients in emergency units. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(2), 218-225. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3172.2405>

Silva, N. (2014). *Teoria da Vinculação* [Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/73037>

Silva, R. V. G. de O., & Ramos, F. R. S. (2011). O trabalho de enfermagem na alta de crianças hospitalizadas: articulação da atenção hospitalar e básica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(2), 309-315. <https://doi.org/10.1590/s1983-14472011000200014>

Silva, S.V.E. (2023). *Promoção De Saúde Mental: Autoestima Nos Adolescentes* [Relatório de Estágio, Instituto Politécnico de Castelo Branco]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/45474>

Silva, V.B., Ferreira, G.A., Neto, O.A., Santos, A.P., Loiola, K., & Ortega, A.R. (2023). Fatores preditores para complicações pós apendicectomia: revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 6 (3), 11299-11306.

Silva, Y. P. e, Gomez, R. S., Máximo, T. A., & Silva, A. C. S. e. (2007). Avaliação da dor em neonatologia. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 57(5).

<https://doi.org/10.1590/s0034-70942007000500012>

Simões, A. (2002). *Manual de Neonatologia*. Medsi.

Smietniansky, S. (2019). Tiempo, Naturaleza Y Cultura En Las Técnicas De Reproducción Humana Asistida. *Revista de Antropología*, 35, 213-225.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169065390010>

Smith, J., Ali, P., Birks, Y., Curtis, P., Fairbrother, H., Kirk, S., Saltiel, D., Thompson, J., & Swallow, V. (2020). Umbrella review of family-focused care interventions supporting families where a family member has a long-term condition. *Journal of Advanced Nursing*, 76(8), 1911-1923.

<https://doi.org/10.1111/jan.14367>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2013). *Consenso Clínico – Icterícia Neonatal*. SPN.

https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Ictericia_neonatal.pdf

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2013). *Consensos- Recém Nascido Hipotónico*. SPN.

https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-RN_hipotonico.pdf

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2014). *Consenso Clínico “Ventilação Não Invasiva”*. SPN.

<https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-VNI.pdf>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). *O coração do bebé prematuro*. SPN.

<https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/O-coracao-do-bebe-prematuro.pdf>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018). *Consenso Clínico “Restrição de Crescimento Fetal”*. SPN.

<https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/05/Consenso-RCF.pdf>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018). *O Som na Unidade de Neonatologia*. SPN.

<https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/05/O-Som-na-Unidade-de-Neonatologia.pdf>

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2007). *Protocolos de Diagnóstico e Terapêutica em Infeciologia Perinatal- Secção de Neonatologia da SPP*, 89-91.

http://www.spp.pt/UserFiles/File/Infeciologia_Perinatal_2007/Infeciologia_Perinatal_Isolamento.pdf

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2010). *Recomendações sobre vacinas*. SPP.

https://www.spp.pt/UserFiles/file/Comissao_de_Vacinas/Recomendacoes_sobre_vacinas_2010_no_vo.pdf

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2017). *Recomendações SPS-SPP: Prática da sesta da criança nas creches e infantários, públicos ou*

privados. https://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%20DE%20SAUDE_RECOMENDACOES%20SPS-SPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf

Sousa, N. F., Bonfim, S. de F. S. F., Vasconcelos, M. G., Bezerra, J. L. de O., Silva, D. V., & Leal, L. P. (2013). Prevalence of nasal septum injury in premature infants using nasal prongs. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 47(6), 1285–1290.

<https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000600005>

Sousa, P. (2012). *O exercício parental durante a hospitalização do filho: intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados* [Tese de Doutorado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa

<http://hdl.handle.net/10400.14/13972>

Sousa, P., Paiva, A., Pereira, F., Parente, P., & Sousa, P. (2023). O exercício parental durante a hospitalização do filho: modelo de intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados. *Cadernos De Saúde*, 15(1), 4-17.

<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2023.11580>

Sousa, R. R., & Trindade, R. O Impacto da Saúde Escolar na Comunidade Educativa. *Educação, Sociedade & Culturas*, 38, 99-116.

<https://www.fpce.up.pt/ciie/sites/default/files/07.RitaRamosetal.pdf>

Souza, F. I. S. de, Teske, M., & Sarni, R. O. S. (2008). Nutrição parenteral no recém-nascido pré-termo: proposta de protocolo prático. *Revista Paulista de Pediatria*, 26(3), 278–289.

<https://doi.org/10.1590/s0103-05822008000300013>

Souza, J. M. de, & Veríssimo, M. de L. Ó. R. (2015). Child development: analysis of a new concept. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(6), 1097–1104.

<https://doi.org/10.1590/0104-1169.0462.2654>

Souza, M. de L. de, Sartor, V. V. de B., Padilha, M. I. C. de S., & Prado, M. L. do. (2005). O Cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(2), 266–270. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000200015>

Spille, J. L., Mueller, S. M., Martin, S., & Grunwald, M. (2022). Cognitive and emotional regulation processes of spontaneous facial self-touch are activated in the first milliseconds of touch: Replication of previous EEG findings and further insights. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*. <https://doi.org/10.3758/s13415-022-00983-4>

Sriramka, B., Mallik, D., Singh, J., & Khetan, M. (2021). Effect of hand-holding and conversation alone or with midazolam premedication on preoperative anxiety in adult patients—A randomised controlled trial. *Indian Journal of Anaesthesia*, 65(2), 128–132.

https://doi.org/10.4103/ija.IJA_705_20

Standley, J. M. (2002). A meta-analysis of the efficacy of music therapy for premature infants. *Journal of Pediatric Nursing: Nursing Care of Children and Families*, 17(2), 107–113.

<https://doi.org/10.1053/jpdn.2002.124128>

Stefanelli, M. C., & Carvalho, E. C. (2012). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. Barueri: Manole.

Subcommittee on Febrile Seizures, & American Academy of Pediatrics . (2011). Febrile Seizures: Guideline for the Neurodiagnostic Evaluation of the Child With a Simple Febrile Seizure. *PEDIATRICS*, 127(2), 389–394. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-3318>

Tacsi, Y. R. C., & Vendruscolo, D. M. S. (2004). A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(3), 477–484. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692004000300005>

Taddio, A., Ho, T., Vyas, C., Thivakaran, S., Jamal, A., Ilersich, A. F., Hogan, M.-E., & Shah, V. (2014). A Randomized Controlled Trial of Clinician-Led Tactile Stimulation to Reduce Pain During Vaccination in Infants. *Clinical Pediatrics*, 53(7), 639–644. <https://doi.org/10.1177/0009922814526976>

Taggart, G. (2014). Compassionate pedagogy: the ethics of care in early childhood professionalism. *European Early Childhood Education Research Journal*, 24(2), 173–185. <https://doi.org/10.1080/1350293x.2014.970847>

Tamez, R. (2017). *Enfermagem na uti neonatal-assistência ao recém-nascido de alto risco* (6th ed.). Guanabara Koogan.

Tanner, C. A. (2006). Thinking Like a Nurse: A Research-Based Model of Clinical Judgment in Nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204–211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>

Taveira, N., Fernandes, B., Conde, S., Vanzeler, M., Pascoal, I., Duarte, R., Barroso, A. & Brito. M. (2000). *Terapêutica Inalatória*. Sociedade Portuguesa de Pneumologia, Curso Interativo de Pneumologia (Vol.8). Astrazeneca.

Teixeira, G., Gaspar, F., & Lucas, P. R. M. B. (2022). Papel do enfermeiro gestor na promoção de ambientes da prática de enfermagem culturalmente competentes: Uma revisão integrativa. *New Trends in Qualitative Research*, 13, 1–12. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9285160>

Teresa, Santos, G., Pontes, E., Dourado, R., & Lúcia Lima Rodrigues. (2006). O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 37(1), 1–4. <https://doi.org/10.25754/pjp.2006.4735>

Thran, J.S. (2018). Documentation of Vital Signs During the Post-Operative Phase [Dissertação de Mestrado, Rhode Island College]. *Research and Major Papers Overview*. <https://digitalcommons.ric.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1280&context=etd>

Toniolo, R. M. M., Peres, A. M., & Montezeli, J. H. (2022). Aproximações entre sistematização da

assistência de enfermagem, complexidade e ontologia na prática profissional do enfermeiro.

Revista Gaúcha de Enfermagem, 43, e20210213.

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210213.pt>

Torres, B. V., Amorim de Almeida, L., De Melo Silva, R. C., Dos Santos Silva, J., & Santana Vieira, A. C. (2021). Práticas integrativas e complementares no cuidado em saúde de crianças: revisão integrativa. *Enfermagem Em Foco*, 12(1). <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2021.v12.n1.3753>

Tregoning, J. S., & Schwarze, J. (2010). Respiratory Viral Infections in Infants: Causes, Clinical Symptoms, Virology, and Immunology. *Clinical Microbiology Reviews*, 23(1), 74-98.

<https://doi.org/10.1128/CMR.00032-09>

Treyvaud, K. (2014). Parent and family outcomes following very preterm or very low birth weight birth: A review. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 19(2), 131-135.

<https://doi.org/10.1016/j.siny.2013.10.008>

UVNÄS-MOBERG, K., BRUZELIUS, G., ALSTER, P., & LUNDEBERG, T. (1993). The antinociceptive effect of non-noxious sensory stimulation is mediated partly through oxytocinergic mechanisms. *Acta Physiologica Scandinavica*, 149(2), 199-204.

<https://doi.org/10.1111/j.1748-1716.1993.tb09612.x>

Vale, M.C. (2022). Neurodesenvolvimento. In Videira-Amaral, J.M (Ed.), *Pediatria do Neurodesenvolvimento e Comportamento*. Tratado de Clínica Pediátrica.

<https://tratadoclinicapediatria.pt/i-volume/pediatria-do-neurodesenvolvimento-e-comportamento/neurodesenvolvimento/>

Valentin, A., & Ferdinande, P. (2011). Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Medicine*, 37(10), 1575-1587.

<https://doi.org/10.1007/s00134-011-2300-7>

Van Puyvelde, M., Gorissen, A.-S., Pattyn, N., & McGlone, F. (2019). Does touch matter? The impact of stroking versus non-stroking maternal touch on cardio-respiratory processes in mothers and infants. *Physiology & Behavior*, 207(4), 55-63.

<https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2019.04.024>

Vardasca, M.J. (2017). *Importância do Leite Humano na Prevenção da Enterocolite Necrosante em Recém-nascidos Prematuros* [Tese de Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de Medicina de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/32265>

Vasoo, S., Singh, K., & Trenholme, G. M. (2010). Predicting Need for Hospitalization of Patients with Pandemic (H1N1) 2009, Chicago, Illinois, USA. *Emerging Infectious Diseases*, 16(10), 1594-1597. <https://doi.org/10.3201/eid1610.091889>

Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Evers, A. W. M., Kremer, J. a. M., Kraaijmaat, F. W., & Braat, D. D. M. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research.

- Human Reproduction Update*, 13(1), 27–36. <https://doi.org/10.1093/humupd/dml040>
- VERICAT, A., & ORDEN, A. B. (2010). Herramientas de Screening del Desarrollo Psicomotor en Latinoamérica. *Revista Chilena de Pediatría*, 81(5).
<https://doi.org/10.4067/s0370-41062010000500002>
- Veronez, M., & Corrêa, D. A. M. (2010). A dor e o recém-nascido de risco: percepção dos profissionais de enfermagem. *Cogitare Enferm*, 15(2).
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-568448>
- Vicente, V.M.R. (2021). *Promover a esperança parental : o papel do enfermeiro especialista no suporte à parentalidade*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa].
Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa.
<http://hdl.handle.net/10400.14/36833>
- Vieira, A. A., Lima, C. L. M. A., Carvalho, M. de, & Moreira, M. E. L. (2004). O uso da fototerapia em recém-nascidos: avaliação da prática clínica. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 4(4), 359–366. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292004000400004>
- Vieira, T., Aguiar, C. B. de O., Moura, L. D. O. M. L., & de Almeida, P. R. M. N. (2023). Critérios ultrassonográficos para diagnóstico de oligoâmnio: uma revisão da literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(4), 15493–15504. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n4-120>
- Vincken, W., Levy, M. L., Scullion, J., Usmani, O. S., Dekhuijzen, P. N. R., & Corrigan, C. J. (2018). Spacer Devices for Inhaled Therapy: Why Use Them, and How? *ERJ Open Research*, 4(2).
<https://doi.org/10.1183/23120541.00065-2018>
- Visscher, M. O., Adam, R., Brink, S., & Odio, M. (2015). Newborn infant skin: Physiology, development, and care. *Clinics in Dermatology*, 33(3), 271–280.
<https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2014.12.003>
- Vittner, D., McGrath, J., Robinson, J., Lawhon, G., Cusson, R., Eisenfeld, L., Walsh, S., Young, E., & Cong, X. (2017). Increase in Oxytocin From Skin-to-Skin Contact Enhances Development of Parent-Infant Relationship. *Biological Research for Nursing*, 20(1), 54–62.
<https://doi.org/10.1177/1099800417735633>
- Voxman, E. G., Tran, S., & Wing, D. A. (2002). Low Amniotic Fluid Index as a Predictor of Adverse Perinatal Outcome. *Journal of Perinatology*, 22(4), 282–285.
<https://doi.org/10.1038/sj.jp.7210697>
- WALL, P. D. (1978). The Gate Control Theory Of Pain Mechanisms. *Brain*, 101(1), 1–18.
<https://doi.org/10.1093/brain/101.1.1>
- Wass, S. V. (2014). Comparing methods for measuring peak look duration: Are individual differences observed on screen-based tasks also found in more ecologically valid contexts?

- Infant Behavior and Development*, 37(3), 315–325. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2014.04.007>
- Watchko, J. F., & Maisels, M. J. (2003). Jaundice in low birthweight infants: pathobiology and outcome. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 88(6), F455–F458. <https://doi.org/10.1136/fn.88.6.F455>
- Waterfield, T., Lyttle, M. D., Fairley, D., Mckenna, J., Woolfall, K., Lynn, F., Maney, J. A., Roland, D., Weir, A., Shields, M. D., & Paediatric Emergency Research in the UK and Ireland (PERUKI) (2018). The "Petechiae in children" (PiC) study: evaluating potential clinical decision rules for the management of feverish children with non-blanching rashes, including the role of point of care testing for Procalcitonin & Neisseria meningitidis DNA - a study protocol. *BMC pediatrics*, 18(1), 246. <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1220-x>
- Waterlow, J. C. (1972). Classification and definition of protein-calorie malnutrition. *BMJ*, 3(5826), 566–569. <https://doi.org/10.1136/bmj.3.5826.566>
- Winberg, J. (2005). Mother and newborn baby: mutual regulation of physiology and behavior--a selective review. *Developmental Psychobiology*, 47(3), 217–229. <https://doi.org/10.1002/dev.20094>
- Wiskin, A. E., Davies, J. H., Wootton, S. A., & Beattie, R. M. (2010). Energy expenditure, nutrition and growth. *Archives of Disease in Childhood*, 96(6), 567–572. <https://doi.org/10.1136/ad.2009.158303>
- Woodgate, P., & Jardine, L. A. (2015). Neonatal jaundice: phototherapy. *BMJ Clinical Evidence*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4440981/>
- World Health Organisation. (2021). *Health promotion glossary of terms 2021*. WHO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350161/9789240038349-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2006). *WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/924154693X>
- World Health Organization. (2008a). Summary of the evidence on patient safety: implications for research. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241596541>
- World Health Organization. (2008b). *WHO child growth standards: training course on child growth assessment*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241595070>
- World Health Organization. (2018). *Nacimientos prematuros*. World Health Organization. WHO. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- World Health Organization. (2023a). *Declaration of Alma-Ata*. WHO. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>

World Health Organization. (2023b). *Primary Health Care*. WHO.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

World Health Organization. (2024). *Constitution of the World Health Organization*.

WHO. <https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution>

Young, J.; McCann, D.; Watson, K.; Pitcher, A.; Bundy, R. & Greathead, D. (2006). Negotiation of Care for a Hospitalised Child: Parental Perspectives. *Neonatal Pediatric and Child Health Nursing*, 9(2),4-13.

https://www.researchgate.net/publication/43497125_Negotiation_of_Care_for_a_Hospitalised_Child_Parental_Perspectives

Young, L. J. (2013). When Too Much of a Good Thing is Bad: Chronic Oxytocin, Development, and Social Impairments. *Biological Psychiatry*, 74(3), 160–161.

<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.05.015>

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., Dyer, S., Racowsky, C., de Mouzon, J., Sokol, R., Rienzi, L., Sunde, A., Schmidt, L., Cooke, I. D., Simpson, J. L., & van der Poel, S. (2017). The International Glossary on Infertility and Fertility Care. *Fertility and Sterility*, 108(3), 393–406.

<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.06.005>

Zhang, Y. (2018). Family functioning in the context of an adult family member with illness: A concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 27(15-16), 3205–3224.

<https://doi.org/10.1111/jocn.14500>

10. ANEXOS

Anexo I

Planeamento da Sessão sobre a “Estimulação Tátil no Desenvolvimento Psicossocial na Primeira Infância”

Duração: 25 minutos	Recursos: Poster Realizado
----------------------------	-----------------------------------

Enfermeiros Tutores: EESIP

Dinamizadores: Joana Andrade

Público-alvo: Pais

Foco: Estimulação Tátil

Objetivos:

- Descrever a influência da estimulação tátil no alívio da dor/ desconforto;
- Ensinar estratégias de gestão da dor/ desconforto através da promoção da estimulação tátil;
- Descrever a influência da estimulação tátil no desenvolvimento infantil;
- Sensibilizar para a estimulação tátil como prática impulsionadora do desenvolvimento infantil.

Critérios de Resultado:

- Que os pais/cuidadores verbalizem a importância da sua presença e do toque, aquando de dor/desconforto da criança;
- Que os pais/cuidadores verbalizem a influência da estimulação tátil no desenvolvimento psicossocial da criança;
- Que os pais/cuidadores atribuam significado positivo à estimulação tátil no desenvolvimento da criança;
- Que os pais/cuidadores demonstrem interesse no decorrer da sessão.

Critérios de exclusão:

- Pais de crianças de idade superior à primeira Infância (a menos que manifestem interesse na atividade);
- Pais que não manifestem interesse e disponibilidade na atividade;

Fases	Conteúdo	Método(s)	Recursos	Duração
Introdução	-Apresentação da dinamizadora e participantes; -Motivação para a temática; -Apresentação dos objetivos e do sumário da sessão	Método expositivo e interrogativo	Imagem	5 mins
Desenvolvimento	-Definição de estimulação tátil; -Distinção entre estimulação tátil e toque; -Influência da estimulação tátil no desenvolvimento psicossocial;	Método interativo	Poster Impresso Frases sugestivas do livro “Um Mapa para chegar ao coração da criança” (Estrada, 2016)	15 mins

	-A química gerada pela estimulação tátil, -Os fenómenos relacionais e do desenvolvimento psicossocial; -O toque: estratégia não farmacológica para alívio da dor e adaptação hospitalar.			
Conclusão	-Síntese dos conteúdos abordados; -Esclarecimento de questões; -Entrega de “QRCode” que permite acesso ao poster.	Método expositivo e interrogativo	-	5mins
Avaliação	-Avaliação da sessão.	Método interrogativo	Instrumento de avaliação	2mins

Avaliação da atividade

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
Gostei da atividade				
Acho que a atividade foi pertinente				
O conteúdo abordado e o método de apresentação foram apelativos e interessantes				
Considero a estimulação tátil relevante para o desenvolvimento infantil				

Planeamento da Sessão sobre a “Estimulação Tátil no Desenvolvimento Psicossocial na Primeira Infância”

Duração: 20 minutos

Recursos: Poster realizado

Enfermeiros Tutores: EESIP

Dinamizadores: Joana Andrade

Público-alvo: Enfermeiros do serviço de Internamento de Pediatria

Foco: Estimulação Tátil

Objetivos:

- Descrever a influência da estimulação tátil no alívio da dor/ desconforto;
- Ensinar estratégias de gestão da dor/ desconforto através da promoção da estimulação tátil;
- Descrever a influência da estimulação tátil no desenvolvimento infantil na primeira infância;
- Sensibilizar para a estimulação tátil como prática impulsionadora do desenvolvimento infantil na primeira infância.

Critérios de Resultado:

- Que os profissionais de saúde compreendam a influência da estimulação tátil no desenvolvimento psicossocial da criança;
- Que os profissionais de saúde atribuam significado positivo à promoção da estimulação tátil.

Critérios de exclusão:

- Enfermeiros que não manifestem interesse/ disponibilidade na atividade

Fases	Conteúdo	Método(s)	Recursos	Duração
Introdução	- Apresentação da dinamizadora e participantes; - Motivação para a temática; - Apresentação dos objetivos e do sumário da sessão	Método expositivo e interrogativo	-	5mins
Desenvolvimento	- Definição de estimulação tátil; - Distinção entre estimulação tátil e toque; - Influência da estimulação tátil no desenvolvimento psicossocial;	Método interativo	Poster Impresso Frases sugestivas do livro “Um Mapa para chegar ao coração da criança” (Estrada, 2016)-	10mins

	-A química gerada pela estimulação tátil, - Os fenómenos relacionais e do desenvolvimento psicossocial; - O toque: estratégia não farmacológica para alívio da dor e adaptação hospitalar.			
Conclusão	- Síntese dos conteúdos abordados; - Esclarecimento de questões.	Método expositivo e interrogativo		2mins
Avaliação	- Avaliação da sessão.	Método interrogativo	Instrumentos de avaliação	2mins

Avaliação da atividade				
	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
Gostei da atividade				
Acho que a atividade foi pertinente				
Considero relevante a dinamização desta atividade junto dos pais				
Considero relevante a estimulação tátil na primeira infância				

Anexo II

Planeamento da Sessão sobre “Prevenção de Comportamentos Aditivos”

Duração: 60 minutos	Recursos: Apresentação Power Point
Enfermeiros Tutores: EESIP	
Dinamizadores: Joana Andrade	
Público-alvo: Alunos do 6º ano de Escolaridade	
Foco: Comportamentos Aditivos	

Objetivos:

- Aumentar a consciencialização das crianças sobre os comportamentos aditivos;
- Informar as crianças sobre os efeitos negativos que os comportamentos aditivos podem ter na saúde física, mental, emocional, social e escolar;
- Aumentar a capacidade das crianças para tomar decisões conscientes, saudáveis e informadas;
- Criar um ambiente seguro e de apoio onde as crianças se sintam à vontade para fazer perguntas, partilhar preocupações e procurar orientação;
- Promover comportamentos saudáveis.

Critérios de Resultado:

- Que as crianças se mantenham interessadas e participativas na atividade;
- Que as crianças verbalizem o que são comportamentos aditivos e quais os riscos associados à adoção de comportamentos aditivos;
- Que as crianças reconheçam a importância do uso adequado dos equipamentos eletrónicos;
- Que as crianças atribuam significado positivo e verbalizem os benefícios da prevenção de comportamentos aditivos.

Fases	Conteúdo	Método(s)	Recursos	Duração
Introdução	- Apresentação da dinamizadora; - Apresentação do projeto “Decidir”; - Apresentação dos objetivos e do sumário da sessão.	Método expositivo e interrogativo	Power Point	5 mins
Desenvolvimento	- Adolescência: caracterização; - Comportamentos aditivos: conceito e tipologia; - Abuso e dependência: conceitos; - Comportamentos aditivos com substâncias: substâncias lícitas de ilícitas; - Atuação das substâncias lícitas comuns e sua ação; - Aspectos químicos relacionados com as bebidas alcoólicas e tabaco; - Os medicamentos: regras de consumo correto; - Drogas ilícitas e do seu efeito no organismo; - Os comportamentos aditivos sem substância;	Método expositivo/ interativo	Power Point	45 mins

	- Equipamentos eletrónicos: vantagens e desvantagens; riscos e utilização saudável; - Os jogos de sorte a dinheiro.			
Conclusão	- Síntese dos conteúdos abordados; - Esclarecimento de questões.	Método expositivo, interrogativo e interativo	-	10mins
Avaliação	- Atividade com os alunos: descrição dos benefícios de não ter comportamentos aditivos e afixação do cartaz na sala de aula	Método interativo	Cartaz: cartolina.	

Anexo III

Planeamento da Sessão sobre “Toque Positivo”

Duração: 30 minutos	Recursos: Power Point, Vídeo, Flyer informativo
----------------------------	--

Enfermeiros Tutores: EESIP

Dinamizadores: Joana Andrade

Público-alvo: Pais

Foco: Estimulação Tátil- Toque Positivo

Objetivos:

- Melhorar conhecimento sobre a influência da estimulação tátil no desenvolvimento infantil;
- Melhorar conhecimento sobre o toque positivo e a sua importância num serviço de cuidados intensivos neonatais;
- Desenvolver competências na realização do toque positivo;
- Promover a estimulação tátil através do toque positivo no serviço de neonatologia;
- Fomentar a parceria de cuidados entre os pais e profissionais através do toque positivo;

Critérios de Resultado:

- Que os pais compreendam a estimulação tátil como prática promotora de desenvolvimento infantil;
- Que os pais compreendam os benefícios da estimulação tátil;
- Que os pais conheçam o toque positivo e os seus benefícios para o recém-nascido pré-termo;
- Que os pais se sintam integrados na parceria de cuidados;
- Que os pais utilizem o toque positivo aquando dos procedimentos.

Critérios de exclusão:

- Pais que não manifestem interesse e disponibilidade na atividade;

Fases	Conteúdo	Método(s)	Recursos	Duração
Introdução	- Apresentação da dinamizadora; - Motivação para a temática; - Apresentação dos objetivos e do sumário da sessão.	Método expositivo	Power Point	5 mins

Desenvolvimento	- Conceito de estimulação tátil - Diferenciação entre estimulação tátil e toque; - A estimulação tátil nos recém-nascidos pré-termo; - A fisiologia do toque; - Tipologia de estimulação tátil e sua ação nos recém-nascidos pré-termo; - A estimulação tátil: toque positivo estático; - Conceito de toque positivo, fundamentação e objetivos; - O toque positivo estático: conceito, execução segura, benefícios.	Método interativo	Power Point	15 mins
Conclusão	- Síntese dos conteúdos abordados; - Esclarecimento de questões; - Entrega de código de barras: acesso ao flyer "O Toque Positivo- "Abraçar com as mãos".	Método expositivo e interrogativo	Flyer + Vídeo demonstrativo	10 mins
Avaliação	- Avaliação da sessão.	Método interrogativo	Instrumentos de avaliação	

Avaliação da atividade

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
Gostei da atividade				
Acho que a atividade foi pertinente				
O conteúdo abordado e o método de apresentação foram apelativos e interessantes				
Considero a estimulação tátil relevante para o desenvolvimento infantil				

Anexo IV

Planeamento da Sessão sobre “Estimulação Tátil- O Toque de Conforto enquanto abordagem no alívio da Dor”

Duração: 10 minutos	Recursos: Poster Realizado
----------------------------	-----------------------------------

Enfermeiros Tutores: EESIP

Dinamizadores: Joana Andrade

Público-alvo: Pais

Foco: Estimulação Tátil

Objetivos:

- Descrever a influência da estimulação tátil no alívio da dor/ desconforto;
- Ensinar estratégias de gestão da dor/desconforto através da promoção da estimulação tátil;
- Sensibilizar para a estimulação tátil como prática impulsionadora do desenvolvimento infantil.

Critérios de Resultado:

- Que os pais/cuidadores verbalizem a importância do toque como facilitador na gestão de dor/desconforto da criança;
- Que os pais/cuidadores reconheçam a influência da estimulação tátil no desenvolvimento psicossocial da criança;
- Que os pais/cuidadores demonstrem interesse no decorrer da sessão.

Critérios de exclusão:

- Pais que não manifestem interesse e disponibilidade na atividade;

Fases	Conteúdo	Método(s)	Recursos	Duração
Introdução	- Apresentação da dinamizadora e participantes; - Motivação para a temática; - Apresentação dos objetivos e do sumário da sessão	Método expositivo e interrogativo		2 mins
Desenvolvimento	- Influência da estimulação tátil no desenvolvimento psicossocial da criança; - Os fenómenos relacionais e do desenvolvimento psicossocial; - A química gerada pela estimulação tátil promotoras do alívio da dor na criança; - O toque de conforto: distração positiva durante a realização de procedimentos; - O toque de conforto na regulação emocional e benefícios.	Método expositivo/ interativo	Poster Impresso	5mins

Conclusão	- Síntese dos conteúdos abordados; - Esclarecimento de questões; - Entrega de “QRCode”: acesso ao poster.	Método expositivo e interrogativo	-	2min
Avaliação	- Avaliação da sessão.	Método interrogativo	Instrumentos de avaliação	

Avaliação da atividade

	Discordo totalmente	Discordo	Concordo	Concordo totalmente
Gostei da atividade				
Acho que a atividade foi pertinente				
O conteúdo abordado e o método de apresentação foram apelativos e interessantes				
Considero a estimulação tátil relevante para o desenvolvimento infantil				