



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

Relatório de Estágio

O nascimento prematuro e a promoção do
desenvolvimento da criança e jovem: intervenções do
enfermeiro especialista

Carlos Miguel Fernandes Correia





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

Relatório de Estágio

O nascimento prematuro e a promoção do
desenvolvimento da criança e jovem: intervenções do
enfermeiro especialista

Carlos Miguel Fernandes Correia

Orientador: Professora Maria Teresa Magão

Lisboa
2018



Agradecimentos

Ao meu filho, que por diversas vezes se viu privado da minha presença.

À minha esposa, por tudo.

À minha família pela compreensão, carinho e incentivo.

Aos amigos que sempre estiveram presentes com a sua sabedoria e boa-disposição.

À ESEL, pela oportunidade de aprendizagem.

À Professora orientadora Maria Teresa Magão, por todos os ensinamentos e
orientações.

Aos profissionais de saúde de cada contexto de estágio, pelo modo como fui
acolhido e como contribuíram para este processo.

E um especial e sincero agradecimento...
a todas as crianças e famílias de quem cuidei.

Um muito obrigado.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CCF – Cuidado Centrado na Família

CDC – Centro de Desenvolvimento da Criança

DGS – Direção-Geral da Saúde

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EEESCJ - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

OMS – Organização Mundial de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

UC – Unidade Curricular

RESUMO

A redução da mortalidade infantil que se verificou em Portugal desde as últimas décadas do século XX e o número progressivamente mais elevado de partos prematuros e de recém-nascidos de baixo peso, proporcionou novos desafios aos profissionais de saúde. Se por um lado o aumento dos recursos materiais e humanos possibilita a sobrevivência de recém-nascidos cada vez com menor idade gestacional e peso à nascença, estes mesmos recursos têm necessariamente que dar resposta à morbilidade que lhe está com maior probabilidade associada. Atendendo a que o desenvolvimento continua após o nascimento, sem o ambiente de proteção proporcionado pelo útero materno, os recém-nascidos pré-termo possuem um alto risco de desenvolverem variados problemas, nomeadamente alterações no desenvolvimento, o que justifica o estabelecimento de estratégias de prevenção e estimulação precoce que facilitem o processo transicional. O enfermeiro tendo uma relação privilegiada de proximidade com a criança e sua família, desenvolve um cuidado centrado na família promotor do desenvolvimento. Este relatório tem por objetivo fazer transparecer o desenvolvimento de competências no que se refere à promoção do desenvolvimento do recém-nascido pré-termo, assim como na prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde da criança e do jovem. O percurso de desenvolvimento de competências sustentou-se numa metodologia crítico-reflexiva sobre e nas ações desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, tendo por base a evidência científica e o quadro de referência da Teoria das Transições de Afaf Meleis e da Filosofia de Cuidados Centrados na Família. Este percurso de aprendizagem possibilitou também o desenvolvimento de uma norma de procedimento relativa ao posicionamento e à manipulação do recém-nascido pré-termo e à criação de um documento com contributos para um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, que se constituem como elementos fundamentais para a melhoria da qualidade no meu contexto profissional. Destaca-se a necessidade dos enfermeiros continuarem a desenvolver esforços no sentido de implementar as melhores práticas no que se refere à promoção do desenvolvimento do recém-nascido pré-termo, com consequentes ganhos em saúde.

Palavras-Chave: Recém-nascido Prematuro; Enfermagem Pediátrica; Desenvolvimento Infantil; Família

ABSTRACT

The decrease of infant mortality that has occurred in Portugal since the last decades of the XX century and the progressively higher number of premature births and low birth weight newborns has given new challenges to health professionals. If on the one hand the increase in material and human resources enables the survival of newborns with lower gestational age, and birth weight, these same resources, must necessarily respond to the morbidity that is most likely associated with it. Given that the development continues after birth, without the protective environment of the maternal uterus, preterm newborns are at high risk of developing a variety of problems, such as deviations in development, which justifies the establishment of strategies for prevention and early stimulation strategies that facilitate the transition process. The nurse staff having a privileged position of proximity to the child and the family is able to develop care centered on the family, promoting development. This report aims to enhance the development of competencies regarding the promotion of development of the preterm newborn, as well as the provision of specialized nursing care in health of the child and the young. The course of competence development was based on a critical-reflexive methodology about and in the actions developed in the different stages of internship, based on the scientific evidence and the frame of reference of the Theory of Transitions of Alaf Meleis and the Philosophy of Family-Centered Care. This learning path enabled the creation of a procedure norm related to the positioning and manipulation of the preterm newborn. It also allowed the elaboration of a document with contributions to a project of continuous improvement of the quality of nursing care, which are constituted as fundamental elements, for the continuous improvement of care in my professional context. It is worth highlighting the need for nurses to continue to make efforts to implement the best practices in promoting the development of the preterm newborn, with consequent health gains.

Key Words: Infant, Premature; Pediatric Nursing; Child Development; Family

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO	15
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	19
1.1. A Teoria das Transições de Afaf Meleis	19
1.2. Os Cuidados Centrados na Família e a Parceria nos Cuidados	24
1.3. Transições desenvolvimentais da criança e do jovem	26
1.3.1. Transição desenvolvimental na prematuridade	29
2. PROBLEMÁTICA E OBJETO DE ESTUDO	31
3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM	33
3.1. Objetivos e atividades desenvolvidas	35
3.2. Competências desenvolvidas	61
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

APÊNDICES

Apêndice 1 - Intervenções promotoras do desenvolvimento do recém-nascido pré-termo: o protocolo de *Scoping Review*

Apêndice 2 - Guia de objetivos e atividades

Apêndice 3 - Posicionamento e manipulação do recém-nascido pré-termo: Plano da Sessão de Formação em Contexto de Trabalho

Apêndice 4 - Cuidados de Enfermagem Centrados no Desenvolvimento: Posicionamento e manipulação do recém-nascido pré-termo - Contributos para um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem

Apêndice 5 - Orientações para a prática de enfermagem: estratégias de comunicação com a criança e o jovem

Apêndice 6 - Apresentação *Powerpoint* da Sessão de Formação em Contexto de Trabalho: *Journal Club*

Apêndice 7 - Promoção do desenvolvimento da criança e do jovem na urgência pediátrica: Plano da Sessão de Formação em Contexto de Trabalho

INTRODUÇÃO

Integrado no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), surge a elaboração do presente relatório. Este é ancorado na consecução dos meus interesses pessoais e profissionais, assim como nos objetivos estabelecidos para a UC Estágio com Relatório: 1) desenvolver processos de prestação de cuidados à criança, ao jovem e à família: em resposta às necessidades do seu crescimento e desenvolvimento no sentido da maximização da sua saúde, bem como em situações complexas relacionadas com o ciclo de vida; 2) desenvolver um projeto sobre uma problemática da prática de cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediatria (ESEL, 2016). Tem por finalidade documentar o percurso de aprendizagem decorrente do estágio, o qual possibilitou o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ). O estágio decorreu ao longo de 18 semanas em diferentes contextos: Internamento de Pediatria, Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC), Urgência de Pediatria e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).

Ao longo do relatório evidencio os principais referenciais que orientaram o desenvolvimento de competências, em virtude das atividades que desenvolvi e da constante atitude crítico reflexiva. De entre os quais destaco: o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), normas e orientações técnicas da Direção-Geral de Saúde (DGS), o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, o Código Deontológico do Enfermeiro, o Regulamento de Competências Comuns e Específicas do EEESCJ, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, os Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a filosofia de Cuidados Centrados na Família, a Parceria nos Cuidados, os Cuidados Não Traumáticos e a Teoria de médio alcance de Afaf Meleis. Baseando-me nestes referenciais, ao longo do relatório focalizo-me primordialmente na temática da promoção do desenvolvimento do recém-nascido pré-termo. Esta orientação está relacionada com os meus interesses pessoais, com o facto de a conjuntura atual de cuidados no meu local de trabalho carecer de intervenção, assim como com os potenciais ganhos em saúde consequentes da promoção do desenvolvimento da criança e do jovem.

A redução da mortalidade infantil mundial verificada nas últimas décadas do século XX, em muito consequência do aumento dos recursos económicos disponibilizados para a investigação em saúde, proporcionou novos desafios aos profissionais de saúde. Apesar do número progressivamente mais elevado de partos prematuros (idade gestacional inferior a 37 semanas) e de recém-nascidos de baixo peso (inferior a 2500gr), Portugal continua a ser, a nível mundial, um dos países melhor sucedidos na diminuição da mortalidade infantil (Organização Mundial de Saúde, 2008). O aumento dos recursos materiais e humanos possibilita a sobrevivência de recém-nascidos com menor idade gestacional e peso à nascença, tendo igualmente que responder à maior probabilidade de morbilidade associada.

Compreendendo como podemos apoiar o desenvolvimento do frágil sistema neurológico do recém-nascido pré-termo podemos abrir caminho para diminuir os efeitos negativos que o ambiente das UCIN provocam no desenvolvimento (Altimier & Phillips, 2013). O Modelo de Cuidados Centrados no Desenvolvimento Neonatal foi desenvolvido por Altimier & Phillips (2013) com este propósito, utilizando as intervenções neuroprotetoras como estratégias para suportar a criação de conexões neuronais ideais, promover o desenvolvimento adequado e prevenir a deficiência. Nesse sentido estabeleceram sete medidas nucleares neuroprotetoras: ambiente; parceria com as famílias; posicionamento e manipulação; minimizar o stress e a dor; salvaguardar o sono; proteger a pele; e otimizar a nutrição. A complexidade de intervenção em cada uma das medidas neuroprotetoras e a falta de consistência na adoção, aplicação e uso de práticas de posicionamento terapêutico nas UCIN (Altimier & Phillips, 2013), justificam o foco da minha intervenção para esta área.

Em consonância com as alterações que um parto prematuro provoca no recém-nascido, também os pais experienciam a interrupção do processo evolucionário da parentalidade, sendo assim de alguma maneira tão prematuros quanto os seus bebés (Lawhon, 2002; Andreani, Custódio & Crepaldi, 2006). Ao presenciarem o ambiente da UCIN, os pais intensificam a ideia de que o seu bebé é extremamente frágil, o que vem reforçar a necessidade de serem auxiliados para que se possam concentrar nas reais capacidades de desenvolvimento do seu bebé (Brazelton, 2004).

A necessidade de otimizar os cuidados prestados a estas crianças e suas famílias constitui-se assim um desafio, sendo a Teoria das Transições de Afaf Meleis o quadro conceptual que alicerça e orienta o meu percurso de aprendizagem. Esta

escolha é fundamentada no facto de o processo de desenvolvimento da criança, do jovem e sua família ser complexo e pressupor transições absolutamente necessárias, com impacto na saúde de toda a unidade familiar. Segundo Meleis (2010) o enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para compreender os processos de transição, assim como as variáveis pessoais e contextuais específicas de cada família. O EEESCJ assume nos processos de transição um papel da maior relevância, devendo “trabalhar em parceria com a criança e família/pessoa significativa em qualquer contexto que ela se encontre para promover o mais elevado estado de saúde possível” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, p.1). Em suma, revela competência na facilitação dos processos transicionais da criança e sua família e contribui para o estabelecimento de um novo equilíbrio.

A evidência vem demonstrar a necessidade da existência de práticas de cuidados sistematizadas e atualizadas, de modo a contrariar as práticas não uniformes ou até mesmo dissonantes no seio das equipas. Assim, de forma a dar resposta à necessidade de implementação sistematizada de medidas promotoras do posicionamento e da manipulação adequados do recém-nascido pré-termo e em consonância com as restantes premissas anteriores, surge a temática deste relatório - **O nascimento prematuro e a promoção do desenvolvimento da criança e jovem: intervenções do enfermeiro especialista.**

O presente relatório obedece a uma estruturação por capítulos, por forma a facilitar a sua consulta e compreensão. No primeiro capítulo, o enquadramento conceptual, são abordados os referenciais teóricos e a evidência científica que orientou e fundamentou o percurso desenvolvido. A problemática e objeto de estudo surge como o segundo capítulo e corresponde à identificação e justificação do problema do ponto de vista da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. No capítulo da descrição e análise do percurso formativo para o desenvolvimento de competências, terceiro capítulo, são explicitados os objetivos estabelecidos e as atividades desenvolvidas para a sua consecução. As considerações finais constituem o quarto capítulo, que integra as considerações gerais e as perspetivas futuras. A elaboração deste relatório respeita as regras da norma American Psychological Association (APA – 6ª edição), relativamente à referenciação bibliográfica e organização estrutural.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O enquadramento conceptual está orientado essencialmente para a clarificação do modelo conceptual de enfermagem, que foi adotado por possibilitar uma dimensão explicativa do fenómeno, mas fundamentalmente por se constituir um modelo de cuidar que orientou a prática. Incorpora igualmente a contextualização da problemática do posicionamento e manipulação do recém-nascido pré-termo, sendo esta fundamentada no conhecimento e na evidência científica para a compreensão aprofundada do fenómeno de enfermagem em estudo.

1.1. A Teoria das Transições de Afaf Meleis

Segundo Meleis (2010), o desenvolvimento de teorias é deveras importante para a prática clínica ao permitir a clarificação de domínios e a explicitação da essência da própria disciplina. Consequentemente possibilita a racionalização dos recursos ao focalizar as ações nas verdadeiras terapêuticas de enfermagem. A teoria das transições de Afaf Meleis é uma teoria de médio alcance que foi desenvolvida com o objetivo dos enfermeiros conseguirem identificar, compreender e orientar a pessoa que se encontra a vivenciar uma transição. A opção pela utilização da Teoria das Transições de Afaf Meleis como referencial teórico para os cuidados de enfermagem, surge em virtude de esta possibilitar uma interpretação que clarifica e orienta o próprio cuidado, no que se refere aos processos de transição.

O conceito transição mobilizado frequentemente nas teorias de desenvolvimento tem sido objeto de diversas definições. Não obstante, estas assentam fundamentalmente nos processos adaptativos aos novos papéis e às novas responsabilidades que a pessoa vivencia, consequentes de alterações das condições pessoais e/ou ambientais. Segundo Meleis (2010) as transições são processos complexos e multidimensionais, que ocorrem ao longo do tempo (com uma duração imprevisível atendendo à individualidade de cada pessoa) e pressupõem a mudança de um estágio para outro. Esta teoria considera três domínios fundamentais que norteiam as terapêuticas de enfermagem, como sendo: a natureza das transições (tipos, padrões e propriedades); as condições facilitadoras e inibidoras da transição (pessoais, da comunidade e da sociedade) e os padrões de resposta traduzidos pelos indicadores de processo e de resultado (figura 1).

No que diz respeito à natureza das transições, Meleis, Sawyer, Im, Messias & Shumacher (2000) refere que estas podem ser do tipo: desenvolvimental (relacionadas com as mudanças induzidas pelo ciclo vital); situacional (associadas a acontecimentos que desencadeiam alterações de papéis); de saúde/doença (com a passagem de um estado de bem-estar para um de doença) e organizacional (referentes ao ambiente social, económico e político). No entanto, Meleis (2010) reforça a importância de os enfermeiros terem em consideração todas as possíveis situações transicionais com relevância no contexto familiar, em detrimento de se focarem num único tipo específico de transição. Os padrões de transição incluem transições simples, múltiplas e sequenciais, que podem estar relacionadas ou não e em diversos momentos podem ocorrer em simultâneo. No entanto, não obstante o tipo de transição, a unicidade de cada pessoa e situação torna a transição única. Assim, independentemente da sua tipologia a pessoa que vivencia uma transição está sujeita a alterações na sua vida que por consequência se repercutem na saúde e bem-estar (Meleis, 2010). Na natureza das transições, foram identificadas algumas propriedades essenciais para a experiência de transição como: a consciência; o envolvimento; a mudança e diferença; a duração e os acontecimentos e pontos críticos (Meleis et al., 2000).

A consciência da transição está relacionada com a perceção, conhecimento e identificação da experiência de transição. O nível de consciência reflete-se no grau de consonância entre o que é conhecido sobre os processos e respostas, e aquilo que constitui o conjunto esperado de respostas e perceções de indivíduos perante transições semelhantes. Deste modo, o envolvimento que a pessoa demonstra no processo de transição é influenciado pelo nível de consciência uma vez que, se não houver consciência das alterações físicas, emocionais, sociais ou ambientais o envolvimento poderá não ocorrer. A mudança e diferença diz respeito às expectativas frustradas ou divergentes, ao sentir-se diferente e ser percebido como diferente. O período de duração de uma transição é impossível de definir, refletindo a individualidade da pessoa que a vivencia. É assim característico a existência de fluxo e movimento ao longo do tempo que reflete a unicidade da pessoa. Importa ainda mencionar que algumas transições estão associadas a um evento crítico passível de ser identificado, ao passo que noutras situações não é tão evidente (Meleis, 2010).

Meleis (2010) refere igualmente a existência de condições pessoais (significados; crenças socio-culturais e atitudes; estatuto socio-económico; preparação e conhecimento), da comunidade (suporte familiar; informação e modelos) e da sociedade, que podem facilitar ou dificultar o processo transicional no sentido de alcançar uma transição saudável. Como tal, é necessário reconhecer no cliente a existência destas condições, uma vez que os significados atribuídos pela pessoa a determinado evento podem facilitar ou dificultar transições saudáveis. O enfermeiro deve conhecer as especificidades culturais, crenças e significados atribuídos por cada pessoa, de forma a compreender a sua experiência e contribuir adequadamente para a promoção de uma transição saudável. A preparação e conhecimento pode ele mesmo facilitar ou inibir o processo de transição. A antecipação da experiência de transição e o conhecimento antecipado relativamente aos aspetos significativos da mesma, facilita a sua aceitação, o estabelecimento de expectativas realistas e estratégias adequadas para lidar com a situação (Meleis, 2010).

As condições ambientais são igualmente importantes no processo transicional, podendo influenciar positiva ou negativamente a qualidade e a duração da transição. Neste sentido, o enfermeiro deve conhecer o conceito que a pessoa tem de família, as funções e os papéis desempenhados pelos seus membros e o modo como esta está estruturada uma vez que, desta forma é possível antecipar e compreender as necessidades de intervenção, nomeadamente por alterações desenvolvimentais (Meleis, 2010).

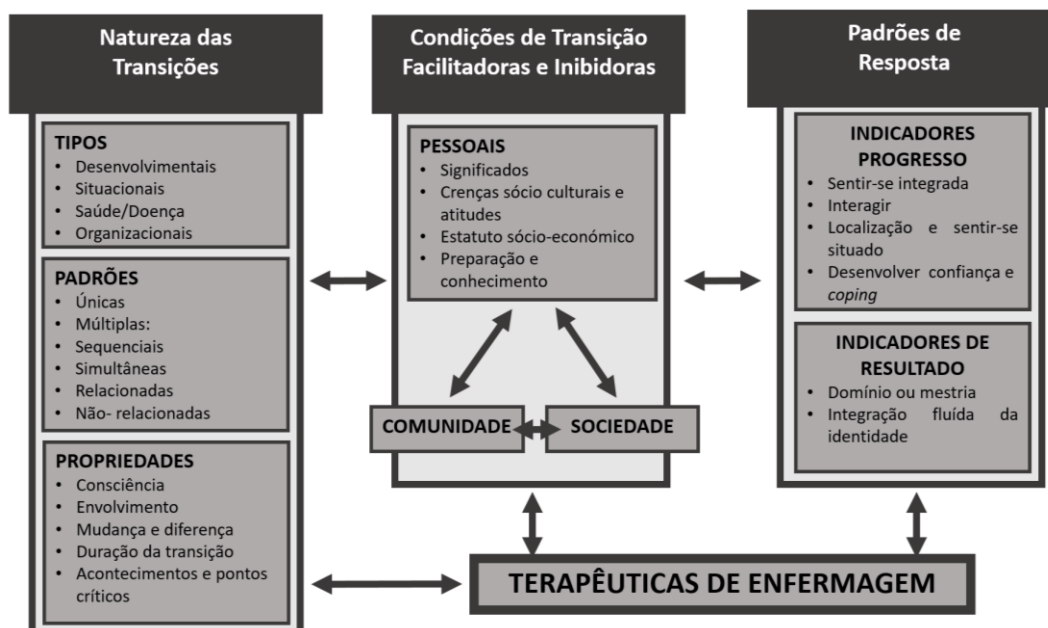
As condições socioeconómicas e a sua estabilidade são essenciais para satisfação das necessidades quotidianas da pessoa, o que justifica o facto de as pessoas com dificuldades financeiras e/ou baixo nível socioeconómico serem mais suscetíveis à ocorrência de problemas psicológicos (Meleis, 2010). É assim fundamental que o enfermeiro avalie e estabeleça intervenções conjuntamente com a pessoa por forma a solucionar uma condição que poderá dificultar o processo de transição.

Na teoria das transições, Meleis (2010) refere que uma transição saudável é caracterizada por padrões de resposta compostos por indicadores de processo e de resultado. Desta forma, é essencial que o enfermeiro identifique estes indicadores de modo a avaliar e intervir precocemente com o objetivo de facilitar este processo de

transição. Os indicadores de processo possibilitam a avaliação do progresso experienciado pela pessoa, tendo por base o nível de envolvimento demonstrado pela mesma no seu próprio processo, pela capacidade de interação com os outros, pela consciencialização dos objetivos e pelo desenvolvimento da autoconfiança e de processos de *coping*. Por sua vez, os indicadores de resultado são revelados pelo domínio de novas competências que lhe permitem viver a transição com sucesso (Meleis et al., 2000) e pelo desenvolvimento de uma identidade integrativa (Meleis, 2010). Schumacher & Meleis (1994) menciona que o bem-estar subjetivo, o bem-estar nas relações e a mestria no desempenho de papéis são indicadores de transições bem-sucedidas.

Por fim, as terapêuticas de enfermagem têm por objetivo a promoção e a recuperação da saúde por parte dos clientes, podendo ser promotoras, preventivas ou interventivas. Meleis (2010) sublinha a importância de três terapêuticas de enfermagem: o cuidado transicional, a suplementação de papel e a discussão. O cuidado transicional engloba uma quantidade de serviços e ambientes que visam assegurar a continuidade de cuidados e evitar maus resultados em populações de risco. Baseia-se numa comunicação eficaz entre os profissionais de diferentes contextos. A suplementação de papel é utilizada para melhorar uma transição saudável, podendo ser preventiva ou terapêutica. É constituída por qualquer processo deliberado no qual a real ou potencial insuficiência de papel são identificadas, incluindo posteriormente a sua clarificação ou nova aquisição. A discussão diz respeito ao diálogo e questionamento entre o enfermeiro e o cliente. Neste processo é providenciada a oportunidade aos clientes de processar os eventos de saúde, assim como as suas consequências. É assim um processo de comunicação relativo às experiências de uma pessoa ou grupo relacionadas com um evento crítico. A Figura 1 ilustra e resume a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Figura 1. Teoria das Transições de Afaf Meleis: Teoria de Médio Alcance



Traduzido e adaptado: Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000, p.17

Em suma, as transições surgem como resultado de mudanças na vida, na saúde, nos relacionamentos e nos ambientes da pessoa. Por sua vez, a unicidade, a diversidade e a complexidade características dos processos de transição geram significados variados e singulares, exclusivos daquela pessoa. Assim, a teoria das transições procura facilitar a compreensão do processo de transição que a pessoa vivencia, ao mesmo tempo que permite estabelecer orientações para o exercício profissional de enfermagem, que visam a facilitação do processo de transição. Desta forma, é possível estabelecer estratégias de prevenção, promoção e intervenção face às necessidades transicionais da pessoa (Meleis et al., 2000).

1.2. Os Cuidados Centrados na Família e a Parceria nos Cuidados

Os cuidados de saúde à criança têm sofrido variadas e importantes alterações ao longo dos tempos. No entanto, é já no século XX com a Declaração de Genebra (1924) sobre os Direitos das Crianças que é reconhecida pela primeira vez a necessidade de a criança ter uma proteção especial que a salvguarde. Em 1959, a declaração dos Direitos da Criança foi adotada pelas Nações Unidas, tornando-se no tratado de direitos humanos mais amplamente ratificado em toda a história. Em suma, veio reforçar a necessidade de proteção e cuidados especiais que a criança necessita em virtude da sua falta de maturidade física e intelectual (UNICEF, 1990). É definido que a criança é todo o ser humano com idade compreendida entre os 0 e os 18 anos e são estabelecidos os direitos civis, políticos, económicos, sociais e culturais de todas as crianças. Procurou ainda reforçar a premissa que as crianças não são adultos em miniatura. Desta forma, é fundamental que na prestação de cuidados à pessoa ao longo do seu ciclo vital seja tido em consideração o seu estágio de desenvolvimento.

A criança como ser único e individual está inserida num sistema próprio que é a sua família, que por sua vez pertence a um determinado contexto sócio cultural (Redondeiro, Moura, Sousa, Soares, & Lopes, 2003). Como tal, a família é uma referência fundamental num sistema de prestação de cuidados humanizado. Por humanização entende-se "um estado de espírito que implica conhecimentos e aptidões que moldam as atitudes e se traduzem numa prática diária atenta à satisfação das necessidades das crianças e das famílias" (Silva, citado por InfoCEDI, 2009, p.1). Esta humanização surge em consonância com a necessidade de prestar cuidados às crianças e suas famílias, contemplando os aspetos do ambiente, da relação e da compreensão da experiência humana nos processos de saúde-doença.

Segundo Hockenberry & Barrera (2014), atendendo ao facto de a família ser uma constante na vida da criança e contribuir para o seu desenvolvimento saudável, os cuidados de enfermagem à criança devem ter como filosofia de cuidar os Cuidados Centrados na Família (CCF). A Associação Americana de Pediatria (2003), citada por Hockenberry & Barrera (2014, p.1026), define o CCF como "uma abordagem aos cuidados de saúde que estrutura as políticas de cuidados de saúde, os programas, a organização dos serviços e as interações entre clientes, família, médicos e outros profissionais de cuidados de saúde". O que sublinha a importância da existência de

uma relação de parceria entre os profissionais de saúde e a família, em que a criança surge como membro efetivo do sistema familiar.

Apesar de na atualidade não existir uma definição única e consensual dos CCF as organizações *Family Voices*, *Maternal and Child Health Bureau*, *American Academy of Pediatrics* e o *Institute for Patient and Family - Centered Care* desenvolveram conjuntamente os princípios do CCF: partilha de informação aberta, objetiva e imparcial; respeito pelas diferenças; parceria e colaboração; negociação; cuidados no contexto de família e da comunidade (Kuo, Houtrow, Arango, Kuhlthau, Simmons & Neff, 2012). Na atualidade, o *Institute for Patient and Family - Centered Care* (2017) acrescenta ainda a dignidade como um conceito central inerente a este cuidado.

Hockenberry e Wilson (2014) mencionam também a promoção da capacitação e o *empowerment* como fundamentais. É elementar que os profissionais de enfermagem tenham a habilidade de capacitar o cliente de cuidados promovendo a criação de oportunidades de aprendizagem e facultando os meios. Desta forma, promovem na criança e sua família o desenvolvimento de estratégias e capacidades pré-existentes ou a aquisição de novas que lhes permitam lidar com a situação (Santos, Thiengo, Moraes, Pacheco & Silva, 2014). O *empowerment* em saúde, segundo a OE (2009), diz respeito ao processo através do qual a pessoa adquire conhecimentos e competências, que por sua vez proporcionam um acréscimo de poder e de controlo, objetivado no seu grau de participação e tomada de decisão em saúde. Consequentemente, para que esta seja a realidade de cuidados é indispensável que exista um reconhecimento da pessoa enquanto sujeito ativo neste processo, sendo responsável pelo seu projeto de vida e de saúde. Cabete (2012) refere que este processo só é possível através do estabelecimento de uma verdadeira parceria de cuidados, na qual a pessoa objeto de cuidados tem o poder, o direito à participação e influência nos mesmos, o que na minha perspetiva justifica o facto de Casey (1995) considerar a negociação como o nível mais elevado de participação na prática de cuidados.

A atuação do enfermeiro deve ter por base a parceria de cuidados e o reconhecimento dos pais como os melhores cuidadores para o seu filho (Casey, 1995). Por conseguinte, deve fornecer o apoio e as informações necessárias para que

os pais possam ser parte integrante do processo de cuidado à criança. O planeamento dos cuidados torna-se um processo dinâmico e negociado, em que a responsabilidade dos cuidados prestados é partilhada entre a criança (quando tem capacidade para o fazer), a família e o enfermeiro (Casey, 2011). Na ausência dos pais, é da responsabilidade dos profissionais manterem as rotinas da criança ao invés de as substituir pelas rotinas hospitalares. Sendo os pais parceiros no cuidar é facilitada a manutenção do vínculo afetivo e por conseguinte o próprio processo de hospitalização da criança. A atuação dos EEESCJ em consonância com este modelo de cuidado potencia o crescimento e desenvolvimento emocional e social da criança e sua família (Casey, 1995).

Em suma, a participação dos pais no processo de cuidados, numa lógica de CCF, poderá revelar-se complexa e desafiante, sendo deste modo fundamental que a equipa de saúde desenvolva capacidades relacionais, de comunicação, ensino e colaboração com a criança e sua família, por forma a promover o desenvolvimento saudável de toda a estrutura familiar. A singularidade de cada família nas suas experiências e receios faz perspetivar que possua expectativas e objetivos ímpares para cada situação, como tal é fulcral o reconhecimento das particularidades de cada uma. O CCF proporciona ainda a maximização dos benefícios da hospitalização e a diminuição dos efeitos negativos a esta associada, garantindo a otimização do conforto e do apoio à criança e sua família (Hockenberry & Wilson, 2014).

1.3. Transições desenvolvimentais da criança e do jovem

A redução da mortalidade infantil a nível mundial e particularmente em Portugal foi um dos principais legados deixados pelo século XX. Dados do Instituto Nacional de Estatística revelam uma descida abrupta da taxa de mortalidade infantil nos últimos quarenta anos em Portugal (Pordata, 2017). No entanto, segundo a Organização Mundial de Saúde (2017), o número de pessoas com algum tipo de deficiência está a aumentar, cifrando-se neste momento em cerca de 10% da população mundial, da qual uma parte significativa diz respeito a crianças. Desta forma, é essencial que no século XXI se promova o crescimento e o desenvolvimento infantil saudável com o reforço da intervenção precoce e a criação de centros de desenvolvimento (OE, 2011). Neste sentido, em comunhão com o desenvolvimento de políticas governamentais

promotoras da vigilância, avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, é fundamental que os profissionais de saúde estejam preparados para dar resposta a este novo desafio.

O conceito de desenvolvimento infantil está deveras explorado na literatura, variando a sua definição consoante a área do conhecimento que a procura definir ou até mesmo com os diferentes referenciais teóricos dentro da mesma disciplina de conhecimento. Erickson, Freud, Piaget e Kohlberg apesar dos reconhecidos méritos nas teorias de desenvolvimento que elaboraram, foram apenas quatro dos variados autores que exploraram a temática do desenvolvimento infantil.

Segundo Hesselgrave (2011), o crescimento e desenvolvimento embora sejam conceitos diferentes são geralmente descritos como a incorporação das diferentes mudanças que ocorrem na vida de uma pessoa. No entanto, o crescimento deve ser considerado tendo em conta a componente física/biológica e resulta no aumento da altura, do peso ou de alguma região corporal em particular. Por sua vez, o desenvolvimento deve ser entendido numa perspetiva multidimensional, que envolve processos maturacionais e de diferenciação, para além do crescimento. Hesselgrave (2011) descreve os processos maturacionais como sendo o aumento de competências e da capacidade de adaptação da pessoa. Por conseguinte, o amadurecimento destes processos permite funcionar num nível superior. O mesmo autor define diferenciação como o processo de desenvolvimento de atividades e funções com um grau crescente de complexidade. O crescimento está assim, relacionado com uma dimensão mais física do processo evolutivo, logo mais facilmente quantificável, ao invés do desenvolvimento que se traduz pelos processos maturacionais e de diferenciação.

Para o meu processo de clarificação do conceito de desenvolvimento infantil, recolhi igualmente subsídios da OE, que descreve o desenvolvimento infantil como um “processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, de acordo com a idade aproximada e estádios de crescimento e desenvolvimento, desde o nascimento, através da infância até à idade adulta” (OE, 2010b, p. 101).

Atendendo à importância da promoção do desenvolvimento infantil (particularmente nos cuidados de saúde), torna-se essencial que se desenvolvam condições geradoras de equilíbrio, otimizando os processos e recursos disponíveis na prossecução do objetivo de promover transições desenvolvimentais saudáveis.

Durante todo o ciclo vital a pessoa é confrontada com vários processos de transição, que poderão ser sucessivos (ex.: estádios de desenvolvimento) ou ocorrer em concomitância (ex.: desenvolvimento e saúde/doença). O facto de a transição pressupor a assimilação de novos saberes e a adoção de novos comportamentos tem inevitavelmente reflexo na sua esfera identitária, nos papéis sociais e nos padrões de comportamento (Meleis, 2010). Desta forma, compreende-se que a criança ao vivenciar determinadas transições (como é o caso dos diferentes estádios de desenvolvimento), se torne particularmente vulnerável aos riscos, o que pode afetar profundamente a sua saúde e bem-estar. Na verdade, a criança é fortemente dependente da potencialização das condições facilitadoras e da resolução das condições inibidoras do seu processo de desenvolvimento.

O aumento do conhecimento relativo à temática do desenvolvimento infantil (a sua vigilância, avaliação e promoção) tem progressivamente conduzido ao reconhecimento da multiplicidade de fatores que podem interferir com o mesmo. Na verdade, o desenvolvimento infantil constitui provavelmente a mais complexa e desafiante transição que a pessoa vivencia no decorrer do seu ciclo vital. Iniciada ainda no útero materno, envolvendo várias dimensões (desde o crescimento físico há diferenciação neurológica, motora, comportamental, sexual, afetiva e social), prolonga-se até à idade adulta. Tem por finalidade tornar a criança competente, a fim de conseguir responder às suas necessidades e às do meio, considerando o seu contexto de vida (Figueiras, Souza, Rios & Benguigui, 2005).

O processo de interação entre as características biológicas de cada criança e as experiências oferecidas pelo meio envolvente proporcionam o seu desenvolvimento. Assim, cada criança é produto da evolução adaptativa da sua espécie (genes que herdou dos seus pais) e das experiências adaptativas e transicionais que vivencia no ambiente físico, social e cultural em que está inserida (Bortolote & Brêtas, 2008). Tendo em conta que o desenvolvimento da criança é consequente de “uma interação entre as características biológicas e as experiências oferecidas pelo meio ambiente, factores adversos nestas duas áreas podem alterar o seu ritmo normal. A probabilidade de que isto ocorra é chamado de Risco para o Desenvolvimento” (Figueiras et al, 2005, p.12). Assim sendo, o facto de a infância ser caracterizada pela dependência e falta de autonomia da criança e a adolescência pela busca de uma identidade para a personalidade construída até então, torna o processo de

desenvolvimento suscetível às condições proporcionadas pela família, comunidade e sociedade nos ambientes transicionais (Salles, 2005).

Em síntese, torna-se essencial que os enfermeiros promovam conjuntamente com a criança e suas famílias condições geradoras de equilíbrio, otimizando processos e recursos, para a prossecução do objetivo de promover transições desenvolvimentais saudáveis.

1.3.1. Transição desenvolvimental na prematuridade

O nascimento prematuro acarreta para o próprio recém-nascido uma transição de desenvolvimento (adaptação da vida intra-uterina para a vida extra-uterina) e por diversas vezes de saúde/doença. A complexidade dos cuidados de saúde prestados leva a que o enfermeiro, numa fase inicial ou de maior instabilidade hemodinâmica, seja o cuidador por excelência no que se refere aos cuidados promotores do desenvolvimento. Deste modo, é essencial que o EEESCJ detenha os conhecimentos necessários para proporcionar os melhores cuidados, tendo em conta o desenvolvimento global do recém-nascido pré-termo.

O nascimento prematuro provoca também sentimentos emocionais intensos nos pais (Barros, 2001; Pires, 2001; Brazelton, 2004) o que conduz a dificuldades de interação entre estes e o bebé, essencialmente no que respeita ao exercício da parentalidade. Apesar de este relatório não ter o seu enfoque na transição para a parentalidade, importa sublinhar que, tal como refere Meleis (2010), a esta transição estão associadas grandes mudanças, o que conduz a um processo adaptativo de todos os elementos da família, sendo que no caso específico de um filho nascido prematuramente o processo ainda é mais complexo. A separação precoce e a que advém de todo o aparato tecnológico que rodeia o bebé podem ser sentidos como elementos nocivos na transição para a parentalidade (Brazelton, 2004; Hockenberry & Wilson, 2014).

Cumulativamente à situação de transição que estas famílias atravessam, existe um potencial défice de cuidado a dependentes, na medida em que os pais sendo confrontados com uma condição que foge às expectativas individuais, familiares e sociais do exercício da parentalidade, podem inicialmente não estar preparados para

responder às necessidades específicas do seu bebê pré-termo. Sendo os pais os principais peritos nos cuidados ao seu filho, ao verem-se privados desse papel, poderão desenvolver sentimentos de perda de controlo da sua vida familiar e do próprio poder parental. Desta forma, a consciência da influência negativa que o internamento de um filho numa UCIN, acarreta na capacidade de os pais assumirem de forma confiante a sua parentalidade (Barros, 2001), incute no enfermeiro o dever de capacitar as famílias proporcionando-lhes oportunidades para adquirir e desenvolver competências que visem suprir as necessidades das crianças e promover as forças, habilidades e ações da família (Hockenberry & Barrera, 2014).

Proporcionar um ambiente propício ao desenvolvimento do recém-nascido pré-termo e de uma parentalidade saudável, que minimize os efeitos negativos do internamento numa UCIN, são aspetos que devem estar inerentes aos cuidados do EESCJ. Para tal, é elementar que o enfermeiro promova a ocorrência de condições facilitadoras para as transições, com o foco nas particularidades do recém-nascido e da sua família. Segundo Meleis (2010) a antecipação da experiência de transição através do conhecimento prévio de aspetos significativos da mesma, facilita o estabelecimento de estratégias adequadas à situação. Os cuidados antecipatórios promotores das capacidades parentais, baseados na preparação e conhecimento, são desta forma essenciais na promoção de condições facilitadoras para a ocorrência de transições saudáveis, nomeadamente ao nível da parentalidade e do desenvolvimento infantil.

2. PROBLEMÁTICA E OBJETO DE ESTUDO

Atendendo a que o desenvolvimento continua após o nascimento, sem o ambiente de proteção proporcionado pelo útero materno, os recém-nascidos pré-termo possuem um alto risco de desenvolvimento de variados problemas, nomeadamente deficiência cognitiva e motora, distúrbios comportamentais e perturbações do espectro do autismo (Altimier & Phillips, 2013). No leque abrangente desta população, que se inicia no limite da viabilidade (22 semanas de gestação) até às 37 semanas, os recém-nascidos com idade gestacional inferior a 32 semanas são considerados de alto risco para a ocorrência de alterações de desenvolvimento (Toso, Viera, Valter, Delatore & Barreto, 2015).

Em oposição à postura na linha média e predomínio do tônus flexor do recém-nascido de termo, o recém-nascido pré-termo quando se encontra numa posição de repouso apresenta uma postura assimétrica, com a cabeça lateralizada e com as extremidades em abdução e rodadas externamente. Esta postura deve-se aos efeitos da gravidade e da supremacia do tônus extensor (Moreira, 2004; Toso et al, 2015). A ausência de intervenções que contrariem esta postura pode originar que as conexões neuronais sejam reforçadas naquela postura (uma vez que o seu sistema musculoesquelético é altamente moldável e sensível ao posicionamento do corpo). Consequentemente, estes recém-nascidos tendem a apresentar atraso no controlo postural, défices de coordenação motora, distúrbios do tônus muscular (Araújo, 2010) e alterações osteoarticulares (Sweeney & Gutierrez, 2002). O que por sua vez potencia a ocorrência de alterações de desenvolvimento e incapacidades permanentes (Sweeney & Gutierrez, 2002; Altimier & Phillips, 2013). Uma percentagem elevada de crianças prematuras pode apresentar estas alterações ou incapacidades, o que justifica o estabelecimento de estratégias de prevenção e estimulação durante o período de internamento (Araújo, 2010). Nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais o posicionamento e a manipulação adequados são das intervenções que se podem iniciar mais precocemente para contribuir para o desenvolvimento (Waitzman, 2007; Madlinger-Lewis, Reynolds, Zarem, Crapnell, Inder & Pineda, 2014). Este cuidado é fundamental para promover o desenvolvimento postural e musculoesquelético normal (Coughlin, Lohman & Gibbins, 2010; Altimier & Phillips, 2013; Jeanson, 2013; Madlinger-Lewis et al, 2014), a integridade cutânea e o aumento da densidade óssea (Altimier & Phillips, 2013; Jeanson, 2013), a regulação

térmica (Waitzman, 2007; Altimier & Phillips, 2013) e o desenvolvimento cerebral (Waitzman, 2007; Altimier & Phillips, 2013; Coughlin, 2014). É ainda importante para diminuir o número e a duração dos episódios de choro e/ou agitação (Altimier & Phillips, 2013; Coughlin, 2014) e os indicadores comportamentais de dor (Waitzman, 2007; Altimier & Phillips, 2013; Jeanson, 2013).

Desta forma, a fim de se otimizar o desenvolvimento global do recém-nascido, é fundamental promover o alinhamento estrutural normal e o controle neuromotor. O posicionamento em flexão fisiológica (flexão dos ombros, ancas e joelhos e inclinação pélvica posterior) é a posição ideal do recém-nascido, pois promove o adequado alinhamento articular, a simetria, o desenvolvimento neuromuscular, o autocontrole e a organização comportamental (Madlinger-Lewis et al, 2014). No entanto, os recém-nascidos pré-termo são incapazes de adotar um posicionamento estável adequado sem a utilização de suportes apropriados (Jeanson, 2013). O posicionamento terapêutico refere-se à tentativa de replicação do apoio contido e harmonioso do útero materno, proporcionando para tal, suporte postural e de movimento na linha média (Altimier & Phillips, 2013). Previne o desenvolvimento de alterações posturais, a ocorrência de movimentos assimétricos, a rotação externa das ancas e a dolicocefalia (Madlinger-Lewis et al, 2014). Atendendo às particularidades do recém-nascido pré-termo também a manipulação adequada é igualmente fundamental para o neurodesenvolvimento, devendo ser realizada lentamente, modulando os movimentos com as extremidades fletidas e contidas. Deste modo, intervenções que promovam a alternância de decúbitos e posturas corporais adequadas, através de um posicionamento contido e em flexão têm impacto positivo no desenvolvimento neuromotor das crianças (Coughlin et al, 2010; Jeanson, 2013; Madlinger-Lewis et al, 2014). Em oposição, a não utilização de dispositivos de suporte apropriados tem demonstrado efeito prejudicial no desenvolvimento sensório-motor da criança a longo prazo (Jeanson, 2013).

A evidência científica atual revela a necessidade da existência de práticas de cuidados sistematizadas e atualizadas, como tal, estabeleço como objeto de estudo, no sentido da minha aprendizagem e desenvolvimento de competências de EEESCJ: as intervenções do enfermeiro especialista, no posicionamento e manipulação do recém-nascido pré-termo, que contribuam para a promoção do desenvolvimento.

3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM

No presente capítulo é realizada uma análise descritiva e crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas nos diferentes locais de estágio, durante 18 semanas. A escolha dos serviços para a realização dos estágios surgiu em consonância com o projeto previamente delineado, por forma a possibilitar as experiências necessárias ao desenvolvimento de competências inerentes à prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde da criança e do jovem. Desta forma, o meu percurso formativo conheceu variados contextos de cuidados na área da saúde da criança e do jovem, como sendo: o Internamento de Pediatria, o CDC, a Urgência de Pediatria e a UCIN. Todos os locais de estágio prestam cuidados especializados à criança e ao adolescente até aos 18 anos menos 1 dia, à exceção das situações de doença crónica que podem ir até aos 21 anos. O Internamento e a Urgência de Pediatria estão inseridos em Hospitais Distritais, ao passo que o CDC e a UCIN são parte integrante de um Hospital Central. Em qualquer uma das situações dão resposta à população pertencente à área de influência dos respetivos hospitais.

Para a reflexão crítica tenho por base as atividades desenvolvidas que visaram a consecução dos objetivos gerais e específicos estabelecidos, assim como as competências desenvolvidas enquanto futuro EEESCJ. Neste sentido, procurei desenvolver a minha capacidade crítico reflexiva, que segundo Schön (1992), permite a reconstrução do saber e a aprendizagem pela transformação do conhecido. A pesquisa bibliográfica nas bases de dados (Medline, Cinahl e Scielo), no RCAAP (Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal) e em literatura publicada constituiu-se como a principal sustentação das práticas desenvolvidas e da reflexão crítica. Da mesma forma, o protocolo da *Scoping Review* (apêndice 1) que elaborei permitiu orientar a pesquisa realizada, no que se refere às intervenções promotoras do desenvolvimento do recém-nascido pré-termo.

Com o objetivo de estruturar, delinear e sistematizar o meu percurso utilizei como estratégia a elaboração de um Guia de Objetivos e Atividades (apêndice 2) em cada local de estágio. Este documento foi apresentado e discutido com os enfermeiros

orientadores e reformulado ao longo dos estágios. Teve na sua génese uma prática reflexiva que resultou num processo dinâmico de aprendizagem, materializado na reformulação do mesmo em função das particularidades de cada local e em comunhão com a minha necessidade de desenvolvimento de competências. Neste sentido, em consonância com a finalidade de desenvolver competências de EEESCJ e atendendo àqueles que são os meus interesses pessoais e profissionais, para além do objetivo geral de **desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à criança, jovem e família, no âmbito da promoção do desenvolvimento infantil**, estabeleci como objetivos específicos:

- Avaliar o desenvolvimento da criança e jovem nas diferentes faixas etárias.
- Desenvolver capacidades de comunicação com a criança e o jovem de forma adequada ao seu estágio de desenvolvimento.
- Orientar os pais para as estratégias promotoras do desenvolvimento infantil.
- Desenvolver práticas de cuidados promotoras do desenvolvimento no recém-nascido pré-termo.
- Elaborar uma proposta para uniformizar procedimentos de manipulação e posicionamento do recém-nascido pré-termo, promotores do seu desenvolvimento.
- Desenvolver práticas de gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e do jovem.

A descrição do percurso que desenvolvi faz transparecer a finalidade de contribuir para a promoção do desenvolvimento infantil de um modo geral e para a promoção do desenvolvimento do recém-nascido pré-termo em particular, através do desenvolvimento das minhas competências enquanto profissional e futuro EEESCJ. Por forma a facilitar a exposição das atividades desenvolvidas e o crescente desenvolvimento de competências que ocorreu ao longo dos estágios (fruto do processo reflexivo sobre as experiências vivenciadas), optei por subdividir as atividades consoante os objetivos. Deste modo, procuro facilitar a sua exposição e demonstrar a crescente complexidade das terapêuticas de enfermagem desenvolvidas.

3.1. Objetivos e atividades desenvolvidas

Objetivo Geral - Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à criança, jovem e família, no âmbito da promoção do desenvolvimento infantil.

- Avaliar o desenvolvimento da criança e jovem nas diferentes faixas etárias.
- Orientar os pais para as estratégias promotoras do desenvolvimento infantil.

No capítulo do desenvolvimento infantil, posso mencionar que o estágio que realizei no Internamento de Pediatria foi importante, tendo em conta o conhecimento adquirido no que se refere à vigilância, promoção e avaliação do desenvolvimento infantil. Possibilitou o incremento da minha noção da multiplicidade de fatores que podem contribuir para o desenvolvimento infantil. Apesar da utilização da maioria das escalas de avaliação do desenvolvimento não estar recomendada em situações de internamento, pois habitualmente procura-se a melhor performance da criança, é verdade que por diversas vezes se detetam situações de risco durante o internamento no que respeita ao desenvolvimento infantil (OE, 2010b). A aparente ambivalência entre estes dois factos, só por si também fomentou a minha pesquisa. Como resultado, a minha própria conceção de desenvolvimento infantil sofreu uma interessante evolução. Para tal, em muito contribuiu a conceção desenvolvida pela OE (2010b) (nos Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica), ao estabelecer diversos e distintos pilares que sustentam o desenvolvimento infantil, como sendo: a amamentação/alimentação diversificada; a imunização; a higiene e vestuário; o sono e repouso; o brincar; a disciplina; a segurança; os afetos e a sexualidade. Este documento salienta ainda o facto de os pilares estarem interligados, o que surge em consonância com a evidência de que na maioria das situações não se consegue estabelecer uma causa única associada às perturbações do desenvolvimento. Nesta perspetiva, mais abrangente e holística, o desenvolvimento infantil está relacionado com a aquisição e aperfeiçoamento de competências por parte das crianças e suas famílias em diferentes áreas funcionais. O enfermeiro deve assim negociar estratégias que visem a redução dos fatores de risco para o desenvolvimento. Para tal, deve mobilizar os recursos necessários e implementar as terapêuticas de enfermagem que se constituam segundo a evidência,

como potenciadoras das condições facilitadoras e/ou passíveis de fazer desvanecer as condições inibidoras para as transições do desenvolvimento infantil.

A documentação bibliográfica inicial foi de capital importância, uma vez que me permitiu direcionar, sistematizar e atribuir significado às próprias observações. Em suma, foram os meus conhecimentos prévios e a pesquisa realizada, que me possibilitaram realizar uma observação orientada relativamente ao contexto de cuidados e às terapêuticas de enfermagem desenvolvidas pelos EEESCJ. Sustentado neste modo de atuação constatei a existência de características do meio envolvente que devidamente potenciadas se constituem como promotoras do desenvolvimento infantil. A existência de uma sala de atividades com uma educadora e brinquedos adequados às diferentes etapas de desenvolvimento (o brincar); as camas com grades para que as crianças não sofram quedas do leito (a segurança); e os cadeirões para que as mães possam ter mais condições para amamentar (a amamentação), são alguns exemplos de como o meio pode influenciar o desenvolvimento infantil.

Em virtude da alteração do estado habitual de saúde e da rotina familiar que a doença e a hospitalização originam, os mecanismos que possibilitam às crianças lidar com os fatores de stress estão limitados. Segundo Sanders (2014) a separação dos pais ou pessoas significativas, a perda de controlo e autonomia, o medo do desconhecido, da lesão corporal e da morte são os principais fatores geradores de stress durante a hospitalização. Em consonância com este conhecimento, tive a possibilidade de observar a enfermeira orientadora a incentivar a permanência dos pais junto dos seus filhos 24 horas por dia e a realizar técnicas de procedimento invasivas numa sala própria (diferente dos locais onde a criança permanece habitualmente). Estes exemplos demonstram a preocupação dos profissionais em proporcionar ambientes seguros (do ponto de vista emocional) às crianças e de procurar diminuir os fatores de stress (OE, 2010b). A consciencialização da importância destas intervenções e a observação do modo como se pode intervir modulou a minha própria forma de intervir, no sentido em que me nutriu de conhecimento prático, no que se refere à forma como podemos potencializar a presença dos pais, em prol da criança e da própria família.

A doença e o internamento da criança, apesar de provocarem alterações na rotina familiar e de requererem um processo de transição de saúde/doença por parte de todos os elementos da família, poderão ser potenciados como momentos de

avaliação e de promoção das capacidades parentais e da própria criança. Foi intrincado neste propósito que de uma forma constante, durante o período de internamento, procurei desenvolver terapêuticas de enfermagem correspondentes às necessidades de intervenção observadas e validadas com a criança e sua família, nos diferentes pilares que sustentam o desenvolvimento infantil.

Todo o processo de cuidados é diretamente dependente da relação estabelecida com a criança e sua família, sendo a abordagem inicial fundamental para o estabelecimento de uma prestação de cuidados em parceria (Casey, 1993). Assim procurei desde os momentos iniciais do estágio observar criticamente esta prática pelos EEESCJ, tendo por base a literatura existente. A necessidade de internamento hospitalar de um filho proporciona um elevado grau de ansiedade e um misto de sentimentos a toda a família. Como tal, a forma como é realizado o acolhimento irá influenciar a atitude da criança e da sua família face à equipa de saúde e aos seus cuidados (Venâncio & Pereira, 2002). Devemos pensar no acolhimento como a ação de receber alguém, dar proteção e ajuda, levando-o para junto de si (Infopédia, 2017), logo, concordando com Vitória (2001), não deverá ser um ato pontual no momento da admissão, mas um contínuo ao longo do internamento, consolidando-se dia-a-dia. Tavares (2008) refere que é indispensável orientar as crianças e suas famílias para que possam enfrentar a experiência do internamento.

Sustentado neste conhecimento teórico e no modo de o operacionalizar pelos EEESCJ, procurei desenvolver o meu próprio modo de intervir. Assim, realizei o acolhimento da criança e sua família num ambiente calmo, acolhedor e de disponibilidade da minha parte, facilitando a expressão das suas dúvidas, anseios e receios. Segundo Calvetti, Silva & Gauer (2008), esta atitude acolhedora pode ajudar a estabelecer um vínculo terapêutico mais eficaz. Explicitei as normas de funcionamento do serviço e realizei uma visita guiada ao mesmo, tendo em consideração que a informação disponibilizada no acolhimento permite à família algum controlo sobre a situação, reduzindo os sentimentos de incerteza que são frequentemente experimentados na fase de adaptação a esta nova situação (Mendes, 2013). Tive ainda a oportunidade, através da entrega do “Guia de acolhimento à criança/adolescente e pais/pessoa significativa” em uso naquele serviço, de poder disponibilizar informação diversa em suporte escrito, relativamente ao internamento. Se as crianças e os pais se sentirem realmente acolhidos, ficarão mais desinibidos

para partilhar as suas dúvidas, consequentemente mais integrados em todo o processo de cuidados (Brito, 2006). Assim, é fundamental no processo de admissão o estabelecimento de uma relação de confiança entre os enfermeiros, os pais e as crianças, para um envolvimento pleno de todos os intervenientes (Smith, 1995).

O processo de recolha de informação para a avaliação do desenvolvimento infantil é transversal a todo o internamento podendo iniciar-se nos momentos que antecedem o próprio acolhimento. O primeiro contacto visual com a criança e família (que frequentemente ocorre na sala de espera ou na urgência pediátrica) poderá fornecer informação pertinente para o processo de cuidados. A forma como a criança brinca, interage com as restantes pessoas presentes, se desloca ou é transportada e a proximidade afetiva entre os elementos da família, são alguns exemplos. Por sua vez, a entrevista informal inicial durante o acolhimento permitiu iniciar o processo de validação da informação previamente recolhida, assim como encetar o reconhecimento conjunto das condições facilitadoras e inibidoras da criança e família para os seus processos transicionais. A realização de uma anamnese detalhada da criança e da sua família, o início do reconhecimento da natureza das transições, condicionalismos e padrões de resposta, constituíram-se parte integrante e fulcral da avaliação inicial. A entrevista informal inicial possibilitou o incentivo aos pais para trazerem objetos pessoais da criança/jovem para o internamento, o que segundo Sanders (2014) se constitui como estratégia minimizadora dos efeitos da separação.

O reconhecimento da família como a principal cuidadora da criança conduziu a que a minha atuação tivesse como foco principal de atenção a transição de saúde-doença que vivenciavam naquele momento, mas também as transições de desenvolvimento. Neste sentido, procurei desenvolver intervenções que orientassem os pais para a maximização do potencial de desenvolvimento da criança no momento presente, assim como numa perspetiva futura através da realização de cuidados antecipatórios. Este modo de atuar surge de acordo com as linhas-mestras do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013), nomeadamente a que se refere aos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e prevenção da doença, ao “facultar aos pais e outros cuidadores os conhecimentos necessários ao melhor desempenho no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade” (DGS, 2013, p.7). A antecipação da experiência da transição e o conhecimento antecipado ajudam no estabelecimento de expectativas

realistas e estratégias adequadas, facilitando a ocorrência de uma transição saudável, tal como refere Meleis (2010) relativamente à preparação e conhecimento.

O aumento da literacia em saúde, relacionada com o desempenho da parentalidade, é essencial para a promoção de um desenvolvimento saudável. Em Portugal, existe uma preocupação crescente com a literacia em saúde, motivo pelo qual o XXI Governo Constitucional estabeleceu como prioritária a criação de um Programa Nacional para a Saúde, Literacia e Autocuidados, com o Despacho n.º 3618-A/2016 publicado no Diário da República, 2.ª série — N.º 49 — 10 de março de 2016. Este despacho refere que a literacia em saúde deve ser entendida como a capacidade de tomar decisões informadas sobre a saúde e que os estudos divulgados apontam para baixos níveis de literacia em saúde em Portugal. Desta feita, ao considerar os pilares que sustentam o desenvolvimento infantil, procurei intervir ao longo do internamento em diversas áreas, numa lógica de partilha de informação que atendia às reais necessidades dos pais de promoção da sua literacia.

De forma ilustrativa recorde um turno durante o qual acompanhei a família de um recém-nascido que tinha um desenvolvimento ponderal inferior ao que era esperado. Neste caso, estava perante uma transição de saúde-doença ao mesmo tempo que desenvolvimental, uma vez que o desenvolvimento ponderal desadequado estava a interferir com a condição de saúde atual e com o desenvolvimento futuro da criança. Este processo de acompanhamento conduziu ao reconhecimento conjunto das condições facilitadoras da transição presentes nesta situação, como sendo a motivação da mãe para amamentar e a disponibilidade do pai para a ajudar neste processo. De igual modo, foi possível perceber a presença de mitos erróneos que se constituíam como uma condição inibidora da transição, como sejam “o meu leite é fraco” (sic da mãe) ou “eu estava a oferecer uma mama em cada mamada, mas a minha mãe disse-me que estava a fazer mal e passei a dar 5 minutos de cada uma” (sic da mãe). A minha intervenção passou fundamentalmente pela potencialização da motivação do casal para o sucesso da amamentação e pela desmistificação, com base no conhecimento científico mais recente, dos mitos associados à amamentação. Orientar os pais neste processo é recompensador, pois ajuda-os a tomar consciência de que a parentalidade não é um processo estanque, de competências inatas, mas sim um processo evolutivo de desenvolvimento e aquisição de competências.

No que respeita aos cuidados antecipatórios estes podem diferir substancialmente uma vez que devem atender ao estágio de desenvolvimento da criança e às reais necessidades de cada criança e família. Na verdade, apesar da obrigatoriedade do conhecimento por parte do enfermeiro das características e sinais de alerta de cada etapa de desenvolvimento, só uma intervenção individualizada e não padronizada poderá resultar em reais ganhos em saúde para aquela criança e sua família. Foram estas premissas que justificaram diferentes focos de atenção para cada família, apesar de as crianças poderem ter uma idade similar. Reforçar a necessidade da utilização correta dos sistemas de retenção para crianças, como estabelecido nos cuidados antecipatórios do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013) fez-me todo o sentido na presença de uma família que após ter alta clínica para o domicílio colocou o lactente na cadeira auto sem apertar os cintos de segurança. Na avaliação da origem deste comportamento, foi possível perceber que existia um défice de conhecimento nesta área, que se poderia revelar numa condição inibitória para uma transição saudável. Em contraponto, a sua abordagem não tinha a mesma pertinência aquando da presença de uma família que numa situação similar, demonstrasse ter os conhecimentos e habilidades necessárias para otimizar o sistema de retenção automóvel. Neste capítulo, a preparação e conhecimento prévio desta família, revela-se uma condição facilitadora para a ocorrência de uma transição saudável.

De forma a objetivar a minha atuação, a amamentação e a segurança infantil foram provavelmente as temáticas mais exploradas por mim em conjunto com os pais de recém-nascidos ou lactentes. Este foco de atuação foi fundamentalmente motivado pela consciência anterior, reforçada através da pesquisa bibliográfica, de que são duas temáticas importantes nestas etapas de desenvolvimento (OE, 2010b). Apesar da crescente consciencialização dos profissionais de saúde para a importância da promoção da amamentação e da segurança infantil, é essencial que em Portugal se continuem a implementar medidas que promovam o sucesso do aleitamento materno (Levy & Bértolo, 2012) e a diminuição consistente dos acidentes em crianças e jovens (Associação para Promoção da Segurança Infantil, 2017). O reconhecimento das condições facilitadoras ou inibidoras das transições para cada criança e sua família, em simultaneidade com as recomendações científicas atuais, possibilitaram o desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem adequadas às suas necessidades.

Desmitificar mitos e crenças erróneas relativamente à amamentação tornou-se uma prática frequente, o que está em consonância com o referido por Levy & Bértolo (2012). De igual forma, a promoção do conhecimento e preparação dos pais relativamente à segurança infantil foi uma temática constantemente abordada, justificada nomeadamente pelo facto de cerca de 50% dos sistemas de retenção automóvel para crianças não estar a ser utilizado de forma correta (APSI, 2013).

Terminado o percurso no Internamento de Pediatria iniciei um novo estágio, desta vez num CDC, pertencente a um Hospital Central. A escolha desta unidade de cuidados foi motivada pela necessidade frequente de articulação com o meu contexto profissional, assim como pela minha necessidade em aprofundar conhecimentos e desenvolver habilidades no âmbito da vigilância de saúde das crianças e dos jovens.

Através da observação do meio envolvente pude constatar a preocupação existente com a humanização do acolhimento pediátrico, sendo de referir que em todos os espaços percorridos pelas crianças (sala de espera, corredores, sala de tratamentos e gabinetes de consulta das variadas especialidades) se encontram ilustrações nas paredes com desenhos coloridos. Na sala de espera e nos gabinetes existe ainda uma grande variedade de brinquedos, material de desenho, mesas e cadeiras adequadas aos diferentes estádios de desenvolvimento. No que respeita ao modo com o atendimento está estruturado no CDC, é de salientar a preocupação com o bem-estar de toda a família. A generalidade das crianças são seguidas por diversas especialidades, o que pressupõe uma acrescida disponibilidade dos pais para o acompanhamento dos seus filhos. Neste sentido, na tentativa de minorar as alterações provocadas na dinâmica familiar, diminuir o absentismo laboral dos pais e consequentemente reduzir a não adesão às consultas, estas são realizadas no mesmo dia e programadas considerando a disponibilidade dos pais.

Parte integrante do modo de atuação de todos os profissionais do CDC é a forma como estabelecem o primeiro contacto com a criança e sua família. Ao invés da chamada para a consulta se realizar através de um intercomunicador com altifalante na sala de espera, os profissionais deslocam-se até à sala de espera e pessoalmente recebem a criança e sua família. Para além de criar nos pais um sentimento de confiança e valorização, permite o início do estabelecimento de uma relação de confiança entre a criança, família e o profissional. De sublinhar é a oportunidade que proporciona ao profissional de iniciar o processo de avaliação da dinâmica familiar e

das capacidades da criança, com base no comportamento desta na sala de espera e no percurso até ao gabinete. Sendo este modo de atuar pleno de significado também eu procurei implementá-lo nas consultas que tive a oportunidade de realizar.

Apraz referir que o facto de a maioria das crianças terem um historial de internamento na UCIN onde desempenho a atividade profissional, proporcionou que grande parte dos pais já me conhecesse. Este facto constituiu-se como facilitador do processo de interação e de estabelecimento da relação de confiança.

As consultas de enfermagem de seguimento do recém-nascido pré-termo ocorrem geralmente antes da consulta médica, mas também com frequência as duas decorrem em simultâneo. Segundo o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil “cabe à equipa de saúde identificar, numa perspetiva centrada na família, as necessidades especiais de cada criança, sinalizá-las, proporcionar-lhes apoio continuado e promover a articulação entre os intervenientes nos cuidados” (DGS, 2013, p.30). Assim, a equipa multidisciplinar do CDC estabeleceu que são referenciados para esta consulta todos os recém-nascidos pré-termo de idade gestacional inferior a 32 semanas. A calendarização da consulta responde às necessidades específicas de cada criança, tendo no entanto por orientação a realização de consultas a cada três meses no primeiro ano de vida, semestralmente no segundo ano de vida e depois anualmente até pelo menos os oito anos de idade. É definido, tal como recomendado pela DGS (2013), um programa individual de vigilância e promoção da saúde que promova o desenvolvimento de capacidades e potencialidades da criança e sua família, dando resposta às suas necessidades. Nestas consultas tive a oportunidade de orientar os pais para as necessidades específicas do seu filho, através da explicitação do estágio de desenvolvimento atual e orientação para estratégias de intervenção futuras. De igual forma, foi possível estabelecer uma lógica de transmissão de cuidados antecipatórios, capacitando-os para os desafios de cada estágio de desenvolvimento. Na verdade, o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro na consulta de seguimento do recém-nascido pré-termo surge em consonância com o Guia Orientador de Boa Prática de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2010b). Segundo este é da competência do enfermeiro a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança, o proporcionar condições facilitadoras para as transições de desenvolvimento e o capacitar os pais para intervir promovendo o desenvolvimento do seu filho. Deste modo, os enfermeiros têm uma intervenção

fundamental no processo de orientação e aconselhamento dos pais. Gomes (2009) já havia sublinhado a importância das consultas de enfermagem, ao mencionar que estas são um lugar privilegiado para o enfermeiro ajudar os pais a conhecer melhor o seu filho, esclarecendo dúvidas e preparando-os para os problemas mais comuns. No caso dos recém-nascidos pré-termo, estas premissas são plenas de significado, atendendo às particularidades de interação, crescimento e desenvolvimento que frequentemente apresentam. Desta forma, os pais que melhor compreendem as características específicas dos seus filhos e que respondem eficazmente às suas necessidades facilitam os processos de aprendizagem (Landry, 2008).

A consulta é realizada habitualmente pela EEESCJ com base no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013) e na escala de avaliação de Mary Sheridan Modificada. Revelador da importância dada a estes fundamentos, é o facto de a Enfermeira Orientadora ter durante a consulta a escala de avaliação impressa sobre a sua secretária. Apesar disto, o seu preenchimento ocorreu somente após o término da consulta. A avaliação do desenvolvimento surgia assim integrada no normal decurso da consulta, intercalada por diversas vezes com momentos de esclarecimento de dúvidas aos pais e com estratégias para potenciar o que acabou de ser avaliado. Esta integração permitiu uma maior fluidez e coerência na estrutura da consulta. De sublinhar que para a avaliação e orientação serem plenas de significado, num momento prévio ao início da consulta, a EEESCJ calculava a idade corrigida da criança, para assim poder enquadrar corretamente os resultados obtidos. Compreendendo a importância deste cálculo ser feito num momento prévio ao contacto com a criança, adotei igualmente esta metodologia. Para além da determinação da idade corrigida, na preparação da consulta analisava o historial clínico da criança, mais particularmente as avaliações, as intervenções e os resultados obtidos anteriormente, pois só desta forma se pode almejar um contínuo de cuidados.

A ausência de experiência da minha parte na mobilização de escalas de avaliação condicionou nos momentos iniciais a fluidez da consulta, sendo por diversas vezes obrigado a visitar a escala para ter a certeza da minha observação. Neste capítulo, o apoio e a disponibilidade demonstrada pela EEESCJ foram importantes para o desenvolvimento das minhas competências. Para além dos elementos que a escala de avaliação do desenvolvimento me forneceram, também o meu enfoque na avaliação, orientação e promoção de comportamentos promotores de saúde foi

fundamental. Para tal tive por base os pilares do desenvolvimento estabelecidos nos Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2010b) explorados durante o estágio anterior. Atendendo à maior regularidade das consultas no primeiro ano de vida, estas foram as que mais vezes tive a oportunidade de observar e realizar. Com base nas avaliações que efetuei durante as consultas, inerentes ao processo de cuidados de enfermagem, posso mencionar que os cuidados antecipatórios que mais frequentemente abordei dizem respeito às temáticas da amamentação/alimentação diversificada, ao sono e repouso e ao brincar. Foi com base no resultado destas avaliações que em parceria com os pais se estabeleceram as terapêuticas de enfermagem mais adequadas a cada situação. A abordagem destas temáticas em contexto de consulta surge em conformidade com as recomendações da DGS (2013), para o primeiro ano de vida da criança.

No que respeita à amamentação/alimentação diversificada procurei validar os conhecimentos prévios dos pais e conhecer as orientações fornecidas pelos outros profissionais de saúde que acompanham aquela criança e sua família, no âmbito da vigilância regular de saúde, uma vez que a consulta de seguimento do recém-nascido pré-termo não tem como pretensão substituí-la, mas complementá-la. As principais dúvidas/dificuldades sentidas prenderam-se com maior frequência com os sinais de fome do lactente, com o horário das mamadas e com o momento ideal para deixar de amamentar durante a noite. A ansiedade acrescida associada ao receio de não alimentar adequadamente a criança, poderá não ser alheia ao facto de, os pais ainda terem presente a ideia de que o seu bebé é extremamente frágil (Brazelton, 2004).

No que concerne ao sono e repouso, uma das intervenções fundamentais diz respeito à avaliação da posição e do local em que os pais colocam o lactente para dormir. Com frequência constatei uma dificuldade acrescida da parte dos pais em colocar o bebé a dormir em decúbito dorsal e em cama própria, contrariando as recomendações atuais da Associação Americana de Pediatria (2016). Neste caso, foi necessário trabalhar com os pais as suas condições facilitadoras, mas fundamentalmente as condições inibidoras, uma vez que, a não adoção de um posicionamento seguro para o lactente dormir, estava por diversas vezes associado a mitos erróneos e a défices de conhecimento relativamente ao posicionamento.

No que diz respeito ao brincar procurei enaltecer a sua importância, fundamentalmente junto dos pais de lactentes, uma vez que foram estes que

manifestaram maiores dificuldades e desconhecimento da forma como podem brincar com os seus filhos. Neste sentido, procurei orientá-los para estratégias de interação, nomeadamente através da referenciação dos brinquedos mais adequados para cada estágio de desenvolvimento, assim como para a forma de os poder potencializar.

As situações de cuidados na Urgência de Pediatria possibilitaram a evolução das minhas competências ao nível da avaliação e promoção do desenvolvimento infantil. Foi possível observar os EEESCJ e participar na prestação de cuidados à criança, ao jovem e sua família. Em conformidade com uma visão global e holística da família procurei não somente desenvolver terapêuticas de enfermagem que respondessem à transição de saúde-doença atual (necessidades imediatas) como também a outras transições, com um enfoque primordial nas desenvolvimentais.

No que concerne à vigilância, promoção e avaliação do desenvolvimento infantil todos os momentos de contacto do enfermeiro com a criança, jovem e sua família são passíveis de intervenção no que a este capítulo diz respeito. É fundamental que o EEESCJ tenha consciência dos comportamentos característicos de cada estágio de desenvolvimento infantil, assim como dos sinais de alarme, não obstante o facto de aquando da recorrência ao serviço de urgência a criança não estar na sua máxima performance. Tal como o referenciado no Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da OE (2010b), o enfermeiro deve estar alerta para detetar situações de risco no que respeita ao desenvolvimento infantil, independentemente do contexto de cuidados. Em consonância com esta premissa procurei desenvolver terapêuticas de enfermagem que respondessem às necessidades detetadas nos diferentes pilares que sustentam o desenvolvimento infantil.

Este modo de atuar possibilitou a deteção de situações passíveis de intervenção, por interferirem ativamente no desenvolvimento da criança, sem contudo estarem na origem do seu internamento. Ilustrativo deste foco de atenção poderá ser o facto de ter detetado que uma criança de dois meses (internada há dois dias com o diagnóstico de bronquiolite) ter uma orientação preferencial à direita e não na linha média. Analisados, em comunhão com os pais, os fatores potencialmente inibidores desta transição, como o facto de a criança ter os pais à sua direita quando está deitada no berço ou na espreguiçadeira, possibilitou a negociação de soluções adaptadas às

possibilidades e desejos dos pais. A ausência de intervenção muito possivelmente perpetuaria esta situação com consequências ao nível do desenvolvimento daquela criança.

A consciencialização da multiplicidade de fatores que podem interferir com desenvolvimento saudável da criança e do jovem (Internamento de Pediatria), a participação gradual que culminou na realização autónoma da consulta de desenvolvimento no CDC e a avaliação e intervenção mesmo em contexto de Urgência, revela uma complexidade crescente nas atividades que desenvolvi.

Objetivo Geral - Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à criança, jovem e família, no âmbito da promoção do desenvolvimento infantil.

- Desenvolver práticas de cuidados promotoras do desenvolvimento no recém-nascido pré-termo.
- Elaborar uma proposta para uniformizar procedimentos de manipulação e posicionamento do recém-nascido pré-termo, promotores do seu desenvolvimento.

No caso específico da promoção do desenvolvimento do recém-nascido pré-termo, o estágio realizado no CDC foi fundamental para constatar o resultado de algumas das práticas adotadas pelos profissionais de saúde na UCIN, uma vez que me permitiu constatar na realidade o que é sustentado pela evidência científica mais recente. As terapêuticas de enfermagem desenvolvidas durante o internamento da criança numa UCIN têm repercussões na sua vida futura, nomeadamente a nível do neurodesenvolvimento, tal como o defendido por Altimier & Phillips, (2013) e Coughlin, (2014). Também a realização de um estágio num contexto de cuidados neonatais onde foram desenvolvidos projetos na área do posicionamento do recém-nascido pré-termo, tornou-se uma importante mais-valia. Este estágio decorreu num Hospital da Grande Lisboa com Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais. O contacto com esta realidade teve por objetivo reconhecer as estratégias utilizadas para potenciar a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem no que respeita à

promoção do desenvolvimento, particularmente no que se refere ao posicionamento e manipulação do recém-nascido pré-termo.

Nesta Unidade tive a possibilidade de auscultar as três enfermeiras pertencentes ao grupo de trabalho criado no serviço para promover a melhoria dos cuidados, no que se refere ao sono e ao posicionamento do recém-nascido pré-termo. Este grupo é responsável pela atualização regular das normas de procedimento, pela realização de auditorias aos posicionamentos e pela divulgação dos resultados das mesmas no seio da equipa, a fim de promover a melhoria contínua. Não obstante, a consciência de que a escala de avaliação dos posicionamentos *Infant Position Assessment Tool* (Coughlin, Lohman, & Gibbins, 2010) não está validada para a população portuguesa (logo não poderá ser utilizada em estudos científicos), obtiveram autorização junto da *Children`s Medical Ventures* (detentora da patente da escala) para a sua utilização em contexto de trabalho. É da perceção do grupo de trabalho e da chefia do serviço que a sua utilização para a realização de auditorias internas tem atingido plenamente os objetivos da sua utilização, ou seja tem fomentado a prática de melhores cuidados. O reconhecimento das indicações para um posicionamento promotor do desenvolvimento (objetivado na escala) e a consciencialização dos principais aspetos a melhorar (conseguido através da realização regular de auditorias), tem potenciado uma prática de cuidados mais sistematizada.

A escala de avaliação *Infant Position Assessment Tool* (IPAT) foi desenvolvida por Coughlin, Lohman, & Gibbins (2010) para a *Children`s Medical Ventures* e contempla seis indicadores, como sendo: a posição dos ombros; a localização das mãos e dos braços; a posição pélvica; a orientação dos joelhos, tornozelos e pés; a posição da cabeça e a posição do pescoço. Cada um destes indicadores são pontuados entre zero e dois pontos, sendo que a pontuação dois corresponde ao posicionamento adequado. A pontuação total dos seis indicadores deve perfazer o mínimo de dez pontos, caso contrário o recém-nascido deverá ser reposicionado. Segundo as enfermeiras do grupo de trabalho, a descrição objetiva do posicionamento ideal em cada um dos indicadores, facilita o processo de compreensão e aplicação por parte dos profissionais.

Apesar de já ter conhecimento da escala de avaliação IPAT (previamente à realização deste estágio), nunca tinha tido a oportunidade de a utilizar, muito menos sob supervisão de um enfermeiro experiente na aplicação da mesma. Neste sentido, procurei observar a aplicação da escala pela enfermeira orientadora (pertencente ao grupo de trabalho) e de seguida aplica-la sob a sua supervisão. Num momento posterior tive ainda a possibilidade de o fazer de forma autónoma e de seguida validar a minha classificação com a atribuída pela enfermeira orientadora. Com este modo de atuar procurei garantir a uniformização das avaliações e consequentemente a sua qualidade.

A concretização deste estágio permitiu-me igualmente observar e otimizar a utilização dos dispositivos auxiliares de posicionamento (que também existem no meu contexto habitual de cuidados), por forma a garantir um posicionamento promotor do desenvolvimento. Este modo de atuação permitiu-me, apesar do período de tempo limitado do estágio (uma semana), fazer um reconhecimento aprofundado das estratégias utilizadas pelo serviço para melhorar continuamente as práticas de cuidados no que se refere ao posicionamento do recém-nascido pré-termo.

Por fim, a realização do meu último estágio, numa Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais, durante cinco semanas e na qual exerço funções diariamente, conheceu dois momentos fundamentais para a consecução dos meus objetivos: um orientado para a elaboração de uma norma de procedimento e o outro referente ao cuidado diário com a criança e sua família.

O processo de avaliação das necessidades de formação dos profissionais de enfermagem, que decorreu concomitantemente com o diagnóstico da pertinência da elaboração de uma norma de procedimento, no que se refere ao posicionamento e manipulação do recém-nascido pré-termo, conheceu duas etapas essenciais. Num primeiro momento auscultei a enfermeira chefe de serviço, a enfermeira orientadora e a enfermeira responsável pela formação e vi validada a pertinência de intervir nesta área de cuidados. De seguida, após obter o parecer positivo da chefia do serviço, elaborei um questionário simples em que solicitei a colaboração de todos os enfermeiros da UCINP, com o objetivo de realizar um diagnóstico das necessidades formativas. Atendendo aos resultados obtidos estabeleci como prioritário a realização de uma sessão de formação em contexto de trabalho e a formulação de uma norma

de procedimento com os contributos de toda a equipa de enfermagem (apêndice 4). Tendo em consideração que os destinatários da sessão de formação são os profissionais de enfermagem da UCIN procurei, tal como refere Dias (2004), que esta surgisse como uma estratégia de atualização de conhecimentos em contexto de trabalho de uma forma dinâmica, envolvendo todos os intervenientes.

Atendendo a que no modelo de formação de adultos a responsabilidade da aprendizagem é partilhada entre o formador e o formando, durante o planeamento e na realização da sessão procurarei ter em consideração os princípios da formação de adultos estabelecidos por Knowles (1980, 1990). Assim, procurei durante a sessão de formação, sustentado na evidência científica atual “ajudar a encontrar caminhos e a construir o próprio conhecimento (...) pois o verdadeiro conhecimento tem que ser aprendido, apreendido e desejado, não pode ser imposto” (Dias, 2004, p.18). Foi por intermédio da sessão de formação que se tornou possível a auscultação e a partilha de conhecimento entre a equipa de enfermagem (84% do total de enfermeiros da UCIN estiveram presentes) com o propósito da elaboração de uma norma de procedimento referente ao posicionamento e à manipulação do recém-nascido pré-termo. A norma de procedimento elaborada e aprovada pela chefia do serviço, é assim resultado da evidência científica mais atual, em comunhão com as necessidades do serviço, para tal em muito contribuiu o protocolo da *Scoping Review* que realizei e a auscultação dos peritos do serviço.

Percebendo a importância da atualização constante de conhecimentos por parte dos enfermeiros, com o propósito de desenvolver uma prática de cuidados cada vez mais especializada e que permita à população obter cuidados de enfermagem personalizados em prol das necessidades dos clientes, iniciei o processo de desenvolvimento de um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (apêndice 4) que permita perpetuar este ciclo de melhoria dos cuidados. Por forma a melhor sistematizar a elaboração desta proposta de projeto, tive como orientação o Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, inserido no Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2013a). Com a elaboração deste documento procurei deixar um legado no serviço que impulse o desenvolvimento contínuo das melhores práticas no que ao posicionamento e à manipulação do recém-nascido pré-termo diz respeito.

Relativamente ao cuidado diário com a criança e sua família, na promoção do desenvolvimento do recém-nascido pré-termo, procurei atuar em conformidade com as sete medidas neuroproteroras definidas por Altimier & Phillips (2013), como sendo: o ambiente; a parceria com as famílias; o salvaguardar do sono; o otimizar a nutrição; o minimizar o stress e a dor; o proteger a pele; e o posicionamento e a manipulação do recém-nascido. De salientar que estas medidas só obtêm o seu verdadeiro valor quando se atende à sua globalidade e não somente a cada uma em particular. No entanto, para fins expositivos ilustrarei algumas das minhas preocupações e intervenções tendo em consideração estas medidas. Importa salientar que a experiência de sensivelmente dez anos na Unidade tem proporcionado o desenvolvimento das minhas competências em variadas áreas, neste sentido procurarei destacar as aprendizagens mais relevantes deste estágio.

No que se refere ao ambiente importa mencionar que procurei ativamente melhorar as condições do mesmo, fundamentalmente no que se refere às condições físicas facilitadoras à permanência dos pais na Unidade. Para tal, procurei alertar pessoalmente a enfermeira chefe de serviço e o diretor de serviço para a necessidade de melhorar alguns aspetos que não estão dependentes de obras profundas na Unidade (logo difíceis de concretizar), como é o caso do número manifestamente insuficiente de cadeirões para os pais. O serviço neste momento possui dois cadeirões para a totalidade da Unidade, o que obriga os pais a permanecerem por diversas horas em cadeiras desconfortáveis de plástico. Vi igualmente reforçado o meu cuidado nomeadamente na promoção do contacto físico adequado dos pais com o seu filho (estímulo tátil), no incentivo para que os pais trouxessem um objeto (ex.. fralda de pano, boneco) que pudesse ter o seu cheiro (estímulo olfativo) e na colocação de algumas gotas de leite materno na boca do recém-nascido (estímulo gustativo). Este modo de atuação possibilita a estimulação sensorial do recém-nascido pré-termo, ao mesmo tempo que fomenta a relação pais-filho. Segundo George (2014) o toque é o primeiro passo para quebrar barreiras, sendo terapêutico para a criança e para os pais. Na verdade estes cuidados revelam igualmente a minha preocupação em humanizar o contexto hospitalar, com vista ao desenvolvimento do bem-estar da criança e da sua família. Apesar da aparente incompatibilidade entre a humanização de cuidados e o contexto hospitalar é da responsabilidade de cada profissional desenvolver atividades que concorram para humanizar os cuidados, tal como eu

procurei desenvolver. Segundo o artigo 89º do Código Deontológico “o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de: dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa, como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (OE, 2015, p.97).

Altimier & Phillips (2013) refere que, após o estabelecimento de um ambiente de cura (referindo-se a um ambiente propício ao desenvolvimento do recém-nascido), a parceria com as famílias é o fator que mais contribui para promover o desenvolvimento do recém-nascido pré-termo. “Todos os especialistas estão de acordo nisto: mais do que nunca, os pais devem tomar uma parte ativa no cuidado ao prematuro, o seu envolvimento é determinante e pode ser um dos motores da sobrevivência do seu filho” (George, 2014, p.29). Desta forma, sendo a família a principal interessada e defensora dos seus filhos são essenciais nos cuidados, como tal, é fundamental que as suas experiências, expectativas, necessidades e vontades sejam respeitadas. Só nesta lógica poderemos equacionar a prestação de Cuidados Centrados na Família. Sinónimo destes cuidados poderão ser todos os momentos em que partilhei com os pais informações relevantes do seu filho, nomeadamente quando estes chegavam à Unidade e lhes fazia um resumo do estado/comportamento do mesmo, desde o último momento em que estiveram presentes. Ou demonstrava o meu respeito quando não se sentiam em condições para prestarem cuidados ao seu filho, frequentemente motivado por um agravamento clínico do bebé. Ou ainda quando planeei e promovi a participação (consoante a disponibilidade e a vontade dos pais) na organização dos cuidados, nomeadamente para a mudança da fralda, para o banho ou para a ida ao colo em método de canguru. Este modo de atuar surge em conformidade com os pilares centrais dos Cuidados Centrados na Família veiculados pelo Institute for Patient and Family-Centered Care (2011).

Nos momentos em que promovi a participação dos pais nos cuidados procurei fazer-lo garantindo que lhes fornecia toda a informação relevante para poderem realizar escolhas esclarecidas, com a finalidade de evitar a sensação de perda de controlo por parte dos pais. Recordo uma situação na qual o recém-nascido tinha sofrido um agravamento do seu estado clínico com necessidade de ventilação não invasiva. Os pais já prestavam os cuidados de higiene ao seu filho, mas naquele momento passaram a sentir-se incapazes, uma vez que a situação clínica da criança

justificou a utilização de dispositivos clínicos que estes não dominavam. Foi necessária a explicitação do modo como podiam relacionar-se e prestar cuidados ao seu filho, salvaguardando sempre a sua vontade no que se refere ao grau de participação nos cuidados, para que os pais voltassem a sentir controlo da situação. Segundo Cabete (2012) o poder de decisão tem que ser devolvido à pessoa em detrimento do controlo médico ou do enfermeiro. Em consonância, Hockenberry & Wilson (2014) salientam que a promoção da capacitação e o *empowerment* são fundamentais para um verdadeiro Cuidado Centrado na Família.

No contexto da prática de cuidados diária procurei fomentar um cuidado promotor do desenvolvimento junto da equipa de enfermagem, no sentido em que promovi a discussão sobre as práticas de cuidados mais adequadas tendo em conta a evidência científica existente, fundamentalmente no que ao posicionamento e à manipulação dizem respeito. Em simultâneo, através da utilização adequada dos dispositivos auxiliares do posicionamento no cuidado ao recém-nascido pré-termo, possibilitei que os enfermeiros visualizassem o modo como estes podem ser operacionalizados em conformidade com os indicadores de posicionamento promotor do desenvolvimento propostos por Coughlin et al (2010).

Igualmente em consonância com a promoção do desenvolvimento procurei promover a participação dos pais neste cuidado, à medida dos seus interesses e capacidades. A explicitação das razões deste cuidado com o posicionamento e a manipulação, em paralelo com a demonstração da forma com o podem desenvolver, dá a conhecer as particularidades do seu filho prematuro, capacitando-os para intervir.

A consecução das atividades mencionadas anteriormente no âmbito do ambiente de cura, de parceria nos cuidados, de controlo da dor e do posicionamento e manipulação do recém-nascido pré-termo, permitiu-me desenvolver as minhas capacidades para potencializar o crescimento e o desenvolvimento do recém-nascido pré-termo.

Objetivo Geral - Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à criança, jovem e família, no âmbito da promoção do desenvolvimento infantil.

- Desenvolver capacidades de comunicação com a criança e o jovem de forma adequada ao seu estágio de desenvolvimento.

A possibilidade de durante o estágio no Internamento de Pediatria comunicar com a criança e o jovem em diferentes estádios de desenvolvimento, constituiu-se como uma mais-valia importante para a evolução das minhas capacidades comunicacionais. Para a consecução deste objetivo, a pesquisa bibliográfica realizada, a observação das práticas desenvolvidas pelos EEESCJ e a posterior operacionalização das estratégias comunicacionais em contexto de cuidados, constituíram-se como as principais alavancas para a promoção das minhas competências comunicacionais. A revisitação que realizei aos princípios gerais orientadores da comunicação, aos bloqueios à comunicação e aos princípios específicos de comunicação com a criança e com o adolescente, descritos pela OE (2010b) e por Hockenberry (2014), foi fundamental. Permitiram-me descodificar mais facilmente as práticas desenvolvidas pelos peritos e quase que por consequência incrementou também em mim a aplicação e o aperfeiçoamento destas mesmas técnicas nos processos de interação com a criança e o jovem. Na verdade, a comunicação é um constituinte fundamental dos processos de interação, estando presente em todos os momentos de contacto entre o enfermeiro e a criança ou o jovem, o que vem sublinhar a importância do seu estabelecimento de um modo eficaz.

Neste seguimento, creio que um exemplo que ilustra esta minha evolução no que respeita à comunicação e a todos os processos que lhe estão inerentes se refere a uma situação vivenciada por mim nas últimas horas do estágio no Internamento de Pediatria. Nesse dia, após assistir à realização de uma ação de sensibilização relativamente à obesidade infantil, escuto uma adolescente (de 12 anos) a verbalizar para uma outra adolescente internada que por vezes se sente nervosa e não sabe o que fazer. Tendo a consciência de que aquele podia não ser o momento mais apropriado para intervir decidi aguardar, uma vez que estava um número elevado de pessoas na sala. Aquela verbalização tinha expressa um pedido de ajuda, mesmo que não dirigido a uma profissional de saúde. No sentido de melhor conhecer a situação,

já no corredor do serviço interpelei-a e apresentei-me (uma vez que não estava responsável pelos seus cuidados) e questionei-a se poderíamos conversar um pouco sozinhos. Referi-lhe que estava preocupado por às vezes se sentir “nervosa” e manifesto a minha vontade em ajudar, mas para isso precisava de conhecer melhor a situação. Ao mostrar disponibilidade para escutar, num ambiente que salvaguardava a sua privacidade e onde procurei ter o mínimo de interrupções possíveis, a adolescente verbalizou a sua resistência para frequentar a escola. Segundo a mesma, era gozada frequentemente pelos colegas e pelo namorado por causa da sua voz (que apresentava as alterações fisiológicas normais desta etapa de desenvolvimento). Durante este diálogo prolongado, em que procurei demonstrar a minha disponibilidade para escutar e ajudar, foi possível detetar uma situação de provável *bullying* na escola, de que esta adolescente estava a ser vítima. O medo, a resignação e o receio da forma como os adultos vão reagir, são frequentemente as razões pelas quais as crianças e os jovens tentam omitir estas situações (Fernandes & Seixas, 2012). Esta suspeita surge em consonância com o motivo pelo qual a adolescente tinha sido internada nessa noite - fuga do estabelecimento de ensino e lesões corporais suscetíveis de serem automutilações, que segundo Fernandes & Seixas (2012) são comportamentos característicos das vítimas de *bullying*. Neste sentido, iniciei a intervenção tendo como objetivo numa fase inicial reduzir a ocorrência dos episódios de *bullying* e posteriormente prevenir a sua recorrência. Para tal, nesta fase inicial procurei avaliar a situação percebendo quais as condições facilitadores para a transição, nomeadamente qual o suporte familiar que dispunha e a existência de elementos de referência na escola (professores ou outros funcionários) que pudessem contribuir para a resolução da situação. Tendo consciência da gravidade desta situação e o facto de estar nos últimos instantes do meu estágio, iniciei os processos de referenciação à restante equipa multidisciplinar, assim como à comunidade educativa, para que esta situação tivesse o devido seguimento. Não foi possível envolver os pais neste processo porque estavam naquele momento ausentes do serviço. Segundo Macedo, Martins, Cainé, Macedo & Novais (2014) só uma intervenção integrada entre profissionais de saúde, pais, comunidade educativa e estudantes produzirá resultados na prevenção e combate ao *bullying*. A deteção e intervenção atempada é fundamental nos fenómenos de *bullying*. Consciente deste facto, surgindo esta possibilidade de interação e comunicação com a adolescente, foi

possível avaliar a situação determinando o real motivo do seu comportamento, essencialmente porque tive presente durante todo este processo as premissas fundamentais da comunicação com o adolescente. Assim, apesar da entrevista se ter desenrolado para além do horário do último turno que realizei neste contexto de estágio (o que impossibilitou a continuação da avaliação e intervenção da minha parte), prolonguei a minha intervenção até garantir a avaliação inicial da situação e o encaminhamento da mesma. O facto de não abandonar este contexto de estágio, antes de salvaguardar a continuidade dos cuidados, valorizou a vida e a qualidade de vida daquela adolescente, premissa essencial na prestação de cuidados de saúde e presente no Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015).

A realização do estágio no CDC foi igualmente importante para o desenvolvimento das minhas capacidades de comunicação, uma vez que ao longo das consultas realizadas e inerente aos processos de interação estabelecidos com a criança e sua família surge a comunicação. Segundo Phaneuf (2005, p.23) “a comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não-verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa”. Com a realização da consulta de enfermagem foi-me possível continuar a desenvolver as minhas capacidades de comunicação, sustentadas mais uma vez na observação dos peritos e nos autores de referência para a comunicação com os recém-nascidos, as crianças e os adolescentes. Na procura de sistematizar as estratégias de comunicação que o enfermeiro deve ter em consideração na abordagem à criança (nos diferentes estádios de desenvolvimento), elaborei um documento onde procurei compilar toda a informação que considerei relevante para este processo (apêndice 5). O trabalho de compilação e síntese das principais recomendações a ter em consideração na comunicação e a sua posterior aplicação prática no contexto de consulta, foi fundamental para potencializar as minhas capacidades de comunicação.

No caso específico dos adolescentes este documento permitiu-me sumarizar alguns cuidados essenciais, que se tornaram orientadores da minha prática, uma vez que esta é a população pertencente à idade pediátrica com quem menos contacto tenho no meu contexto habitual de cuidados. De entre as estratégias, destaco a

importância de criar momentos distintos na entrevista, onde seja possível falar com o adolescente a sós, mas também com este e os seus pais. Segundo o Guia Orientador de Boa Prática em Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2010b) o adolescente vê com agrado a oportunidade de interagir com os enfermeiros sem a presença dos pais, encontrando-se frequentemente mais disposto a discutir as suas preocupações com um adulto que não seja da família. Este modo de conduzir a entrevista permitiu que alguns adolescentes revelassem problemas que careciam de atuação e que na presença dos pais tiveram relutância em abordar.

O contínuo de aprendizagens e desenvolvimento de competências no que se refere à comunicação com a criança, foram fundamentais para as interações que estabeleci na Urgência de Pediatria. Esta trouxe-me novos e importantes desafios nos cuidados, uma vez que é caracterizada por diversas vezes pela fugacidade do contacto com a criança e sua família e pelo desconforto, medo e dor sentidos pelas crianças em alguns procedimentos. O impacto inicial da interação com a criança e sua família é fulcral para que a relação de confiança se estabeleça. Neste sentido, a atitude acolhedora e afetiva que procurei desenvolver em contextos de estágio anteriores, adquiriu uma importante valorização, uma vez que, só uma verdadeira atitude acolhedora e afetiva demonstrada através do olhar, do tom de voz, ou do toque podem contribuir para o estabelecimento de um vínculo terapêutico eficaz (Calvetti, Silva & Gauer, 2008). Ter consciência de estratégias comunicacionais facilitadoras e dos bloqueios à comunicação é fundamental na relação do enfermeiro com a criança e o adolescente, uma vez que estes influenciarão todo o processo de cuidados.

Uma abordagem inicial à criança e sua família onde é colocada de imediato a criança no centro das atenções, não permite que esta se sinta à-vontade para explorar o meio e consequentemente diminuir a frequente tensão inicial. Segundo Hockenberry (2014), nos momentos iniciais a atenção deve estar mais focalizada nos pais, de forma a dar algum espaço à criança. Em contraponto, na presença de um adolescente o foco de interação deve estar direcionado para si durante todo o processo de cuidados.

A comunicação não-verbal é igualmente importante nos processos relacionais e assume especial relevância na abordagem às crianças, uma vez que pode comunicar intenções e emoções que as palavras não conseguem traduzir (Phaneuf, 2005). Consequentemente é parte integrante e fundamental na relação que se

estabelece com a criança ou adolescente e sua família. Diz respeito à postura, aos movimentos corporais, aos gestos, à mímica facial, à respiração, ao olhar, ao toque, aos sons e a todos os elementos que possam transmitir sentimentos e emoções sem ser pela comunicação verbal. Deste modo, tive a preocupação de fazer coincidir a comunicação verbal com a não-verbal, a fim de evitar erros de comunicação e aumentar a ansiedade da criança e sua família pela ambiguidade demonstrada entre estas formas de comunicação. Também Hockenberry (2014, p. 127) refere que “na comunicação com as crianças de todas as idades, a componente não-verbal encerra as mensagens mais significativas”. No caso específico dos lactentes procurei potenciar a presença constante dos pais através da promoção do toque carinhoso, de um tom de voz tranquilizador e do embalo. No que diz respeito às crianças em idade pré-escolar e escolar, a utilização de uma linguagem clara e simples, a explicitação e a modelagem, foram importantes veículos comunicacionais. Ao permitir que as crianças explorassem o meio envolvente e algum do material a utilizar, nomeadamente as compressas, os pensos e as seringas, facilitei a obtenção da sua confiança e consequentemente promovi a sua colaboração. Segundo Hockenberry (2014), as crianças em idade pré-escolar fazem leituras diretas do que ouvem e sentem, não tendo a capacidade de se abstrair, como tal escusei-me a utilizar analogias, que certamente seriam mal interpretadas. Procurei ainda, à medida que as crianças demonstravam um maior domínio da linguagem falada e compreendida, apresentar justificações e explicitações mais complexas. No que toca aos adolescentes a comunicação revelou-se mais desafiante para mim, relacionado com o facto de ter menor experiência profissional com esta população, mas também e tal como refere Hockenberry (2014), pela imprevisibilidade do comportamento e pensamento do adolescente que alterna entre ser criança e ser adulto. Posso mesmo afirmar que estas condições dificultam a comunicação das suas dúvidas e dos seus receios. No sentido de contrariar esta dificuldade, procurei estabelecer uma comunicação clara, aberta e honesta, colocando o adolescente no centro de todo o processo terapêutico. O principal interlocutor deixou assim de ser o pai ou a mãe e passou a ser preferencialmente o adolescente, com as perguntas a serem direccionadas para si e não para os seus pais. Procurei de igual forma negociar a presença dos pais durante a realização dos procedimentos, tendo em conta a vontade do adolescente. Desta forma, ao demonstrar a intencionalidade terapêutica das

minhas ações, que respeitam o estágio de desenvolvimento da criança e do jovem, destaca-se o desenvolvimento de competências ao nível da comunicação.

É assim primordial que o EEESCJ possua competências de comunicação, que numa perspetiva de cuidados centrados na família, são fundamentais para o estabelecimento de uma relação de parceria. Deve compreender que a comunicação com uma intencionalidade terapêutica constitui-se como uma oportunidade para avaliar o estado de saúde da criança e do jovem, obter informações sobre fatores que influenciam a vida da criança e sua família, interpretar a relação dos pais com o filho e ainda expressar sentimentos (Hockenberry, 2014).

Objetivo Geral - Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à criança, jovem e família, no âmbito da promoção do desenvolvimento infantil.

- Desenvolver práticas de gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e do jovem

O objetivo de desenvolver práticas de gestão diferenciada da dor surgiu já no decorrer dos estágios e vem colmatar a necessidade verificada por mim de desenvolver competências nesta área tão importante do cuidado em pediatria.

O conhecimento das características específicas dos diferentes estágios de desenvolvimento infantil, no que se refere à compreensão e ao pensamento da criança e do jovem, foi fundamental em todo o processo de cuidados, mas de modo muito particular na preparação e execução dos procedimentos de enfermagem. Sem a preparação adequada para a realização de procedimentos dolorosos ou entendidos pela criança como tal, poderá desencadear-se uma reação emocionalmente desproporcionada, com sentimentos de medo e ansiedade intensos. A preparação para a realização de procedimentos é assim fundamental na intervenção do enfermeiro, uma vez que possibilita à criança e aos seus pais manter a sensação de controlo sobre a situação (Brown, 2014). O conhecimento acerca dos processos cognitivos e emocionais da criança facilita o desenvolvimento de cuidados de enfermagem não-traumáticos ou seja, a realização de “intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus

familiares (Hockenberry & Barrera, 2014, p. 11). O sucesso da gestão da dor e do bem-estar da criança depende de uma avaliação e intervenção integrada, pois o modo como a esta reage varia com a sua idade, o seu desenvolvimento, as experiências de dor anteriores, mas também com as terapêuticas farmacológicas e não-farmacológicas adotadas (OE, 2013b).

A parceria com as famílias para avaliar e interpretar o estado emocional das crianças (OE, 2013b), as orientações técnicas sobre a avaliação da dor dos 0 aos 18 anos (DGS, 2010), as orientações para a prática de enfermagem no que concerne à preparação da criança para procedimentos (Brown, 2014) e as estratégias não farmacológicas no controlo da dor (DGS, 2012; OE, 2013b; Jacob, 2014), contribuíram para o desenvolvimento de intervenções individualizadas e adaptadas a cada criança e sua família. A avaliação da dor foi realizada tendo por base as escalas de avaliação da dor recomendadas pela DGS (2010) e adotadas por cada um dos serviços.

De forma ilustrativa posso referir que com os lactentes procurei aumentar o grau de interação de forma progressiva para que estes não se sentissem ameaçados e envolvi os pais nos procedimentos, respeitando sempre a sua vontade em participar. Incentivei os pais a manterem-se no campo visual do bebé, acariciando a pele, falando suavemente e oferecendo a chupeta. Como complemento para a diminuição da dor, em lactentes submetidos a procedimentos dolorosos, promovi ainda a utilização concomitante da sacarose com a chupeta. No caso dos *toddler* para além da mobilização das estratégias referidas anteriormente para o lactente (se ainda indicadas atendendo ao seu desenvolvimento), utilizei a brincadeira e a distração como métodos preferenciais no controlo da dor. Previamente à realização do procedimento procurei explicitar o mesmo de forma adequada ao estágio de desenvolvimento da criança, utilizando por diversas vezes gestos e demonstrações. Enfatizei também a importância da colaboração da criança em alguns momentos do procedimento, como por exemplo em não mexer o braço quando este está a ser puncionado. Na idade pré-escolar para além de explicar o procedimento com termos simples e neutros, utilizei por diversas vezes a demonstração (num boneco, em mim próprio ou nos pais da criança), do procedimento a ser realizado. A distração, segundo Jacob (2014), é o método mais eficaz para desviar o foco de atenção da criança relativamente à dor e está dependente dos profissionais a utilização dessas mesmas estratégias. Assim, por diversas vezes procurei o envolvimento dos pais na criação de

elementos distratores para a criança, nomeadamente jogos com números ou letras (ex.: contar até dez). Com as crianças em idade escolar utilizei fundamentalmente as mesmas estratégias que na criança pré-escolar (envolvimento dos pais, informação, humor e a distração), mas procurei adaptar as mesmas ao desenvolvimento cognitivo de cada criança (ex.: contar até ao número máximo que já sabe, dizer o abecedário). Foi ainda possível dar a conhecer às crianças diferentes estratégias de controlo da dor e permitir a sua opção de escolha (ex.: a respiração profunda ou a contagem).

No que respeita à Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, atendendo às particularidades dos recém-nascidos pré-termo, o minimizar o stress e a dor está inscrita como uma das sete medidas neuropropetoras. Como tal procurei desenvolver uma atenção especial a este cuidado, por considerar que as intervenções que desenvolvia até então poderiam ser alvo de aperfeiçoamento. Baseando-me fundamentalmente na orientação técnica da DGS (2012) para o controlo da dor no recém-nascido, assim como no Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias Não-Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança da OE (2013b) procurei durante os procedimentos dolorosos realizar todas as intervenções que potencialmente se adequavam à situação. Assim, procurei fomentar a presença dos pais (quando era seu desejo) ou de outro profissional de enfermagem, por forma a que essa pessoa pudesse estar exclusivamente orientada para a operacionalização das estratégias de conforto e de controlo da dor. Este modo de atuar foi facilitado pelo facto de a enfermeira orientadora estar presente nos momentos de ausência dos pais, porque estavam ausentes do serviço ou não desejavam estar presentes durante o procedimento. Não obstante, neste serviço onde desempenho funções diariamente, acredito que, na generalidade das situações, será possível de concretizar a presença de dois enfermeiros aquando da realização de procedimentos potencialmente dolorosos, dependendo fundamentalmente da vontade dos profissionais. Se medidas como a redução da incidência da luz e do ruído são fáceis de perspetivar mesmo quando está presente apenas o profissional que vai realizar o procedimento, a generalidade das estratégias beneficia com a presença de pelo menos duas pessoas (o profissional que executa e o pai/mãe ou um enfermeiro). A sucção não-nutritiva que é uma importante medida não-farmacológica de controlo da dor (Cignacco, Hamers, Stoffel, Lingen, Gessler, McDougall & Nelle, 2007; Lago, Garetti, Merazzi, Pieragostini, Ancora, Pirelli & Bellieni, 2009; DGS, 2012) foi também mais fácil de preservar, pela

possibilidade de recolocação da chupeta. Se tiver presente somente o profissional que executa o procedimento não pode interromper o mesmo para recolocar a chupeta. Aquando da presença dos pais incentivei o contacto físico, o embalo e o colo que tem resultados manifestos no controlo da dor (Lago et al, 2009; DGS, 2012). Foi ainda possível realizar o diagnóstico precoce enquanto uma mãe amamentava o seu filho e verificar seu excelente contributo para o controlo da dor (Cignacco et al, 2007; DGS, 2012). O recém-nascido manteve-se a mamar durante todo o procedimento e não manifestou sinais de dor.

Em jeito de conclusão, importa referir que o EEESCJ deve reconhecer a responsabilidade de promover no seio da equipa de cuidados a mudança de atitudes no que se refere à prevenção, à avaliação e ao controlo da dor, atendendo ao diferencial existente entre a evidência científica e o que efetivamente é colocado em prática (Lago et al, 2009).

3.2. Competências desenvolvidas

O percurso crescente de complexidade que desenvolvi ao longo dos estágios foi fundamental para assegurar o desenvolvimento das minhas competências enquanto futuro EEESCJ. Tornou possível o contacto com eventos complexos e muito desafiantes do ponto de vista da mobilização de competências cognitivas, afetivas e reflexivas.

A competência é reconhecida como um saber agir responsável, que implica saber como mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades num determinado contexto, possibilitando a gestão de situações profissionais com crescente complexidade (Le Boterf (1995), como tal deverá ser parte integrante do ser Enfermeiro Especialista. Ao que se acresce “um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzido num conjunto de competências especializadas” (Regulamento n.º122/2011, p.8653). No caso específico do EEESCJ este distingue-se pelo “desenvolvimento de competências técnicas e/ou relacionais, de forma a cuidar da criança/jovem em situação de doença bem como da criança/jovem saudável, quando a família não possua as competências e/ou

capacidades para um resultado eficaz” (OE, 2011, p.5). Desta forma, o EEESCJ tem a responsabilidade de ser um enfermeiro perito que presta cuidados com segurança e competência, almejando continuamente a satisfação da criança e sua família em qualquer contexto.

O percurso das atividades e aprendizagens mais significativas, já descrito anteriormente, reflete a responsabilidade profissional, ética e legal nos cuidados prestados, assim como nas reflexões e tomadas de decisão apresentadas. Foi regulado não somente pelos objetivos estabelecidos previamente, mas também pelo desenvolvimento das competências clínicas especializadas definidas pela OE. Deste modo, é possível afirmar que atendendo ao autodiagnóstico de competências que previamente realizei e à globalidade das experiências de estágio, este percurso abrangeu os domínios comuns e específicos das competências especializadas.

No que se refere às competências comuns do Enfermeiro Especialista o principal enfoque esteve na competência: **Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade**. A realização de diversas sessões de formação em contexto de trabalho, com um crescendo de complexidade e pertinência para o seio das equipas de saúde (mais particularmente para os profissionais de enfermagem), implicou avaliação de necessidades e o estabelecimento de estratégias de intervenção de acordo com as especificidades e necessidades de cada equipa. A escolha das estratégias formativas mais adequadas às características da população alvo são fulcrais para a motivação do grupo, consequentemente para o sucesso da própria formação (Dias, 2004), motivo pelo qual estabeleci diferentes estratégias para cada um dos momentos formativos.

No CDC fui convidado pela enfermeira responsável a participar no *Journal Club* (apêndice 6) que decorre uma vez por semana durante trinta minutos. Este espaço tem por objetivo dar a conhecer à equipa multidisciplinar os artigos científicos mais recentes, das mais variadas classes profissionais, que estejam relacionados com a neuropediatria e o desenvolvimento. Considerando a importância destes momentos para o desenvolvimento profissional de todos os intervenientes, procurei apresentar um artigo que fosse pleno de significado para o meu projeto de estágio, mas que trouxesse igualmente mais-valia aos profissionais presentes. Deste modo, atendendo às premissas anteriores apresentei o estudo intitulado de “*Rethinking preventive post-*

discharge intervention programmes for very preterm infants and their parents” (Wassenaer-Leemhuis, Jeukens-Visser, Hus, Meijssen, Wolf, Kok, Nollet & Koldewijn, 2016). Este artigo é uma revisão da literatura de seis estudos randomizados e vem sublinhar a importância da implementação de programas estruturados de intervenção precoce, para os recém-nascidos nascidos pré-termo. Na verdade, a generalidade das recomendações surge em consonância com o estabelecido no CDC, mas sublinha também a importância da visita domiciliária para a realização de ensinamentos e orientações mais dirigidas. No final da apresentação, atendendo à recomendação da implementação de visitas domiciliárias promovi a discussão sobre esta temática. Foi interessante poder constatar algumas manifestações de interesse no sentido de estudar a viabilidade de execução de visitas domiciliárias pelo CDC. A realização desde momento de partilha possibilitou melhorar o reconhecimento das medidas de intervenção mais eficazes para esta população, o que trouxe importantes contributos para o meu desenvolvimento, mas também para toda a equipa de saúde do CDC.

No estágio que decorreu na Urgência de Pediatria, ao partilhar com a enfermeira chefe uma situação de cuidados na qual tinha detetado uma alteração de desenvolvimento num lactente de dois meses de idade, catapultou-me para um novo desafio no que concerne ao desenvolvimento das minhas competências. Auscultar as suas opiniões sobre a relevância da avaliação do desenvolvimento independentemente do contexto de cuidados e da sua importância no serviço que chefia, motivou a minha proposta para a realização de uma sessão de formação (apêndice 7). Esta teve como objetivo alertar para a importância da deteção e atuação precoce (independentemente do contexto de cuidados), de perturbações que poderão conduzir a alterações no desenvolvimento. Tal como preconizado pela DGS, a escala de avaliação do desenvolvimento psicomotor utilizada no hospital é a Escala de *Mary Sheridan* Modificada, encontrando-se disponível no sistema informático. A sua aplicação formal é realizada em contexto de consulta, tal como o preconizado, no entanto independentemente do contexto de cuidados é fulcral que os enfermeiros tenham conhecimento dos comportamentos esperados em cada estágio de desenvolvimento da criança e os sinais de alerta. Neste sentido, reconhecendo as limitações da equipa de enfermagem no que respeita a esta temática, a enfermeira chefe de serviço aceitou de imediato a proposta de realização de uma sessão de formação. Ao abordar os princípios da avaliação e promoção do desenvolvimento

infantil, as características específicas e os sinais de alarme de cada estágio do desenvolvimento e a sua aplicabilidade em contexto de urgência pediátrica, procurei sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância deste tema. O reconhecimento precoce de situações passíveis de intervenção deve ser uma constante nos cuidados de saúde e não ficar reservada para as consultas de seguimento. Neste sentido, na opinião dos profissionais a formação permitiu alertar para este facto ao mesmo tempo que forneceu alguns contributos para o reconhecimento precoce. Através da consulta do instrumento de avaliação da sessão vigente no serviço (o qual me foi facultado apenas para leitura por ser um documento interno do hospital), foi possível perceber que na opinião dos enfermeiros, a formação proporcionou a aquisição de importantes contributos para as suas práticas, tendo sido bastante útil e pertinente.

Por fim, no contexto de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais, a minha experiência profissional de cerca de dez anos nesta realidade, em muito contribuiu para a capacidade de perceber uma necessidade específica de intervenção, no que concerne ao reconhecimento de intervenções que potencialmente afetam o desenvolvimento do recém-nascido pré-termo. Consequentemente direcionei a minha intervenção para uma das sete medidas nucleares para o neurodesenvolvimento, o posicionamento e a manipulação do recém-nascido pré-termo.

As intervenções primárias relativamente à promoção do desenvolvimento (respeitantes a cada uma das sete medidas nucleares para o neurodesenvolvimento), já eram do conhecimento da maioria dos profissionais, por este motivo considerei em comumhão com os órgãos de chefia do serviço realizar uma intervenção mais direccionada.

O percurso por mim efetuado para a elaboração da norma de procedimento “Posicionamento e manipulação do recém-nascido pré-termo” foi fundamental para o desenvolvimento desta competência, ao fazer transparecer a evolução que ocorreu nas minhas capacidades para promover a melhoria contínua dos cuidados. Em suma, os diagnósticos de situação, a negociação das melhores estratégias de intervenção e a atitude reflexiva sobre as práticas, sustentada em sólidos conhecimentos na área de intervenção, foi impulsionadora para o desenvolvimento de uma prática de cuidados especializada.

Atendendo à importância do posicionamento e da manipulação do recém-nascido pré-termo para o seu neurodesenvolvimento, com a consequente importância para os cuidados de enfermagem em neonatologia, iniciei um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, que foi estruturado segundo as orientações da OE. Devido ao tempo de estágio limitado não seria possível concluir a realização deste projeto, desta forma apresentei à chefia do serviço o trabalho que desenvolvi, o qual intitulei de Contributos para o Desenvolvimento de um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Ao reconhecer a importância do trabalho desenvolvido para a conceção do projeto de melhoria contínua da qualidade, a chefia do serviço atribui-me a responsabilidade de o continuar a desenvolver num futuro próximo. A elaboração deste documento (Contributos para um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem) vem também ele ilustrar o desenvolvimento das minhas competências especializadas.

No que diz respeito às competências específicas do EEESCJ, o **Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil** foi efetivamente a competência mais desenvolvida ao longo deste processo formativo, consequência do foco do Projeto de Estágio nesta área de conhecimento.

O crescimento e o desenvolvimento infantil é influenciado por diversos fatores (OE, 2010b), como tal, os diferentes contextos de estágio ajudaram a proporcionar um conjunto diversificado de oportunidades de reflexão e atuação, no que se refere às áreas funcionais que interferem no desenvolvimento da criança.

A operacionalização de instrumentos de avaliação do desenvolvimento em contexto de internamento e de consulta, com um especial enfoque na escala de desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada, foi essencial para atingir o objetivo de desenvolver as minhas competências de avaliação do desenvolvimento infantil. O estágio no CDC, no que respeita à avaliação do desenvolvimento, permitiu a comunhão dos conhecimentos teóricos que possuía com a observação participante de enfermeiros peritos, tendo resultado no desenvolvimento de competências no que se refere à avaliação do desenvolvimento da criança, particularmente com a utilização da escala de *Mary Sheridan* Modificada. No que refere ao estágio realizado na Urgência de Pediatria, a escala de *Mary Sheridan* Modificada esteve na base da sessão de formação em contexto de trabalho que realizei, para servir o propósito de

sensibilizar a equipa de enfermagem para a necessidade de avaliar o desenvolvimento da criança, em todos os contextos de cuidados. O domínio na utilização desta escala, adquirida no CDC, facilitou o processo de sensibilização dos profissionais de enfermagem da Urgência de Pediatria, relativamente às potencialidades da mesma como instrumento orientador para a avaliação do desenvolvimento infantil.

Independentemente do contexto de cuidados, o reconhecimento da família como perita e principal cuidadora da criança, assim com o estabelecimento de uma relação de parceria, foram fundamentais na promoção do desenvolvimento da criança. Os pais sendo os principais cuidadores da criança, carecem por diversas vezes de conhecimentos e habilidades, para desempenharem com mestria o papel parental e otimizarem as suas estratégias para dar resposta às necessidades desenvolvimentais da criança (Cardoso, Silva & Marín, 2015). Todas as crianças e famílias têm potencial para desenvolver as suas capacidades, o que incute no enfermeiro o dever de fazer esse reconhecimento e de adotar estratégias para que as possam maximizar. Independentemente do contexto de cuidados, o recurso à avaliação e orientação da forma como os pais operacionalizam as suas estratégias, para dar resposta às necessidades da criança, em comunhão com a realização de cuidados antecipatórios, revelou-se uma estratégia vital para fornecer informação às crianças e suas famílias e capacitá-los para os cuidados.

A atitude reflexiva em que está ancorado este percurso de aprendizagem, possibilitou-me compreender que o EEESCJ é responsável pela criação de oportunidades para o desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem, que promovam a adoção de comportamentos potenciadores de saúde, independentemente do contexto de cuidados. Na medida em que reconhece os benefícios que a alteração de alguns comportamentos produzem no desenvolvimento da criança, o que conduz a verdadeiros ganhos em saúde.

Destaco ainda o desenvolvimento da competência específica: **Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.** A comunicação é um instrumento básico para o cuidado em enfermagem, uma vez que possibilita a interação do enfermeiro com a criança e sua família, aumentando o seu conhecimento sobre o outro de forma a prestar cuidados individualizados (Hockenberry, 2014).

Numa perspectiva de cuidados centrados na família, a comunicação é a matriz para a criação de uma relação de parceria que por sua vez é vital para o reconhecimento dos pais como os melhores cuidadores dos seus filhos. Respeitando o estágio de desenvolvimento da criança, da família e a sua cultura, enquanto futuro EEESCJ estabeleci uma comunicação terapêutica com o propósito de conhecer a individualidade de cada criança e família, as suas condições facilitadoras e inibidoras para as transições, diagnosticar as necessidades de intervenção e avaliar os resultados obtidos.

Atendendo há minha parca experiência na comunicação com crianças não internadas em cuidados intensivos, o treino de técnicas de comunicação verbal e não-verbal com crianças em variados estádios de desenvolvimento e em diferentes contextos foi determinante neste percurso de aprendizagem. Não obstante, permaneço com a consciência da necessidade de realizar um esforço contínuo de aperfeiçoamento, atendendo à complexidade inerente e à relevância para os cuidados de enfermagem. As estratégias de comunicação, que atendem ao estágio de desenvolvimento da criança, foram amplamente colocadas em prática nos diferentes momentos de interação, visando a prestação de cuidados orientada para as necessidades específicas de cada criança. O instrumento elaborado para sistematizar as orientações para a prática, ao nível da comunicação com as crianças, foi uma metodologia que facilitou o meu processo de apropriação deste conhecimento e melhoria desta habilidade.

Este percurso de aprendizagem foi assim marcado pelo claro desenvolvimento de competências, reveladas pela capacidade de adaptação a novos contextos e a diferentes complexidades. Em suma, possibilitou o desenvolvimento de competências para a consecução de terapêuticas de enfermagem que promovem o desenvolvimento da criança e do jovem maximizando o seu potencial de saúde.

Como futuro EEESCJ, consciente do impacto que as alterações no desenvolvimento da criança e do jovem podem produzir nas suas vidas, dos seus familiares e da própria sociedade impele-me o dever da procura permanente por evidência científica que fomente a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, otimizando os comportamentos por forma a obter uma majoração dos ganhos em saúde.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório é o culminar de um percurso de aprendizagem que espelha a reflexão na prática e sobre a prática e está alicerçado no saber pessoal e experiencial, em comunhão com o saber científico e ético que deve estar inerente ao cuidado de enfermagem.

A Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, em comunhão com a sociedade em constante mudança, é confrontada neste momento com importantes desafios, atendendo às diversificadas situações e contextos caracterizados pela crescente complexidade. Este facto vem exigir ao EEESCJ capacidades superiores para lidar com esta diversidade e imprevisibilidade.

Desta forma, ao EEESCJ compete prestar cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança, ao jovem e à sua família “numa perspetiva de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, que respeite os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível” (OE, 2011, p. 3). Para tal, consciente da exigência da prestação de cuidados com este nível de competência propus-me a desenvolver a minha capacidade crítico reflexiva e a reconstruir o meu saber pela transformação do conhecido. A OE (2001, p.7) refere ainda que “a qualidade exige reflexão sobre a prática, para definir objetivos do serviço a prestar e delinear estratégias para os atingir, o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados”. Assim, foi através desta metodologia que se tornou possível a análise das atividades desenvolvidas e se pode efetivar um crescendo de diversidade e complexidade nas situações de cuidados que vivenciei. Em resultado da consecução dos objetivos estabelecidos no projeto de estágio foi possível desenvolver as competências que estão inerentes a um cuidado de enfermagem especializado. Não obstante, é com plena consciência que reconheço que este processo ainda se encontra numa fase inicial, uma vez que este percurso de aprendizagem não se finaliza aqui, mas inicia-se possivelmente aqui o compromisso de continuar a trabalhar para um constante amadurecimento e aperfeiçoamento das minhas competências especializadas.

A materialização deste projeto veio ao encontro das expectativas iniciais que estiveram na sua origem, contribuir para a melhoria da prática de cuidados. Posso

mesmo afirmar que os resultados obtidos são o reflexo do intenso esforço e dedicação na melhoria dos cuidados prestados ao recém-nascido pré-termo e sua família. Consciente da importância que o posicionamento e a manipulação do recém-nascido pré-termo têm para o seu neurodesenvolvimento (com implicações para toda a unidade familiar), considero que a sessão de formação realizada, a norma de procedimento elaborada e os contributos para a realização de um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem foram e serão instrumentos valiosos para impulsionar uma melhoria generalizada (ao nível do serviço) dos cuidados de enfermagem. O trabalho árduo para o envolvimento de toda a equipa de enfermagem, em comunhão com o rigor técnico e conhecimentos científicos aprofundados, possibilitaram a elevada adesão aos momentos de formação, assim como à proposta de criação de um grupo interno de trabalho que se dedique a esta temática.

Neste âmbito, saliento ainda o convite que me foi endereçado pelo Comissão Organizadora do III Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa, pelo nome da enfermeira chefe de serviço, para participar com uma comunicação relativamente a este tema. O desafio foi aceite com a consciência e responsabilidade de partilhar, sensibilizar e ajudar a formar os profissionais presentes que todos os dias lidam com recém-nascidos pré-termo, com o intuito de generalizar as boas práticas.

Para concluir, gostaria de mencionar o quão aliciante foi este caminho que percorri, ao perceber o meu efetivo desenvolvimento de competências profissionais, mas também pessoais. Neste momento, sinto-me impelido do dever de contribuir constantemente para melhoria dos cuidados de enfermagem à criança e sua família, demonstrando o quão fundamentais são para a qualidade de vida da população. Só deste modo será possível a evolução da enfermagem enquanto disciplina e profissão e o reconhecimento social da sua importância.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier, L. & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 9-22. **DOI:** 10.1053/j.nainr.2012.12.002
- Andreani, G., Custódio, Z. A. & Crepaldi, M. A. (2006). Tecendo as redes de apoio na prematuridade. *Aletheia*, 24, 115-126. Acedido a: 24-06-2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n24/n24a11.pdf>
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2013). *Transporte de crianças em veículos ligeiros estudo de observação em ambiente de auto-estrada*. Acedido a 3/12/2016. Disponível em: http://apsi.org.pt/images/Documentos/EstudosObservao_2013.pdf
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil (2017). *25 anos de Segurança Infantil em Portugal – Relatório de Avaliação*. Acedido a 3/12/2016. Disponível em: http://apsi.org.pt/images/25anos/PDF/RELATORIO_SEG_INFANTIL_certo.pdf
- Araújo, A. (2010). *Desenvolvimento motor de crianças prematuras internadas em Unidade de Neonatologia*. Dissertação de mestrado. Disponível no RCAAP. <http://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9204>
- Associação Americana de Pediatria (2016). SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2016 Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. *Pediatrics*, 138(5), 1-12. **DOI:** 10.1542/peds.2016-2938
- Barros, L. (2001). O bebé nascido em situação de risco. In: Canavarro, M. (Eds). *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 297 – 315). Coimbra: Quarteto.

- Bortolote, G. & Brêtas, J. (2008). O ambiente estimulador ao desenvolvimento da criança hospitalizada. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 42 (3), 422-429. Acedido a 3/12/2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a01.pdf>
- Brazelton, T. (2004). *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. (7ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Brito, I. (2006). *O acolhimento e a hospitalização da criança pequena*. Lisboa: Instituto de apoio à Criança (IAC).
- Brown, T. (2014). Especificidades nas Intervenções de Enfermagem em Pediatria. In: Hockenberry, J. M. & Wilson, D (Coords). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (pp. 1061-1118). Loures: Lusociência
- Cabete, D. (2012). *Autonomia e empoderamento das pessoas idosas hospitalizadas*. Saarbrücken, Alemanha: Lambert Academic Publishing.
- Calvetti, P. U., Silva, L. M. & Gauer, G. J. C. (2008). Psicologia da saúde e criança hospitalizada. *PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora*. 9 (2), 229-234. Acedido a 10/11/2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v9n2/v9n2a11.pdf>
- Cardoso, A., Silva, A. & Marín, H. (2015 Mar). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (4), 11-22. Acedido a 10/11/2016. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn4/serIVn4a02.pdf>
- Casey, A. (1993). The development and use of the partnership model of nursing care. In: Glasper, E.A., Tucker, A. (Eds). *Advances in Child Health Nursing*. Londres: Scutari Press.

- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), 1058-1062.
- Casey, A. (2011). Assessing and planning care in partnership. In Glasper, A.; Richardson, J. (Eds.) *A textbook of Children and Young People's nursing*. (2.^a Ed) (pp.87-99) Edimburgo: Elsevier.
- Cignacco, E., Hamers, J., Stoffel, L., Lingen, R., Gessler, P., McDougall, j. & Nelle, M. (2007). The efficacy of non-pharmacological interventions in the management of procedural pain in preterm and term neonates: a systematic literature review. *European Journal of Pain*, 11(2), 139-152. DOI:10.1016/j.ejpain.2006.02.010.
- Coughlin, M. (2014). Transformative nursing in the NICU: trauma-informed age-appropriate care. Nova Iorque: Springer Publishing Company
- Coughlin, M., Lohman, M. & Gibbins, S. (2010) Reliability and Effectiveness of an Infant Positioning Assessment Tool to Standardize Developmentally Supportive Positioning Practices in the Neonatal Intensive Care Unit. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 10(2), 104-106. DOI: 10.1053/j.nainr.2010.03.003
- Despacho n.º 3618-A/2016 de 10 de Março (2016). Determina a criação do Programa Nacional de Educação para a Saúde, Literacia e Autocuidados. *Diário da República*, 2.^a série, N.º 49 (10-03-2016) 8660(5) – 8660(6).
- Dias, J. (2004). *Formadores que desempenho?*. Loures: Lusodidacta.
- Direção-Geral de Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Acedido a 3/12/2016. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-controlo-da-dor/orientacoes-tecnicas.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção-Geral de Saúde (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. Acedido a 3/12/2016. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012.aspx>

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2016). *Documento orientador: Unidade Curricular Estágio com Relatório*. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Fernandes, L. & Seixas, S. (2012). *Plano bullying: Como apagar o bullying da escola*. Lisboa: Plátano Editora, S.A.

Figueiras, A., Souza, I., Rios, V.,Benguigui (2005). *Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI*. Washington, D.C.: Opas.

George, J. (2016). *Prematuros. Inquérito às políticas públicas de saúde neonatal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos

Gomes, C. (2009). Cuidar do sono do bebé. *Revista Referência*, II (9), 69-77.

Hesselgrave, J. (2011). Influências da promoção de saúde no desenvolvimento da criança. In Hockenberry, M., Wilson, D. (coords). *Wong Fundamentos de enfermagem pediátrica* (8ª ed.) (p.74- 100). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ida.

Hockenberry, J. (2014) Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In: Hockenberry, J. M. & Wilson, D (Coords). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (pp. 122-187). Loures: Lusociência

Hockenberry, J. & Barrera, P. (2014) Perspetivas de Enfermagem Pediátrica In: Hockenberry, J. M. & Wilson, D (Coords). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (pp. 1-20). Loures: Lusociência

Hockenberry, J. M., Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (9ªed.). Loures: Lusociência

- InfoCEDI (2009). *Humanização do Atendimento da Criança nos Serviços de Saúde*. Boletim do Centro de Estudos e Documentação sobre a Infância do Instituto de Apoio à Criança, 12. Lisboa: IAC. Acedido a 30/09/2016. Disponível em: <http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/infocedi/infocedi12.pdf>
- Institute for Patient and Family-Centered Care (2017). *Advancing the practice of patient and family-centered care in hospitals: How to get started*. Bethesda, MD: Institute of Patient and Family-Centered Care.
- Jacob, E. (2014). Apreciação e gestão da dor na criança. In: Hockenberry, J. M. & Wilson, D (Coords). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (pp. 1-20). Loures: Lusociência
- Jeanson, E. (2013). One-to-One Bedside Nurse Education as a Means to Improve Positioning Consistency. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 13, 27-30. DOI: 10.1053/j.nainr.2012.12.002
- Knowles, M. (1980). *The modern practice of adult education: from pedagogy to andragogy*. Cambridge: Englewood Cliffs.
- Knowles, M. (1990). *The adult learner: A neglected species*. Houston: Gulf Pub. Co., Book Division.
- Kuo, D., Houtrow, A., Arango, P., Kuhlthau, K., Simmons, J., & Neff, J. (2012). Family-Centered Care: Current Applications and Future Directions in Pediatric Health Care. *Journal of Maternal Child Health*, pp. 297-305.
- Lago, P., Garetti, E., Merazzi, D., Pieragostini, L., Ancora, G., Pirelli, A. & Bellieni, C. (2009). Guidelines for procedural pain in the newborn. *ActaPædiatrica*, 98, 932-939. DOI:10.1111/j.1651-2227.2009.01291.x.

- Landry, S. (2008). The role of parents in early childhood learning. In: R. Tremblay, M. Boivin, R. Peters (Eds). *Encyclopedia on Early Childhood Development*. Montreal, Quebec.
- Lawhon, G. (2002). Facilitation of parenting the premature infant within the newborn intensive care unit. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 16(1), 71–85. Acedido a: 11-05-2016. Disponível em: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=748aff91-17a1-42c9-83d9-b312e1a5e74f%40sessionmgr4002&vid=2&hid=4102>
- Le Boterf, G. (1995). *De la compétence. Essai sur un attracteur étrange*. (3ªEd.). Paris: Éditions d'Organizations.
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: UNICEF
- Macedo, E., Martins, F., Cainé, J., Macedo, J., & Novais, R. (2014). Bullying escolar e avaliação de um programa de intervenção. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 1, 15-20.
- Madlinger-Lewis, L., Reynolds, L., Zarem, C., Crapnell, T., Inder, T. & Pineda, R. (2014) The effects of alternative positioning on preterm infants in the neonatal intensive care unit: A randomized clinical trial. *Research in Developmental Disabilities*. 35 (2), 490-497. DOI:10.1016/j.ridd.2015.05.001
- Meleis, A. I. (2010). Role Insufficiency and Role Supplementation: A Conceptual Framework. In Meleis, A. I. (Eds). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and practice*. (pp. 13-23). New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, H., & Shumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advanced Nursing Science*, 1, pp. 12-28.

- Mendes, M.G. (2013). *A natureza da parceria de cuidados de enfermagem em pediatria: um contributo para a parceria efetiva*. (Teses de doutoramento). Disponível no RCAAP
- Moreira, A. (2004). *A intervenção precoce em recém-nascidos pré-termo: o posicionamento, a correcção postural e neuromuscular*. (Dissertação de mestrado). Disponível no RCAAP
- Norma nº 002 de 06 de Março (2015). *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata*. Direção-Geral de Saúde, atualizada a 23/10/2015.
- Organização Mundial de Saúde (2008). *Relatório Mundial de Saúde: Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca*. OMS. Acedido a: 10-05-2016. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/en/>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Os Enfermeiros e o Empowerment em Saúde... Responsabilidade e Saúde: entre o direito e o dever*. Lisboa: Ordem Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Série I, Volume 3, N.º3. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2013a). *Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2013b). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Palácios, J. (2005). Prefácio. In: Cruz, O. (2005). *Parentalidade* (pp. 9 - 12). Coimbra: Quarteto.

Phaneuf, M. (2005) *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures:Lusociência.

Pires, A. (2001). *Crianças (e pais) em risco*. Lisboa: ISPA.

Redondeiro, M., Moura, M., Sousa, E., Soares, M., & Lopes, T. (Jan de 2003). Promover a Vida Numa Doença Terminal. *Revista Sinais Vitais*, pp. 45-50.

Regulamento n.º122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República II Série*, N.º35 (18-02-2011), 8648-8653.

Roukema, j., Steyerberg, E.W., Van Meurs, A., Ruige, M., Van der Lei, J., Moll, H. A. (2006). Validity of the Manchester Triage System in paediatric emergency care. *Emerg Med Journal*, 23 (12), p. 906.

- Salles, L. (2005 Jan-Mar). Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. *Estudos de Psicologia*, 22(1), 33-41. Acedido a: 11-05-2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v22n1/v22n1a04.pdf>
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In M. Hockenberry & D. Wilson (Eds). *Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente*. (pp.1025-1060). Loures: Lusociência.
- Santos, N., Thiengo, M., Moraes, J., Pacheco, S., & Silva, L. (2014). Empowerment of premature newborns' mothers in the context of hospital care. *Revista Enfermagem UERJ*, 1, pp. 65-70.
- Schön, D. A. (1992). *La formación de profesionales reflexivos, hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje em las profesiones*. Centro de publicaciones del ministério de educacion y ciência. Barcelona: Paidós.
- Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transitions: A central concept in nursing image. *Journal of Nursing Scholarship*, 2, pp. 119-127.
- Smith, F. (1995) - *Childrens nursing in practice: The Nottingham model*. Oxford: Blackwell Science.
- Sweeney, J. & Gutierrez, T. (2002). Musculoskeletal Implications of Preterm Infant Positioning in the NICU. *Journal of perinatal and neonatal nursing*, 16(1), 58-70.
- Tavares, P. (2008). *Acolher...Brincando - A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Porto: Instituto Ciências Biomédicas.

Toso, B., Viera, C., Valter, J., Delatore, S. & Barreto, G. (2015) Validação de protocolo de posicionamento de recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira Enfermagem*, 68(6), 1147-1153. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680621i>

UNICEF (1990). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. Adoptada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990.

Venâncio, L. & Pereira, S. (2002). Humanização do atendimento da criança no serviço de urgência. *Informar*, 29, 30-33.

Vitória, M. (2001). Acolhimento do doente oncológico. *Enfermagem Oncológica*, 18, 9-22.

Waitzman, K. (2007) The Importance of Positioning the Near-term Infant for Sleep, Play, and Development. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 7 (2), 76-81. DOI:10.1053/j.nainr.2007.05.004

Wassenaer-Leemhuis, A., Jeukens-Visser, M., Hus, J., Meijssen, D., Wolf, M., Kok, J., Nollet, F. & Koldewijn, K. (2016) Rethinking preventive post-discharge intervention programmes for very preterm infants and their parents. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 58(4), 67–73. DOI:10.1111/dmcn.13049

Sítios da internet consultados:

<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/acolhimento> Acedido em 20/12/2017

<https://www.pordata.pt/Portugal/taxa-bruta-de-mortalidade-e-taxa-de-mortalidade-infantil-528> Acedido em 20/12/2017

<https://www.unric.org/pt/pessoas-com-deficiencia/5459> Acedido em 20/12/2017

APÊNDICES

Apêndice 1

Intervenções promotoras do desenvolvimento do recém-nascido pré-termo: o
protocolo de Scoping Review

Intervenções promotoras do desenvolvimento motor do recém-nascido pré-termo: o protocolo de *Scoping Review*

Autor:

Carlos Miguel Fernandes Correia¹

1. Mestrando em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Correspondência do autor:

carlosmfcorreia@msn.com

Questões de revisão/Objetivos

O objetivo desta *Scoping Review* é identificar as intervenções promotoras do desenvolvimento motor do recém-nascido pré-termo de forma a que este possa ser potenciado.

A pesquisa incidirá sobre a seguinte questão:

- Quais as intervenções utilizadas como promotoras do desenvolvimento motor do recém-nascido pré-termo?

Background

A redução da mortalidade infantil mundial que se verificou desde as últimas décadas do século XX, em muito consequência do aumento dos recursos económicos disponibilizados para a investigação em saúde, proporcionou novos desafios aos profissionais de saúde. Apesar do número progressivamente mais elevado de partos prematuros (idade gestacional inferior a 37 semanas) e de recém-nascidos de baixo peso (inferior a 2500gr), Portugal continua a ser a nível mundial um dos países melhor sucedidos na diminuição da mortalidade infantil (OMS, 2008). Se por um lado o aumento dos recursos materiais e humanos possibilita a sobrevivência de recém-nascidos cada vez com menor idade gestacional e peso à nascença, estes mesmos

recursos têm necessariamente que dar resposta à morbilidade que lhe está com maior probabilidade associada.

A evolução dos cuidados de saúde ao longo das últimas décadas proporcionou a oportunidade de sobrevivência de recém-nascidos com idade gestacional superior a 22 semanas (Altimier & Phillips, 2013). No entanto, frequentemente os cuidados aos recém-nascidos estão orientados para a manutenção da vida, em detrimento de medidas preventivas que poderiam minimizar os danos ao sistema neuro-músculo-esquelético (Araújo, 2010). Em consonância, os recém-nascidos com idade gestacional inferior a 32 semanas, são considerados de alto risco para a ocorrência de alterações de desenvolvimento (Toso, Viera, Valter, Delatore & Barreto, 2015). Atendendo a que o desenvolvimento continua após o nascimento, sem o ambiente de proteção proporcionado pelo útero materno, estas crianças possuem um alto risco de desenvolvimento de variados problemas, nomeadamente alterações no desenvolvimento motor (Altimier & Phillips, 2013). Em oposição à postura na linha média e predomínio do tônus flexor do recém-nascido de termo, o prematuro quando está numa posição de repouso apresenta uma postura assimétrica, com a cabeça rodada e com as extremidades em abdução e rodadas externamente. Esta postura deve-se aos efeitos da gravidade e da supremacia do tônus extensor (Moreira, 2004; Toso, Viera, Valter, Delatore & Barreto, 2015). Desta feita, a ausência de intervenções que contrariem esta postura pode originar que as conexões neuronais sejam reforçadas naquela postura (uma vez que o seu sistema musculoesquelético é altamente moldável e sensível ao posicionamento do corpo), o que por consequência proporciona alterações de desenvolvimento e incapacidades permanentes (Sweeney & Gutierrez, 2002; Altimier & Phillips, 2013). Consequentemente, estes recém-nascidos tendem a apresentar atraso no controlo postural, défices de coordenação motora, distúrbios do tônus muscular (Araújo, 2010) e alterações osteoarticulares (Sweeney & Gutierrez, 2002). Uma percentagem elevada de crianças prematuras pode apresentar estas alterações ou incapacidades, o que justifica o estabelecimento de estratégias de prevenção e estimulação durante o período de internamento (Araújo, 2010).

Tendo por base as premissas anteriores estabeleceu-se a população alvo todos os recém-nascidos pré-termo, independentemente da sua idade gestacional, pelo risco acrescido de possuírem alterações do desenvolvimento motor. Por

consequência, e por forma a minorar as alterações de desenvolvimento motor, foi definido como conceito as intervenções promotoras do seu desenvolvimento. Por fim, não foi definida uma centralização específica da pesquisa no que respeita ao seu contexto uma vez que importa incluir todos os estudos desenvolvidos em contexto de internamento, ambulatório e no domicílio. Neste seguimento, estabeleceu-se como critérios de inclusão os recém-nascidos pré-termo e as intervenções promotoras do desenvolvimento motor.

Palavras-chave

Infant, Premature; Psychomotor Performance; Patient Positioning

Critérios de inclusão

Tipos de participantes

Esta scoping review irá considerar todos os estudos que se centrem em recém-nascidos pré-termo (idade gestacional inferior a 37 semanas).

Conceito

Esta scoping review irá considerar todos estudos que abordem intervenções implementadas para promover o desenvolvimento motor do recém-nascido pré-termo. Essas intervenções podem incluir, manipulação, suporte, posicionamento e todas as restantes passíveis de promover o desenvolvimento motor, direta ou indiretamente.

Contexto

Esta scoping review irá considerar todas as intervenções promotoras do desenvolvimento motor do recém-nascido pré-termo, realizadas em contexto de Cuidados Intensivos ou Intermédios Neonatais.

Tipos de fontes

Esta scoping review irá considerar estudos primários de investigação, estudos qualitativos, quantitativos, revisões sistemáticas e *guidelines*.

Estratégia de pesquisa

Foi realizada uma pesquisa inicial aleatória através do motor de busca EBSCOhost na *CINAHL Plus with Full Text*, *Medline with Full Text* e na Scielo – Scientific Electronic Library Online Brasil, com o objetivo de identificar as palavras-chave usadas para descrever os artigos. Tendo em conta os resultados encontrados estabeleceu-se que as bases de dados a serem pesquisadas serão a *CINAHL Plus with Full Text*, a *Medline with Full Text* e a Scielo – Scientific Electronic Library Online.

Numa segunda fase usando as palavras-chave com maior frequência identificadas, foram selecionados os descritores validados na *CINAHL Headings* (*Infant, Premature; Intensive Care Units, Neonatal; Psychomotor Performance; Patient Positioning*), na *Medical Subject Headings 2016* (*Infant, Premature; Intensive Care Units, Neonatal; Psychomotor Performance; Patient Positioning*) e na Scielo – Scientific Electronic Library Online Brasil (Prematuro; Pré-termo; Prematuros; Recém-nascido; Posicionamento; Motor; Neonatologia). No caso da *CINAHL Plus with Full Text* e da *Medline with Full Text* utilizou-se o operador booleano OR para “*Psychomotor Performance*” e “*Patient Positioning*” seguido do operador booleano AND para o resultado do anterior com “*Infant, Premature*” e com “*Intensive Care Units, Neonatal*”. Relativamente à Scielo – Scientific Electronic Library Online Brasil utilizou-se o operador booleano OR para “Prematuro”, “Pré-termo”, “Prematuros”, “Recém-nascido”, de seguida utilizou-se o operador booleano OR para “Posicionamento” e “Motor”. Por fim, utilizou-se o operador booleano AND para o resultado da primeira pesquisa que definia a população com o resultado da segunda pesquisa e com o contexto “Neonatologia”.

Atendendo à validade dos estudos científicos limitou-se a sua inclusão aos publicados nos últimos 5 anos, em Inglês, Espanhol e Português.

Por fim, os artigos pesquisados serão avaliados atendendo à sua relevância para a *scoping review*, com base nas informações fornecidas no título e no resumo. Em caso de dúvida relativamente à relevância do estudo, será avaliado o artigo na íntegra. Posteriormente com base em todo o artigo, será analisada a sua conformidade com os critérios de inclusão.

Extração dos resultados

Os dados serão extraídos de todos os artigos incluídos na revisão de acordo com a questão de revisão e os objetivos estabelecidos. Foi desenvolvido um instrumento de extração de dados (Apêndice I), no entanto este pode ser objeto de alteração/aperfeiçoamento na fase de revisão, atendendo aos resultados encontrados. A extração será realizada pelo revisor e em caso de dúvida sobre a pertinência da inclusão de um artigo será discutido com o orientador do projeto de revisão.

A extração de dados dos primeiros dois a três estudos será feita sob supervisão do orientador do projeto, de forma a determinar se a abordagem é consistente com a questão de revisão e com o objetivos.

Por fim, em caso de necessidade será contactado o autor primário do artigo para clarificação de resultados obtidos ou para outras informações que se considerem pertinentes para a revisão.

Apresentação dos resultados

Os dados extraídos serão, sempre que possível, compilados em duas tabelas, as quais permitirão identificar as diferentes intervenções promotoras do desenvolvimento motor do recém-nascido pré-termo.

Atendendo à questão de revisão e aos objetivos estabelecidos, pode incluir os seguintes dados indicados na Tabela 1.

Tabela 1 – Apresentação dos dados extraídos no que concerne às intervenções promotoras do desenvolvimento motor.

Intervenções promotoras do desenvolvimento motor	Tipos de intervenção
Posicionamento	
Manipulação	
Suporte	
...	

Conflitos de interesse

O autor declara que não há conflitos de interesse.

Agradecimentos

O autor agradece o apoio prestado pela professora orientadora Maria Teresa Magão (ESEL).

Referências bibliográficas

- Altimier, L., Phillips, R. (2013) The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 9-22. DOI: 10.1053/j.nainr.2012.12.002
- Araújo, A. (2010) *Desenvolvimento motor de crianças prematuras internadas em Unidade de Neonatologia*. (Dissertação de mestrado). Disponível no RCAAP
- Organização Mundial de Saúde (2008). *Relatório Mundial de Saúde: Cuidados de Saúde Primários – Agora Mais Que Nunca*. OMS. Acedido a: 10-05-2016. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/en/>
- Toso, B., Viera, C., Valter, J., Delatore, S. & Barreto, G. (2015) Validação de protocolo de posicionamento de recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira Enfermagem*, 68(6), 1147-1153. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680621i>

Apêndice I – Instrumento de extração de dados

1. Autor(es) - _____
2. Ano de publicação - _____
3. Origem / País de origem (onde o estudo foi publicado ou conduzida) -

4. Objetivos / propósito - _____
5. População do estudo e tamanho da amostra (se aplicável) -

6. Metodologia / métodos - _____
7. Tipo de intervenção, comparador e detalhes destes (por exemplo, duração da intervenção) (se aplicável) - _____
8. Duração da intervenção (se aplicável) - _____
9. Resultados e detalhes dessas medidas (por exemplo, como) (se aplicável)

10. As principais conclusões relacionadas com as perguntas da *scoping review*

Apêndice 2

Guia de objetivos e atividades



**7.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIATRIA**

**Guia de objetivos e atividades a desenvolver
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos
Hospital Central**

Carlos Miguel Fernandes Correia nº6721

Docente Orientador:

Prof.^a M^a. Teresa Magão

LISBOA

Janeiro, 2017

JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO

No âmbito do 7º Mestrado de Especialização em Enfermagem: área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria impõe-se a realização de um projeto de estágio que se coadune com a finalidade de desenvolver competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria e com as competências de mestre. Para além destes, que concorrem para a consecução dos objetivos académicos, importa também atentar àqueles que são os meus interesses pessoais e profissionais, pois são fundamentalmente estes que me proporcionam a constante procura de novos saberes em Enfermagem.

Assim, a elaboração deste projeto procura dar resposta a uma aprendizagem que se quer organizada e estruturada, de modo a coadunar-se com as minhas inquietações pessoais, mas também com os requisitos pré-estabelecidos. Partindo deste constructo, após um trabalho de reflexão procurei estruturar e sumarizar a minha inquietação proveniente da prática clínica e comprovar a sua pertinência através da confrontação com a evidência mais atual. Assim, estabeleço como objeto de estudo as intervenções do enfermeiro especialista enquanto promotor do desenvolvimento motor do recém-nascido pré-termo.

A evolução dos cuidados de saúde ao longo das últimas décadas proporcionou a oportunidade de sobrevivência de recém-nascidos com idade gestacional superior a 22 semanas (Altimier & Phillips, 2013). No entanto, frequentemente os cuidados aos recém-nascidos estão orientados para a manutenção da vida, em detrimento de medidas preventivas que poderiam minimizar os danos ao sistema neuro-músculo-esquelético (Araújo, 2010). Atendendo a que o desenvolvimento continua após o nascimento, sem o ambiente de proteção proporcionado pelo útero materno, estas crianças possuem um alto risco de desenvolvimento de variados problemas, nomeadamente alterações no desenvolvimento motor (Altimier & Phillips, 2013). Uma percentagem elevada de crianças prematuras pode apresentar estas alterações ou incapacidades, o que justifica o estabelecimento de estratégias de prevenção e estimulação durante o período de internamento (Araújo, 2010).

Em consonância com as alterações que um parto prematuro provoca no recém-nascido, também os pais experienciam a interrupção do processo evolucionário da parentalidade, sendo assim de alguma maneira tão prematuros quanto os seus bebés (Lawhon, 2002; Andreani, Custódio & Crepaldi, 2006). Os pais ao presenciarem o

ambiente das Unidades de Cuidados Intensivos, intensificam a ideia de que o seu bebê é extremamente frágil, o que vem reforçar a necessidade de serem auxiliados para que se possam concentrar nas reais capacidades de desenvolvimento do seu bebê e não no que este poderia ter sido (Brazelton, 2004).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP) assume neste processo um papel da maior relevância ao “trabalhar em parceria com a criança e família/pessoa significativa em qualquer contexto que ela se encontre para promover o mais elevado estado de saúde possível” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.1). Neste sentido, a atuação do enfermeiro em pediatria deve ter por base a parceria de cuidados e o reconhecimento dos pais como os melhores cuidadores para o seu filho (Casey, 1995). Assim, o planeamento dos cuidados torna-se um processo dinâmico e negociado, em que a responsabilidade dos cuidados prestados é partilhada entre a criança (quando tem capacidade para o fazer), a família e o enfermeiro (Casey, 2011).

O ingresso de um novo elemento na família através do nascimento é considerado um momento de transição nos ciclos de vida individual e familiar (neste caso dificultada pelo nascimento prematuro), com um impacto relevante nos comportamentos, relações e funções dos respetivos elementos familiares (Palácios, 2005; Meleis, 2010; Hockenberry & Wilson, 2014). Desta forma, os enfermeiros ao prestarem cuidados a pessoas que antecipam e experienciam transições, têm como objetivo facilitar essas mesmas transições, para que sejam bem-sucedidas (Meleis, 2010).

Cumulativamente à situação de transição que estas famílias atravessam, existe um potencial défice de cuidado a dependentes, na medida em que os pais sendo confrontados com uma condição que foge às expectativas individuais, familiares e sociais do exercício da parentalidade, podem inicialmente não estar preparados para responder às necessidades específicas do seu bebê pré-termo. Desta forma, atendendo à particularidade das necessidades e desejos de cada criança e família, o enfermeiro tem um papel fulcral no processo de capacitação dos pais, nomeadamente para que estes se tornem elementos cruciais na promoção do desenvolvimento motor dos seus filhos.

Importa ainda referir que o nascimento prematuro acarreta para o próprio recém-nascido uma transição de desenvolvimento (adaptação da vida intra-uterina

para a vida extra-uterina) e por diversas vezes de saúde/doença deveras exigente. A complexidade dos cuidados de saúde prestados proporciona a que o enfermeiro, numa fase inicial ou de maior instabilidade hemodinâmica, seja o cuidador por excelência no que se refere aos cuidados promotores do desenvolvimento motor. Em consonância, Meleis (2010) refere que, os enfermeiros devem ter em consideração todas as possíveis situações transicionais com relevância no contexto familiar, em detrimento de se focarem num único tipo específico de transição. Desta forma torna-se fulcral que o enfermeiro desenvolva atividades promotoras do desenvolvimento motor do recém-nascido pré-termo com o foco nas particularidades do recém-nascido e da sua família.

Por fim, tendo em conta que este projeto se encontra inserido também numa lógica de desenvolvimento de competências enquanto futuro EEESIP, tornou-se pertinente realizar o autodiagnóstico das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Consequentemente, atendendo ao diagnóstico realizado, estabeleço como prioritárias para desenvolvimento as seguintes competências:

- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista
B2 — Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.
- Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem
E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.
E3.3 — Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

LOCAL DE ESTÁGIO:

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

O presente guia de objetivos e atividades a desenvolver decorre de um projeto de estágio previamente elaborado tendo em conta os diferentes contextos de cuidados e tem por objetivo estruturar, delinear e sistematizar o meu percurso durante este estágio.

A realização deste estágio, no meu contexto habitual de cuidados surge em consonância com o processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista. Por consequência, este estágio conduz-me a novos desafios neste meu percurso de desenvolvimento de competências, uma vez que terá um enfoque substancial num projeto de melhoria da qualidade. Assim, atendendo ao autodiagnóstico previamente realizado, estabeleço como competências prioritárias a desenvolver neste estágio:

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

B2 — Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

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

E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.

DESCRIÇÃO DOS OBJETIVOS E ATIVIDADES A DESENVOLVER

Objetivo Geral:

- Desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à criança, jovem e família, no âmbito da promoção do desenvolvimento infantil.

Objetivos específicos:

- Avaliar o desenvolvimento da criança e jovem nas diferentes faixas etárias.
- Orientar os pais para as estratégias promotoras do desenvolvimento infantil.
- Desenvolver práticas de cuidados promotoras do desenvolvimento motor no recém-nascido pré-termo.
- Elaborar uma proposta para uniformizar procedimentos de manipulação e posicionamento do recém-nascido pré-termo, promotores do seu desenvolvimento

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista — Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade. Competências Específicas do EEESCJ — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.				
Objetivos específicos	Duração	Atividades	Recursos materiais e humanos	Crítérios de avaliação
Avaliar o desenvolvimento da criança e jovem nas diferentes faixas etárias.	Ao longo de todo o Estágio	Pesquisa bibliográfica no que respeita aos cuidados de enfermagem promotores do desenvolvimento infantil. Discussão com os EEESIP para reconhecer as estratégias utilizadas na avaliação e promoção do desenvolvimento infantil. Observação participante nos cuidados de enfermagem especializados em contexto de cuidados intensivos e intermédios neonatais. Prestação de cuidados de enfermagem especializados no que respeita ao desenvolvimento infantil da criança/jovem. Síntese e análise reflexiva das atividades observadas e desenvolvidas.	<u>Recursos Humanos:</u> • Equipa multidisciplinar • Enfermeiro Orientador • Professor Orientador • Recém-nascidos e famílias <u>Recursos Materiais:</u> • Bibliografia pertinente • Normas e protocolos do serviço • Computador portátil • Internet	Síntese reflexiva Relatório final

Orientar os pais para as estratégias promotoras do desenvolvimento infantil.	Ao longo de todo o Estágio	Pesquisa bibliográfica no que respeita aos cuidados de enfermagem conducentes ao desenvolvimento de competências parentais no que se refere à promoção do desenvolvimento da criança/jovem. Identificação das estratégias utilizadas pelos EEESIP no que respeita à capacitação dos pais para o processo de potencialização do desenvolvimento da criança/jovem. Observação participante nas práticas de cuidados de enfermagem especializada no que respeita à capacitação dos pais para o processo de potencialização do desenvolvimento da criança/jovem. Síntese reflexiva das atividades observadas e desenvolvidas.	<u>Recursos Humanos:</u> • Equipa multidisciplinar • Enfermeiro Orientador • Professor Orientador • Recém-nascidos e famílias <u>Recursos Materiais:</u> • Bibliografia pertinente • Normas e protocolos do serviço • Computador portátil • Internet	Síntese reflexiva Relatório final
---	-----------------------------------	---	--	---

Desenvolver práticas de cuidados promotoras do desenvolvimento motor no recém-nascido pré-termo.	Ao longo de todo o Estágio	Continuar a elaboração da scoping review relativamente às intervenções promotoras do desenvolvimento motor do recém-nascido pré-termo. Pesquisa bibliográfica no que respeita aos cuidados de enfermagem promotores do desenvolvimento motor do recém-nascido pré-termo. Prestação de cuidados de enfermagem especializados no que respeita ao desenvolvimento motor do recém-nascido pré-termo. Prestação de cuidados à criança e jovem com a utilização escalas de avaliação relacionadas com o desenvolvimento motor. Síntese reflexiva das atividades observadas e desenvolvidas.	<u>Recursos Humanos:</u> • Equipa multidisciplinar • Enfermeiro Orientador • Professor Orientador • Recém-nascidos e famílias <u>Recursos materiais utilizados:</u> • Computador portátil • Internet • Normas e protocolos dos serviços	Síntese reflexiva Relatório final
--	----------------------------	--	--	---

Elaborar uma proposta para uniformizar procedimentos de manipulação e posicionamento do recém-nascido pré-termo, promotores do seu desenvolvimento.	Ao longo de todo o Estágio	Continuar a elaboração da scoping review relativamente às intervenções promotoras do desenvolvimento motor do recém-nascido pré-termo. Pesquisa bibliográfica no que respeita aos cuidados de enfermagem promotores do desenvolvimento motor do recém-nascido pré-termo. Discussão com os EEESIP para reconhecer as estratégias utilizadas como promotoras do desenvolvimento motor do recém-nascido pré-termo. Elaboração com os EEESIP de uma proposta de norma de procedimento para uniformizar procedimentos de suporte, manipulação e posicionamento (promotores do desenvolvimento motor) do recém-nascido pré-termo. Realização de uma ação de formação em contexto de serviço para discussão da proposta de uniformização de práticas de cuidados relativamente ao desenvolvimento motor do recém-nascido pré-termo	<u>Recursos Humanos:</u> • Equipa multidisciplinar • Enfermeiro Orientador • Professor Orientador • Recém-nascidos e famílias <u>Recursos materiais utilizados:</u> • Computador portátil • Internet • Normas e protocolos do serviço • Regulamento de elaboração de normas do HGO	Elaboração da norma de procedimento Relatório final
---	----------------------------	--	--	---

		Supervisão do enfermeiro orientador, enfermeira chefe e do enfermeiro responsável pela formação para a elaboração e implementação da norma de procedimento.		
--	--	---	--	--

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier, L., Phillips, R. (2013) The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 9-22. DOI: 10.1053/j.nainr.2012.12.002
- Andreani, G., Custódio, Z. A. & Crepaldi, M. A. (2006). Tecendo as redes de apoio na prematuridade. *Aletheia*, 24, 115-126. Acedido a: 24-06-2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n24/n24a11.pdf>
- Araújo, A. (2010) *Desenvolvimento motor de crianças prematuras internadas em Unidade de Neonatologia*. (Dissertação de mestrado). Disponível no RCAAP
- Brazelton, T. (2004). *O grande livro da criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. (7ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), 1058-1062.
- Casey, A. (2011). Assessing and planning care in partnership. In Glasper, A.; Richardson, J. (Eds.) *A textbook of Children and Young People's nursing*. (2.ª Ed) (pp.87-99) Edimburgo: Elsevier.
- Hockenberry, J. M., Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (9ªed.). Loures: Lusociência
- Lawhon, G. (2002). Facilitation of parenting the premature infant within the newborn intensive care unit. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 16(1), 71–85. Acedido a: 11-05-2016. Disponível em: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=748aff91-17a1-42c9-83d9-b312e1a5e74f%40sessionmgr4002&vid=2&hid=4102>
- Meleis, A.I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in research and practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa. Acedido em: 02-02-2016. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Palácios, J. (2005). Prefácio. In: Cruz, O. (2005). *Parentalidade* (pp. 9 - 12). Coimbra: Quarteto.

Apêndice 3

Posicionamento e manipulação do recém-nascido pré-termo

Plano da Sessão de Formação em Contexto de Trabalho



**7.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIATRIA**

Plano da Sessão de Formação em Contexto de Trabalho

Posicionamento e manipulação do recém-nascido pré-termo

Carlos Miguel Fernandes Correia nº6721

Docente Orientador:

Prof.^a M^a. Teresa Magão

LISBOA

Fevereiro, 2017

Índice

	Pág.
INTRODUÇÃO	3
1. JUSTIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	5
2. PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	7
3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	9
4. CONCLUSÃO	10
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	11

APÊNDICES

APÊNDICE 1: Diagnóstico das necessidades formativas - questionário

APÊNDICE 2: Resultados obtidos no questionário aplicado à equipa de enfermagem

APÊNDICE 3: Apresentação *Powerpoint* da Sessão de Formação em Contexto de Trabalho Posicionamento e manipulação do recém-nascido pré-termo

APÊNDICE 4: Resultados da avaliação da sessão de formação - Posicionamento e manipulação do recém-nascido pré-termo

INTRODUÇÃO

A realização do planeamento desta sessão de formação em contexto de trabalho, na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos (UCINP), surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria. Tem como objetivo justificar a realização da sessão de formação em contexto de trabalho (relativa à temática do posicionamento e manipulação do recém-nascido pré-termo), apresentar o seu planeamento e a sua posterior avaliação.

O processo de diagnóstico da pertinência desta temática para o serviço conheceu duas etapas fundamentais. Numa primeira fase auscultei a enfermeira chefe de serviço, a enfermeira orientadora e a enfermeira responsável pela formação, de forma a validar a pertinência deste tema para a Unidade. Face aos destinatários desta sessão de formação (a equipa de enfermagem) procurei, tal como refere Dias (2004), que esta surgisse como uma estratégia de atualização em contexto de trabalho de uma forma dinâmica, envolvendo todos os intervenientes. Neste sentido, após obter o parecer positivo da chefia do serviço, elaborei um questionário simples em que solicitei a colaboração de todos os enfermeiros da UCINP, afim de realizar um diagnóstico das necessidades formativas nesta área de conhecimento.

Atendendo a que no modelo de formação de adultos a responsabilidade da aprendizagem é partilhada entre o formador e o formando, durante o planeamento e na realização da sessão procurarei ter em consideração os princípios da formação de adultos estabelecidos por Knowles (1980, 1990). Desta forma, a sessão de formação é estruturada tendo em conta a importância de o adulto compreender o motivo pelo qual deve aprender e o facto de aprender melhor se experimentar e se tiver aplicação prática (Knowles 1980, 1990). Para tal, procurarei durante a sessão de formação, sustentado na evidência científica atual “ajudar a encontrar caminhos e a construir o próprio conhecimento (...) pois o verdadeiro conhecimento tem que ser aprendido, apreendido e desejado, não pode ser imposto” (Dias, 2004, p.18).

Por forma a responder às premissas anteriormente expressas, o presente trabalho está estruturado em quatro capítulos. A Justificação da sessão sendo o

primeiro capítulo, procura evidenciar a pertinência da realização da sessão. No Planeamento da sessão, apresento os objetivos e o planeamento para a consecução dos mesmos. Na Avaliação da sessão, descrevo como decorreu a avaliação deste momento. Por fim na Conclusão, realizo uma apreciação de toda a sessão de formação.

1. JUSTIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

No seguimento da auscultação que realizei junto da enfermeira chefe de serviço, da enfermeira orientadora e da enfermeira responsável pela formação, estabeleci um plano de atuação no que respeita à verificação da necessidade de intervenção nesta área específica do cuidado de enfermagem.

Numa primeira instância procurei validar as necessidades formativas da equipa de enfermagem através da aplicação de um questionário simples de diagnóstico (apêndice 1). Os resultados obtidos vieram confirmar a pertinência da sessão, ao revelar que dos vinte e seis enfermeiros que responderam ao questionário (que corresponde a 81% da totalidade do serviço) apenas um teve formação nesta área nos últimos cinco anos. Dezoito enfermeiros revelam mesmo que sentem alguma dificuldade neste tipo de cuidado, quer no que respeita à fundamentação teórica, quer no que se refere à operacionalização das recomendações existentes (apêndice 2).

No sentido de documentar e melhor sustentar a avaliação das necessidades de formação foi ainda aplicada posteriormente (e com o aval da enfermeira chefe), a escala de avaliação dos posicionamentos dos recém-nascidos *Infant Position Assessment Tool* (IPAT). Os resultados obtidos surgem em consonância com o descrito anteriormente, ao transparecer uma prática de cuidados não sistematizada, que se traduz numa grande variação nas pontuações obtidas.

Atendendo às necessidades avaliadas, a sessão de formação será projetada de forma a possibilitar a exposição do conhecimento científico atual (apêndice 3), o treino do posicionamento e manipulação do recém-nascido pré-termo segundo as recomendações atuais existentes, mas também e fundamentalmente proporcionará um momento de reflexão conjunto que permitirá analisar as práticas e projetar alterações que conduzirão à futura melhoria dos cuidados prestados.

Por fim, será apresentada uma proposta de implementação sistemática da escala de avaliação de posicionamentos IPAT elaborada por Coughlin, Lohman & Gibbins (2010) em colaboração com a *Children's Medical Ventures*. Esta proposta é sustentada no facto de a avaliação do posicionamento do recém-

nascido através de uma escala e a posterior transmissão dos resultados obtidos à equipa de enfermagem, ser a forma mais eficaz de melhorar a consistência das práticas de cuidados (Jeanson, 2013).

2. PLANEAMENTO DA SESSÃO

Tema: Posicionamento e manipulação do recém-nascido pré-termo

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

Primeira data: 1 de Fevereiro de 2017

Segunda data: 3 de Fevereiro de 2017

Horário da sessão: 14h às 16h

Local: Biblioteca do Serviço de Pediatria

Formador: Carlos Correia, estudante do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização de em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Objetivo geral:

- Promover a manipulação e o posicionamento do recém-nascido pré-termo segundo os princípios da promoção do neurodesenvolvimento.

Objetivos específicos:

- Reconhecer medidas neuroprotetoras do desenvolvimento do recém-nascido pré-termo.
- Discutir a proposta de alteração da norma de procedimento relativa ao posicionamento e manipulação do recém-nascido pré-termo.
- Identificar os problemas musculoesqueléticos mais frequentes associados ao posicionamento inadequado.
- Aplicar estratégias de posicionamento e manipulação do recém-nascido pré-termo.

Conclusão • Síntese das principais ideias da sessão • Avaliação da sessão	Interativo Interrogativo	Equipa de enfermagem da UCINP	Formulário de avaliação da sessão formativa	15min.
---	---------------------------------	-------------------------------------	--	--------

3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Após a realização desta sessão de formação sobre o posicionamento e mobilização do recém-nascido pré-termo é fundamental avaliá-la. Ambas as sessões respeitaram a estrutura previamente programada, os recursos humanos e materiais revelaram-se adequados, assim como a duração pré-estabelecida.

Num universo de trinta e dois enfermeiros que tinham a possibilidade de assistir à sessão de formação (excluídos os que gozavam naquele momento de qualquer tipo de licença), estiveram presentes na primeira sessão dezassete enfermeiros e na segunda sessão dez. Assim na globalidade das sessões estiveram presentes 84% dos enfermeiros que neste momento prestam cuidados na UCINP o que se traduz numa elevada taxa de participação.

Os objetivos foram atingidos na sua plenitude, sustentado em grande monta no facto de se ter estabelecido, em ambas as sessões, um ambiente de discussão propício ao estabelecimento de estratégias que visavam a aplicação prática das recomendações científicas mais recentes. Alguns elementos partilharam inclusivamente as suas estratégias para a consecução dos diferentes posicionamentos (decúbito lateral, dorsal e ventral) tendo em conta os indicadores de posicionamento estabelecidos como neuroprotetores.

Esta sessão apesar de apresentar também um cariz expositivo (correspondendo às expectativas de alguns enfermeiros que apontaram como sua lacuna a sustentação teórica para a intervenção), permitiu a troca de experiências entre os presentes e o estabelecimento de novas estratégias de intervenção que vão ao encontro das mais recentes recomendações científicas. Esta discussão foi sem dúvida um ponto positivo fundamental da sessão de formação.

Os enfermeiros que participaram nestas sessões quando questionados oralmente em relação à pertinência, ao conteúdo e à utilidade da formação foram na sua generalidade perentórios a avaliar com muito bom. Esta avaliação surge em consonância com os resultados obtidos no formulário de avaliação da sessão que tive a oportunidade de distribuir por todos os elementos presentes (apêndice 4).

Posteriormente, de acordo com o estabelecido inicialmente apliquei a escala de avaliação dos posicionamentos IPAT aos recém-nascidos pré-termo, posicionados por alguns dos enfermeiros que estiveram presentes na sessão de formação. Os resultados obtidos revelam pontuações superiores às alcançadas numa fase anterior à sessão de formação, o que é um indicador positivo e provavelmente produto da mesma.

Igualmente de destacar é o facto de através da sessão de formação ter conseguido sensibilizar alguns enfermeiros (sete no total), para que com o aval já manifestado pela enfermeira chefe, seja criado um grupo de trabalho que continue a desenvolver esta temática, assim como seja responsável por auditorias frequentes aos posicionamentos e posterior *feedback* à restante equipa de enfermagem.

Assim, atendendo à avaliação feita pelos intervenientes e ao seu potencial para melhoria da prática de cuidados, revelada pela aplicação da escala de avaliação dos posicionamentos e pelo interesse manifestado na formação de um grupo de trabalho, considero esta atividade deveras pertinente e bem-sucedida.

4. CONCLUSÃO

O planejamento e a realização desta sessão de formação possibilitou o desenvolvimento dos meus conhecimentos teórico-práticos na avaliação das necessidades de formação e no estabelecimento de estratégias de atuação para as suprimir. Pude igualmente desenvolver os meus conhecimentos no que diz respeito à própria temática do posicionamento e manipulação do recém-nascido pré-termo, ao dar a conhecer a evidência científica mais recente e ao procurar responder às necessidades formativas indicadas pelos enfermeiros no questionário.

Após a realização desta sessão vejo igualmente reforçado o meu conhecimento no que se refere à importância da mobilização dos princípios da educação de adultos, pois só desta forma foi possível responder às necessidades formativas de cada um dos enfermeiros e assim observar uma vontade expressa dos mesmos em participar na sessão. Segundo Knowles (1980,1990) na educação para adultos deve ser considerada a necessidade de saber do formando, o seu autoconceito, o papel das suas experiências, a sua orientação relativamente à aprendizagem e a sua motivação para a aprendizagem. Como esta sessão foi desenvolvida no âmbito do estágio, obedecendo a um período pré-definido de tempo, não foi possível desenvolver aprofundadamente todos os pressupostos referidos anteriormente, no entanto a consciência da sua importância sai reforçada depois desta sessão.

É ainda de salientar que o apoio constante da chefia do serviço, do enfermeiro orientador e da enfermeira responsável da formação constituíram-se como elementos facilitadores para a consecução dos objetivos a que me propus e assim realizar com sucesso esta sessão de formação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Coughlin, M., Lohman, M. & Gibbins, S. (2010) Reliability and Effectiveness of an Infant Positioning Assessment Tool to Standardize Developmentally Supportive Positioning Practices in the Neonatal Intensive Care Unit. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 10(2), 104-106. **DOI:** 10.1053/j.nainr.2010.03.003
- Dias, J. (2004). *Formadores que desempenho?*. Loures: Lusodidacta.
- Jeanson, E. (2013). One-to-One Bedside Nurse Education as a Means to Improve Positioning Consistency. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 13, 27-30. **DOI:** 10.1053/j.nainr.2012.12.002
- Knowles, M. (1980). *The modern practice of adult education: from pedagogy to andragogy*. Cambridge: Englewood Cliffs.
- Knowles, M. (1990). *The adult learner: A neglected species*. Houston: Gulf Pub. Co., Book Division.

APÊNDICE 1: Diagnóstico das necessidades formativas - questionário

DIAGNÓSTICO DAS NECESSIDADES FORMATIVAS

Caro(a) colega.

No âmbito do Mestrado em Enfermagem: área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria que eu – Carlos Miguel Fernandes Correia – estou a frequentar, gostaria de obter a sua colaboração para a consecução do meu projeto de estágio. Neste âmbito procuro desenvolver competências no que se refere à promoção do desenvolvimento do recém-nascido pré-termo, com foco especial de atenção na mobilização e posicionamento. Neste sentido, pretendo identificar as dificuldades sentidas pelos enfermeiros da Unidade nesta temática, através da resposta às três questões abaixo indicadas.

Agradeço desde já a sua colaboração para o diagnóstico das necessidades formativas relativamente a esta temática. Poderá enviar as respostas por e-mail (via preferencial) ou presencialmente através da impressão deste documento. Se necessário estarei disponível para qualquer esclarecimento adicional.

Anos de experiência profissional –

Anos de experiência na Unidade –

1. Já realizou alguma formação relacionada com o posicionamento e manipulação do recém-nascido pré-termo? Se sim, há quanto tempo?
2. Sente alguma dificuldade na prestação deste cuidado de enfermagem? Se sim, estas estão relacionadas com a fundamentação teórica ou com a operacionalização das recomendações existentes para a manipulação e posicionamento do recém-nascido pré-termo? Ou ambas?

Indique três temas/atividades relacionadas com esta temática, que gostaria de ver abordadas em contexto de formação com vista à melhoria na qualidade dos cuidados que presta aos recém-nascidos pré-termo.

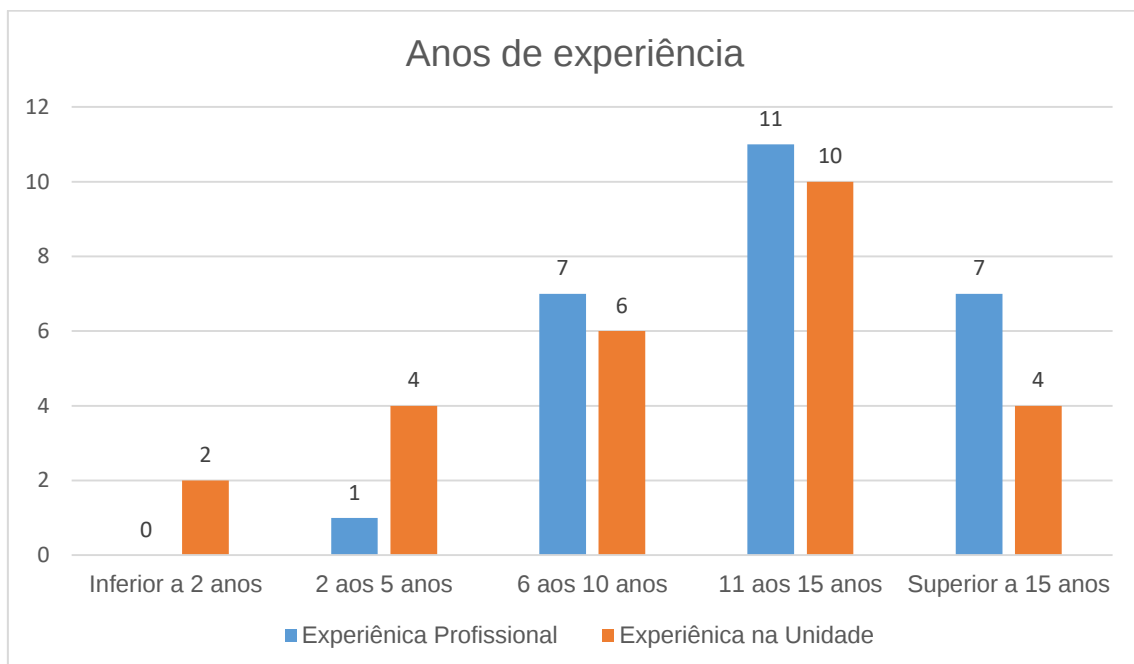
APÊNDICE 2: Resultados obtidos no questionário aplicado à equipa de enfermagem

RESULTADOS OBTIDOS NO QUESTIONÁRIO APLICADO À EQUIPA DE ENFERMAGEM

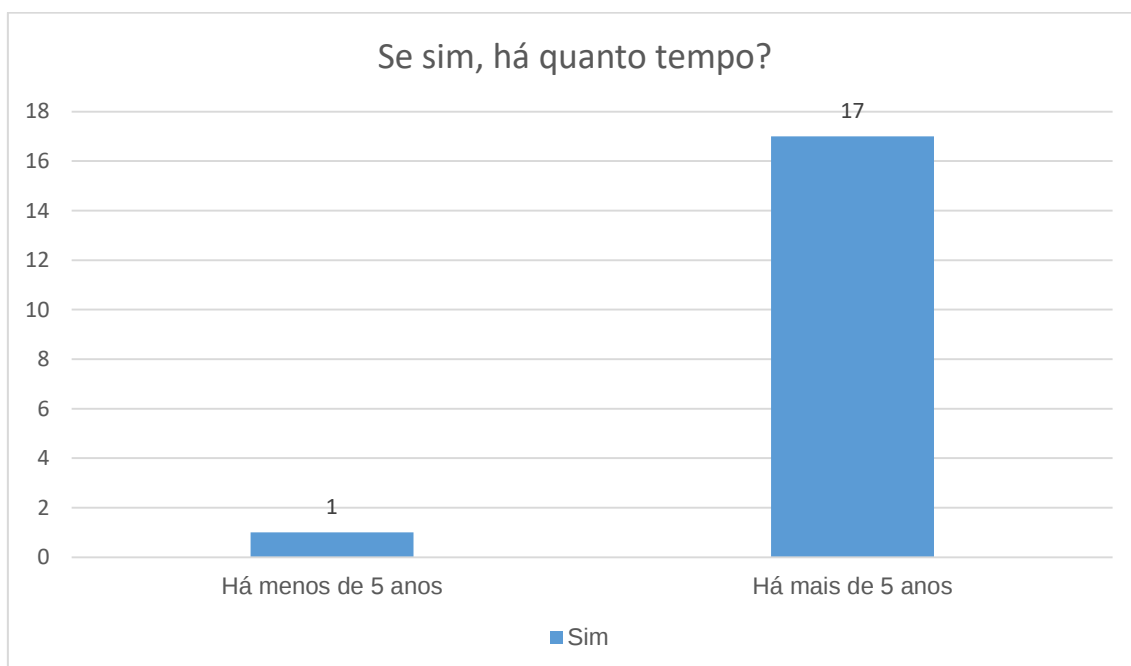
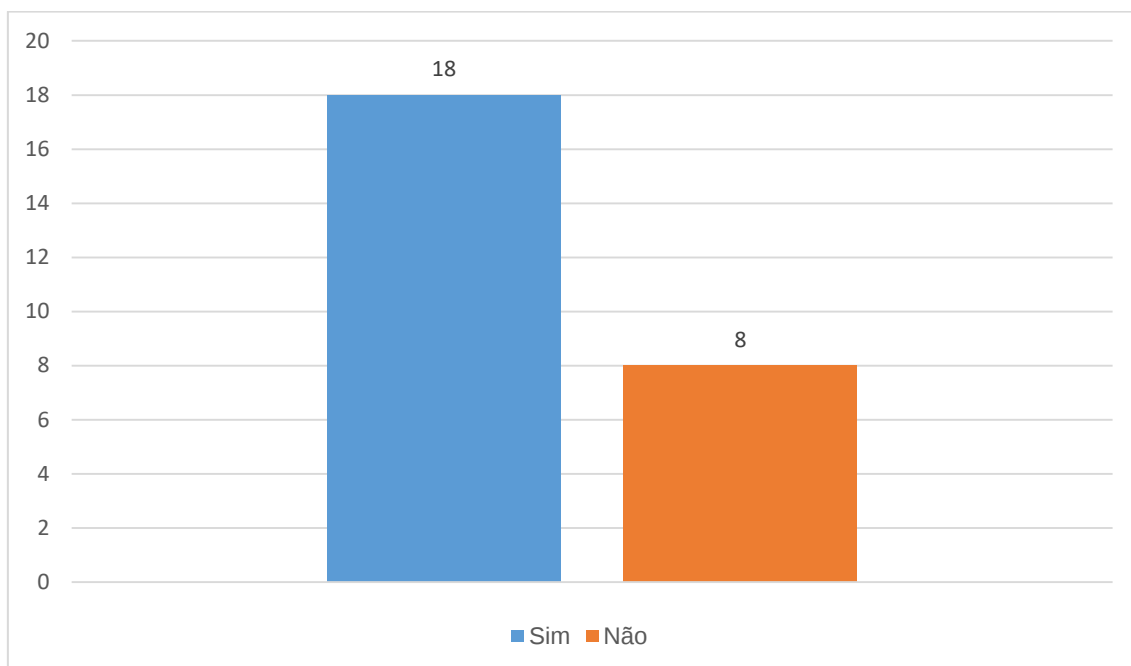
Respostas obtidas ao questionário



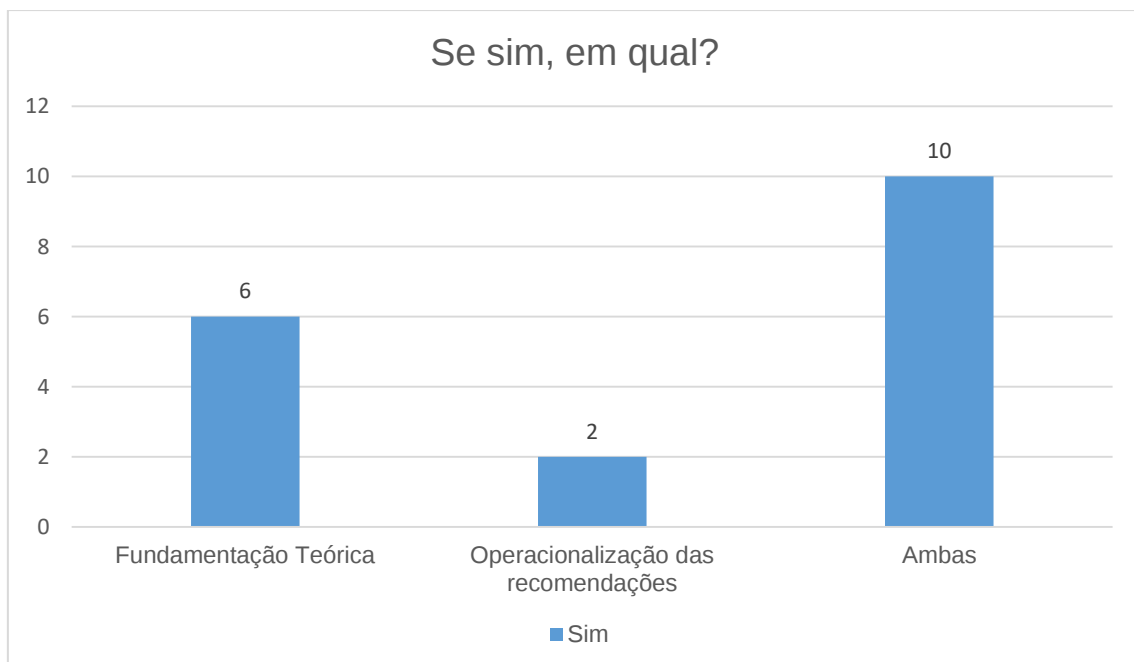
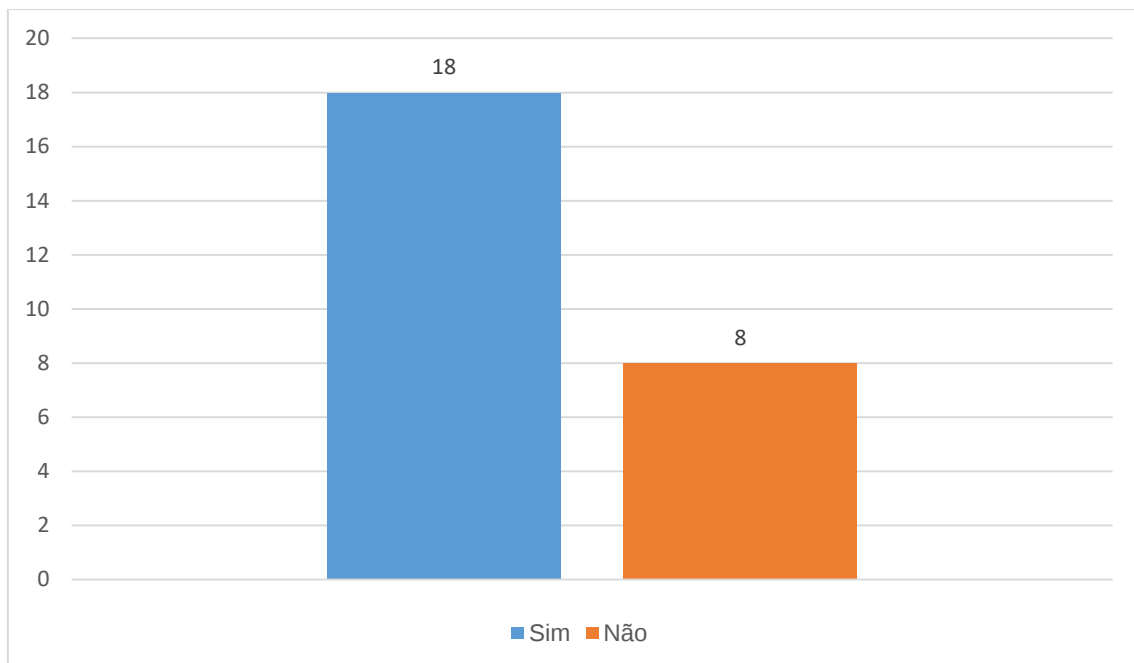
Caracterização da equipa de enfermagem



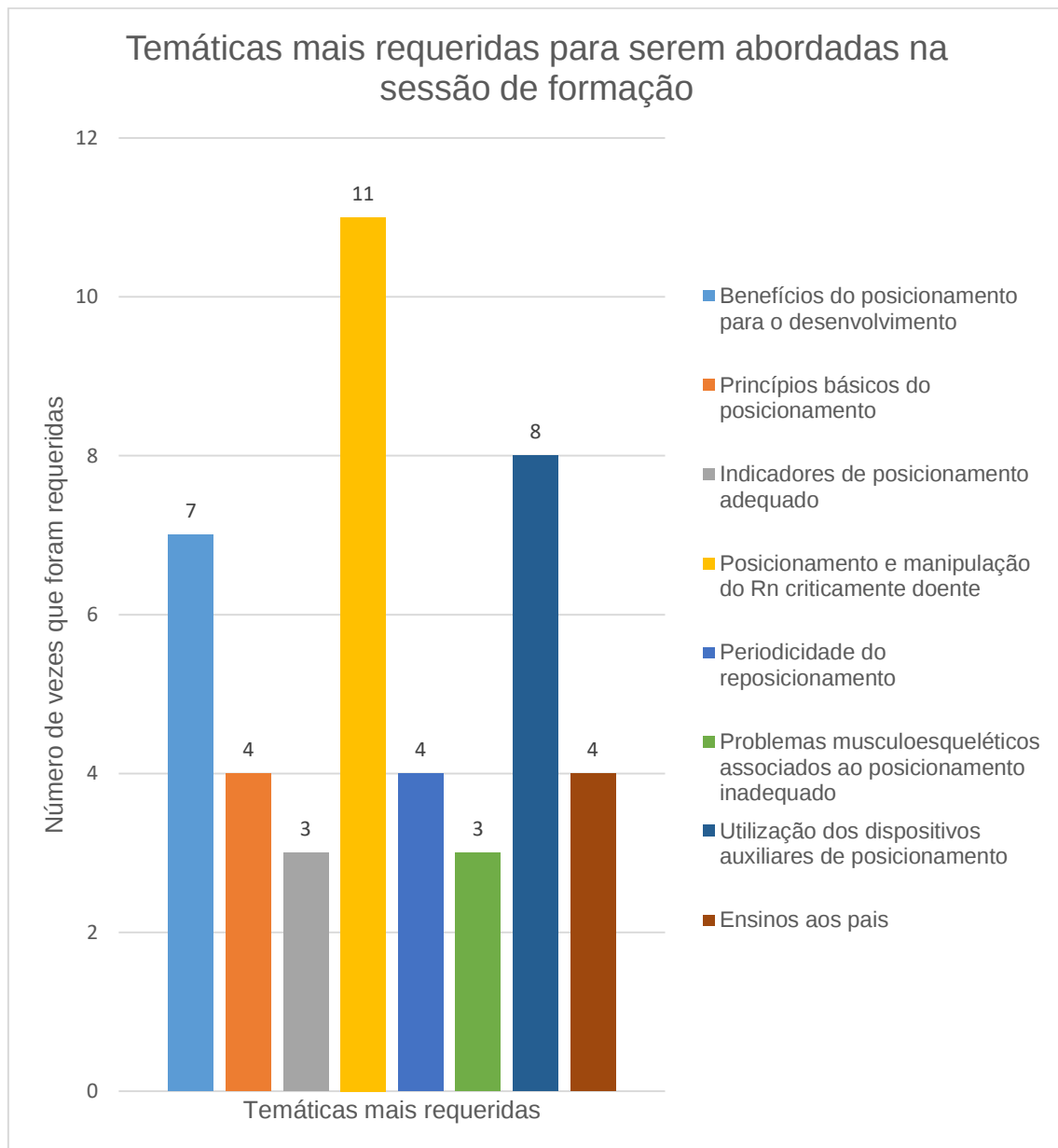
1. Já realizou alguma formação relacionada com o posicionamento e manipulação do recém-nascido pré-termo? Se sim, há quanto tempo?



2. Sente alguma dificuldade na prestação deste cuidado de enfermagem?
Se sim, estas estão relacionadas com a fundamentação teórica ou com a operacionalização das recomendações existentes para a manipulação e posicionamento do recém-nascido pré-termo? Ou ambas?



3. Indique três temas/atividades relacionadas com esta temática, que gostaria de ver abordadas em contexto de formação com vista à melhoria na qualidade dos cuidados que presta aos recém-nascidos pré-termo.



APÊNDICE 3: Apresentação *Powerpoint* da Sessão de Formação em Contexto de Trabalho - Posicionamento e manipulação do recém-nascido pré-termo

Formação em serviço



Posicionamento e manipulação do recém-nascido pré-termo



Carlos Miguel Fernandes Correia nº6721

Fevereiro, 2017



Sumário



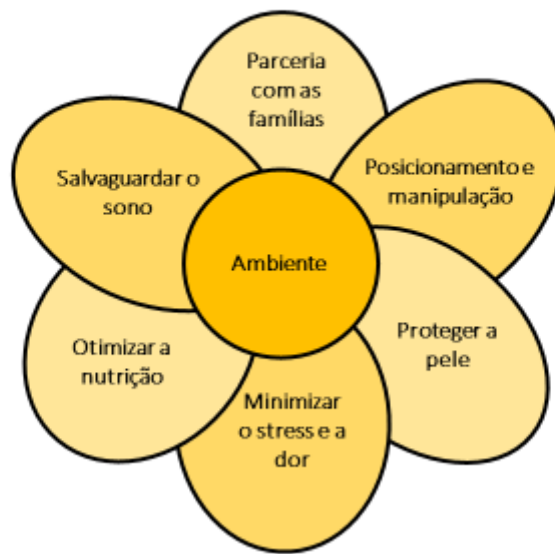
-  Cuidados Centrados no Desenvolvimento - As 7 medidas neuroprotetoras
-  Proposta de Norma de Procedimento
 -  Princípios fundamentais do posicionamento e da manipulação do recém-nascido pré-termo
 -  Indicadores e orientações para o posicionamento adequado do recém-nascido
-  Problemas musculoesqueléticos mais frequentes associados ao posicionamento inadequado
-  Prática de posicionamentos
-  Proposta de implementação futura

[illegible]

(Altimier & Phillips, 2013)



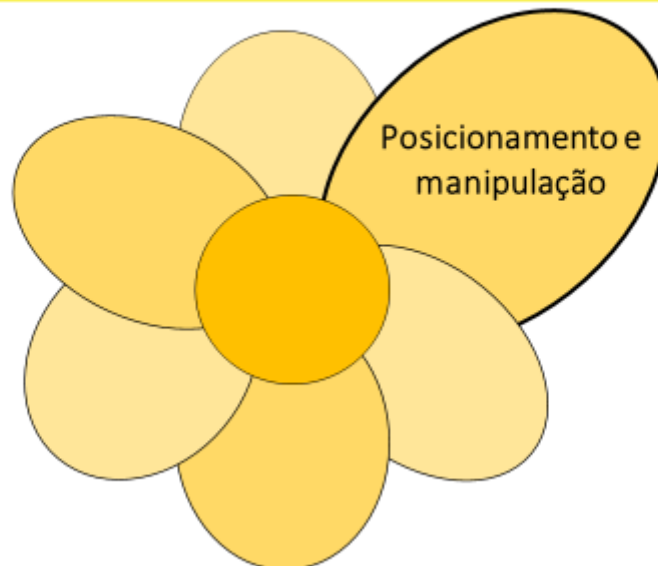
As 7 medidas neuroprotetoras



(Altimier & Phillips, 2013)



As 7 medidas neuroprotetoras



(Altimier & Phillips, 2013)



Posicionamento e manipulação



- A preocupação acrescida relativamente ao posicionamento, manipulação e suporte do recém-nascido pré-termo é justificada fundamentalmente pelas suas particularidades (Altimier & Phillips, 2013).
- O recém-nascido pré-termo em posição de repouso apresenta uma postura assimétrica, com a cabeça lateralizada e com as extremidades em abdução e rodadas externamente. Esta postura deve-se aos efeitos da gravidade e à supremacia do tônus extensor (Altimier & Phillips, 2013; Toso, Viera, Valter, Delatore & Barreto, 2015).
- Os recém-nascidos pré-termo são incapazes de adotar um posicionamento estável adequado sem a utilização de suportes apropriados (Jeanson, 2013).
- O alinhamento corporal do recém-nascido em repouso é um dos fatores que contribui para o neurodesenvolvimento, mas também o modo como é manipulado (Altimier & Phillips, 2013).



Posicionamento terapêutico



- Tem por objetivo a tentativa de replicação do apoio contido e harmonioso do útero materno, proporcionando para tal suporte postural e de movimento, afim de otimizar o desenvolvimento músculoesquelético e promover o desenvolvimento de respostas adaptativas semelhantes às apresentadas por recém-nascidos de termo saudáveis (Altimier & Phillips, 2013).
- É uma das intervenções que se pode iniciar mais precocemente para contribuir para o neurodesenvolvimento (Waitzman, 2007; Madlinger-Lewis, Reynolds, Zarem, Crapnell, Inder & Pineda, 2014).



Posicionamento terapêutico



O que nos dizem os estudos científicos?

- Promove o desenvolvimento postural e musculoesquelético normal (Coughlin, Lohman & Gibbins, 2010; Altier & Phillips, 2013; Jeanson, 2013; Madlinger-Lewis, Reynolds, Zarem, Crapnell, Inder & Pineda, 2014).
- Melhora a estabilidade fisiológica e a regulação do sono (Waitzman, 2007; Picheansathian, Woragidponpol & Baosoung, 2009; Altier & Phillips, 2013; Jeanson, 2013).
- Promove a integridade cutânea e o aumento da densidade óssea (Altier & Phillips, 2013; Jeanson, 2013).
- Diminui o número e a duração dos episódios de choro e/ou agitação (Altier & Phillips, 2013; Coughlin, 2014).
- Promove a regulação térmica (Waitzman, 2007; Altier & Phillips, 2013).
- Diminui os indicadores comportamentais de dor (Waitzman, 2007; Altier & Phillips, 2013; Jeanson, 2013).
- Promove o desenvolvimento cerebral (Waitzman, 2007; Altier & Phillips, 2013; Coughlin, 2014).

Proposta de Norma de Procedimento

Princípios fundamentais do posicionamento e da manipulação do recém-nascido pré-termo





Princípios fundamentais para o posicionamento terapêutico



- Avaliar o ciclo de sono-vigília do recém-nascido para planejar o momento adequado para o reposicionamento (Altier & Phillips, 2013; Coughlin, 2014);
- Fornecer suporte durante o posicionamento (Altier & Phillips, 2013);
- Promover contacto das mãos com a boca (Altier & Phillips, 2013);
- O recém-nascido deve estar na linha média em flexão e numa posição confortável em todos os momentos do posicionamento, usando para tal ajudas de posicionamento e limites adequados (Coughlin, 2014);
- Os dispositivos utilizados para o posicionamento devem permitir o movimento espontâneo, fornecer contenção tátil e permitir a percepção do próprio corpo (Sweeney & Gutierrez, 2010; Altier & Phillips, 2013);
- Os recém-nascidos com menos de 32 semanas de gestação deverão ter a cabeça na linha média nas primeiras 72 horas de vida ou até que atinjam estabilidade hemodinâmica (Coughlin, 2014);



Princípios fundamentais para o posicionamento terapêutico



- As ajudas de posicionamento são gradualmente removidas à medida que o bebé em decúbito dorsal demonstra flexão fisiológica da parte superior do corpo e/ou atinge as 4 semanas de idade corrigida. A partir deste momento deve dormir em decúbito dorsal sem dispositivos de apoio (Coughlin, 2014).
- A permanência em decúbito ventral pode e deve ser incentivada nas atividades diárias do bebé (Sweeney & Gutierrez, 2010; Coughlin, 2014).
- Educar os pais sobre os princípios e técnicas de posicionamento (Altier & Phillips, 2013).





Princípios fundamentais para a manipulação do recém-nascido



- Na prestação de cuidados ao recém-nascido é fundamental ter em atenção o momento apropriado para a manipulação, atendendo ao ciclo de sono-vigília (Altimier & Phillips, 2013; Coughlin, 2014);
- Os cuidados devem ser estabelecidos com base nos sinais de stress do recém-nascido. O agrupamento ou o fracionamento dos cuidados deve depender da ausência ou da presença destes sinais (Altimier & Phillips, 2013);
- A manipulação deve ser feita lentamente, modulando os movimentos, com as extremidades do recém-nascido fletidas e contidas (Altimier & Phillips, 2013; Coughlin, 2014);
- O manuseio deve ser gentil e cuidado, fornecendo suporte à cabeça e aos quatro membros (Altimier & Phillips, 2013);
- A manipulação e o toque frequentes podem perturbar o sono (Coughlin, 2014);
- O recém-nascido pré-termo de idade igual ou inferior a 26 semanas de gestação deve permanecer com a cabeça na linha média, mesmo quando é manipulado (Coughlin, 2014);



Princípios fundamentais para a manipulação do recém-nascido



- O recém-nascido pré-termo (das 32s às 36s de idade gestacional/corrigida) beneficia de ser reposicionado a cada 3 ou 4 horas e sempre que necessário (Altimier & Phillips, 2013; Jeanson, 2013);
- No banho de banheira e a quando da pesagem do recém-nascido este deve estar enrolado (Altimier & Phillips, 2013);
- Educar os pais sobre os princípios e técnicas de contenção e manuseio do recém-nascido (Altimier & Phillips, 2013).



Proposta de Norma de Procedimento

Indicadores e orientações para posicionamento
adequado do recém-nascido



Dispositivos auxiliares de posicionamento





Decúbito dorsal ou posição supina



Indicadores para posicionamento adequado

- Cabeça posicionada na linha média ou a menos de 45° em relação à linha média;
- Pescoço neutro com a cabeça ligeiramente fletida para a frente (10°);
- Ombros ligeiramente fletidos;
- Braços fletidos e mãos a tocar na face;
- Ancas alinhadas e suavemente fletidas;
- Joelhos, tornozelos e pés alinhados e ligeiramente fletidos.

(Coughlin, Lohman & Gibbins, 2010)



Decúbito dorsal ou posição supina



Sugestão de posicionamento

- *Frog* ou rolos laterais de forma a manter a cabeça em linha média;
- Almofada ou "rolinho" debaixo dos ombros e pescoço, evitando deste modo, a sua flexão;
- Ninho, rolo elou *frog* ao longo do corpo (em forma de ferradura), passando por debaixo dos joelhos de forma a evitar a extensão dos membros inferiores;
- Rolos em forma tubular, colocados dos lados, promovendo a flexão dos membros superiores;
- Pés apoiados de forma a prevenir a extensão e rotação externa do tornozelo.





Decúbito ventral ou pronação



Indicadores para posicionamento adequado

- Cabeça lateralizada;
- Ombros ligeiramente fletidos;
- Membros superiores fletidos e mãos junto à cabeça e face;
- Ligeira elevação pélvica;
- Joelhos fletidos debaixo da anca;
- Pés em posição neutra ligeiramente fletidos ou em rotação interna.

(Coughlin, Lohman & Gibbins, 2010)



Decúbito ventral ou pronação



Sugestão de posicionamento

- Ninho, rolo e/ou *frog* em volta do corpo do bebê, aninhando-o como no colo;
- Almofada de elevação, *frog* ou fralda de pano dobrada debaixo do tórax de forma a promover a ligeira flexão dos ombros.





Decúbito lateral



Indicadores para posicionamento adequado

- Cabeça posicionada na linha média ou a menos de 45° em relação à linha média;
- Pescoço neutro com a cabeça ligeiramente fletida para a frente (10°);
- Ombros ligeiramente fletidos;
- Braços fletidos e mãos a tocar na face;
- Ancas alinhadas e suavemente fletidas;
- Joelhos, tornozelos e pés alinhados e ligeiramente fletidos.

(Coughlin, Lohman & Gibbins, 2010)



Decúbito lateral



Sugestão de posicionamento

- Ninho colocado de forma a que a base apoie os pés, mantendo a flexão dos membros inferiores;
- *Frog* ou rolo na região da cabeça para que tenha limite superior;
- Rolo que possibilite o alinhamento das costas;
- Rolo à frente do bebê, desde o tórax, que permita o alinhamento dos membros superiores e evite a flexão do tronco.





Problemas musculoesqueléticos mais frequentes associados ao posicionamento inadequado



Problemas musculoesqueléticos mais frequentes associados ao posicionamento inadequado



Abdução excessiva da anca, retração escapular e postura achatada



(Jeanson, 2013; Spilker, 2015)

Torcicolo e dolicocefalia



(Jeanson, 2013; Coughlin, 2014; Spilker, 2015)





Prática de posicionamentos



Proposta de implementação futura

Escala de Avaliação do Posicionamento
do Recém-nascido



Escala de Avaliação do Posicionamento do Recém-nascido



Necessidade de implementação sistematizada de medidas de suporte e posicionamento do recém-nascido pré-termo

- A formação em serviço tem-se constituído como o veículo privilegiado e comprovadamente eficaz na transmissão de informação no seio das equipas.
- A avaliação do posicionamento do recém-nascido através de uma escala e a posterior transmissão dos resultados obtidos à equipa de enfermagem, é a melhor forma de melhorar a consistência das práticas de cuidados (Jeanson, 2013).

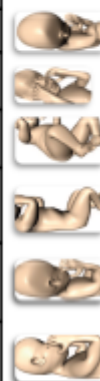
Escala de Avaliação do Posicionamento do Recém-nascido



Infant Position Assessment Tool (IPAT)

Nome do recém-nascido:				
Idade atual:		Idade Corrigida:		
Data/hora da avaliação:				
Posição do recém-nascido (círculo): DLD DLE DVD DVE DD				
Nome do Enfermeiro que posicionou:				

Indicador	0	1	2	Score
Posição dos ombros	Ombros em extensão	Ombros neutros	Ombros ligeiramente fletidos	
Localização das mãos e braços	Mãos e braços afastados do corpo	Mãos e braços a tocar o corpo	Mãos a tocar a face, braços fletidos	
Posição pélvica	Ancas em abdução, em rotação externa	Ancas em extensão	Ancas alinhadas e suavemente fletidas	
Orientação dos joelhos, tornozelos e pés	Joelhos em extensão, tornozelos e pés em rotação externa	Joelhos, tornozelos e pés em extensão	Joelhos, tornozelos e pés alinhados e ligeiramente fletidos	
Posição da cabeça	Cabeça lateralizada a mais de 45° em relação à linha média	Cabeça lateralizada a 45° em relação à linha média	Cabeça posicionada na linha média ou a menos de 45° em relação à linha média	
Posição do pescoço	Pescoço em hiperextensão, fletido	Pescoço neutro	Pescoço neutro, cabeça ligeiramente fletida para a frente 10°	





Escala de Avaliação do Posicionamento do Recém-nascido



Descrição de qualquer circunstância restritiva para o posicionamento da criança em flexão, orientação à linha média e contenção:

Descrição e intervenções/ ajustes a fazer que promovam o desenvolvimento da posição de suporte com os objetivos de flexão, orientação à linha média e contenção:

Score Ideal = 10-12 pontos

- Adaptado de Coughlin, M., Lohman, M. & Gibbins, S. (2010) - Children's Medical Ventures 2010



Escala de Avaliação do Posicionamento do Recém-nascido

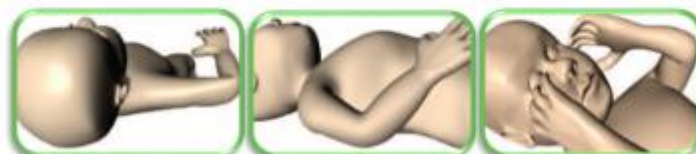


Indicador	0	1	2
Posição dos ombros	Ombros em extensão	Ombros neutros	Ombros ligeiramente fletidos



Escala de Avaliação do Posicionamento
do Recém-nascido

Indicador	0	1	2
Localização das mãos e braços	Mãos e braços afastados do corpo	Mãos e braços a tocar o corpo	Mãos a tocar a face, braços fletidos



Escala de Avaliação do Posicionamento
do Recém-nascido

Indicador	0	1	2
Posição pélvica	Ancas em abdução, em rotação externa	Ancas em extensão	Ancas alinhadas e suavemente fletidas



Escala de Avaliação do Posicionamento
do Recém-nascido

Indicador	0	1	2
Orientação dos joelhos, tornozelos e pés	Joelhos em extensão, tornozelos e pés em rotação externa	Joelhos, tornozelos e pés em extensão	Joelhos, tornozelos e pés alinhados e ligeiramente fletidos



Escala de Avaliação do Posicionamento
do Recém-nascido

Indicador	0	1	2
Posição da cabeça	Cabeça lateralizada a mais de 45° em relação à linha média	Cabeça lateralizada a 45° em relação à linha média	Cabeça posicionada na linha média ou a menos de 45° em relação à linha média



Escala de Avaliação do Posicionamento
do Recém-nascido

Indicador	0	1	2
Posição do pescoço	Pescoço em hiperextensão, fletido	Pescoço neutro	Pescoço neutro, cabeça ligeiramente fletida para a frente 10º





Obrigado



Referências bibliográficas

- Altimier, L., Phillips, R. (2013) The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 9-22. DOI: 10.1053/j.nainr.2012.12.002
- Coughlin, M. (2014). *Transformative nursing in the NICU: trauma-informed age-appropriate care*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Coughlin, M., Lohman, M. & Gibbins, S. (2010) Reliability and Effectiveness of an Infant Positioning Assessment Tool to Standardize Developmentally Supportive Positioning Practices in the Neonatal Intensive Care Unit. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 10(2), 104-106. DOI: 10.1053/j.nainr.2010.03.003
- Jeanson, E. (2013). One-to-One Bedside Nurse Education as a Means to Improve Positioning Consistency. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 27-30. DOI: 10.1053/j.nainr.2012.12.002
- Madlanger-Lewis, L., Reynolds, L., Zarem, C., Crapnell, T., Inder, T. & Pineda, R. (2014) The effects of alternative positioning on preterm infants in the neonatal intensive care unit: A randomized clinical trial. *Research in Developmental Disabilities*, 35 (2), 490-497. DOI:10.1016/j.ridd.2015.05.001

Referências bibliográficas

- Picheansathian, W., Woragidpoonpol, P., & Baosoung, C. (2009). Positioning of preterm infants for optimal physiologic development: A systematic review. *Joanna Briggs Institute Library of Systematic Reviews*, 7(7), 224-259.
- Spilker, A. (2015). *The Effectiveness of a Standardized Positioning Tools and Bedside Education on the Developmental Positioning Proficiency of NICU Nurses*. (Tese de douturamento). Disponível em SJSU ScholarWorks.
- Sweeney, J. K., & Gutierrez, T. (2010). The dynamic continuum of motor and musculoskeletal development. In C. Kenner & J. M. McGrath (Coords). *Developmental care of newborns and infants: A guide for health professionals* (pp. 235–244). Glenview: Mosby.
- Glenview, IL: National Association of Neonatal Nurses Toso, B., Viera, C., Valter, J., Delatore, S. & Barreto, G. (2015) Validação de protocolo de posicionamento de recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira Enfermagem*, 68(6), 1147-1153. DOI: 10.1590/0034-7167.20156806211
- Waitzman, K. (2007) The Importance of Positioning the Near-term Infant for Sleep, Play, and Development. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 7 (2), 76-81. DOI:10.1053/j.nainr.2007.05.004

Referências bibliográficas

Videos e brochuras

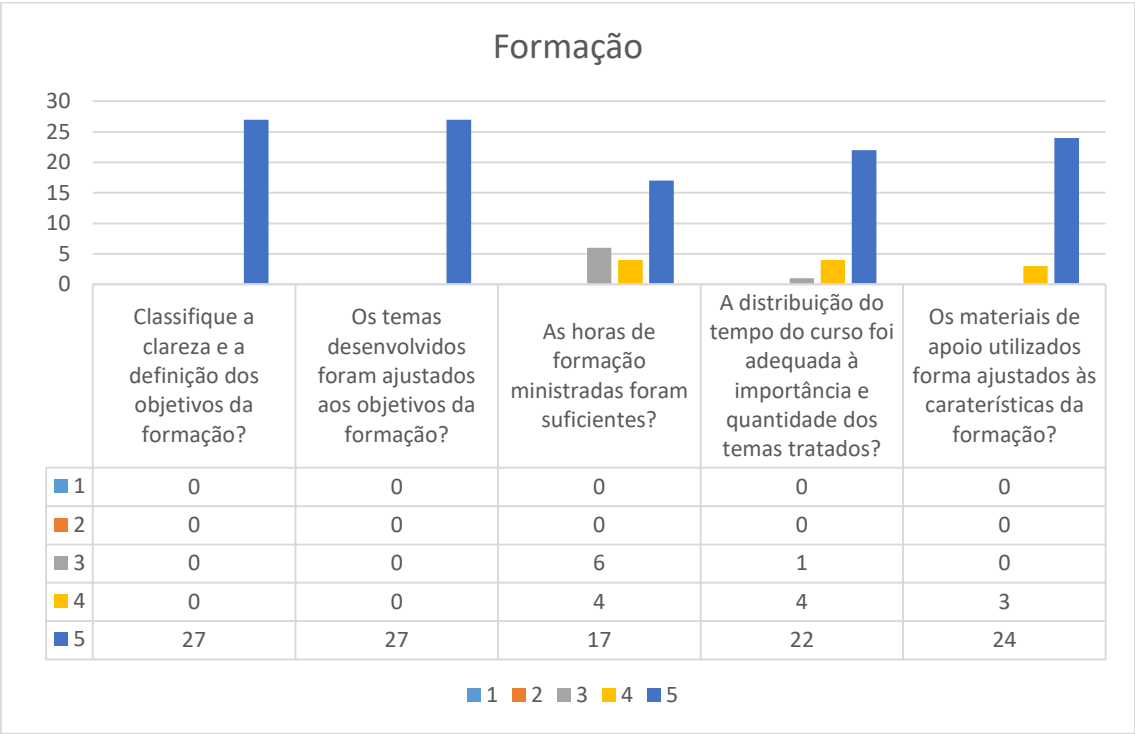
- <http://www.usa.philips.com/healthcare/solutions/mother-and-child-care/infant-positioning> Acedido em 2017/01/27.
- <http://www.babybegin.com/pediatric-therapy/tummy-time/> Acedido em 2017/01/27.
- <https://pathways.org/> Acedido em 2017/01/27.
- https://pathways.org/wp-content/uploads/2014/09/tummytimebrochure_portuguese.pdf Acedido em 2017/01/27.
- <https://www.youtube.com/watch?v=5A-QvAYFWHw> Acedido em 2017/01/27.

**APÊNDICE 4: Resultados da avaliação da sessão de formação -
Posicionamento e manipulação do recém-nascido pré-termo**

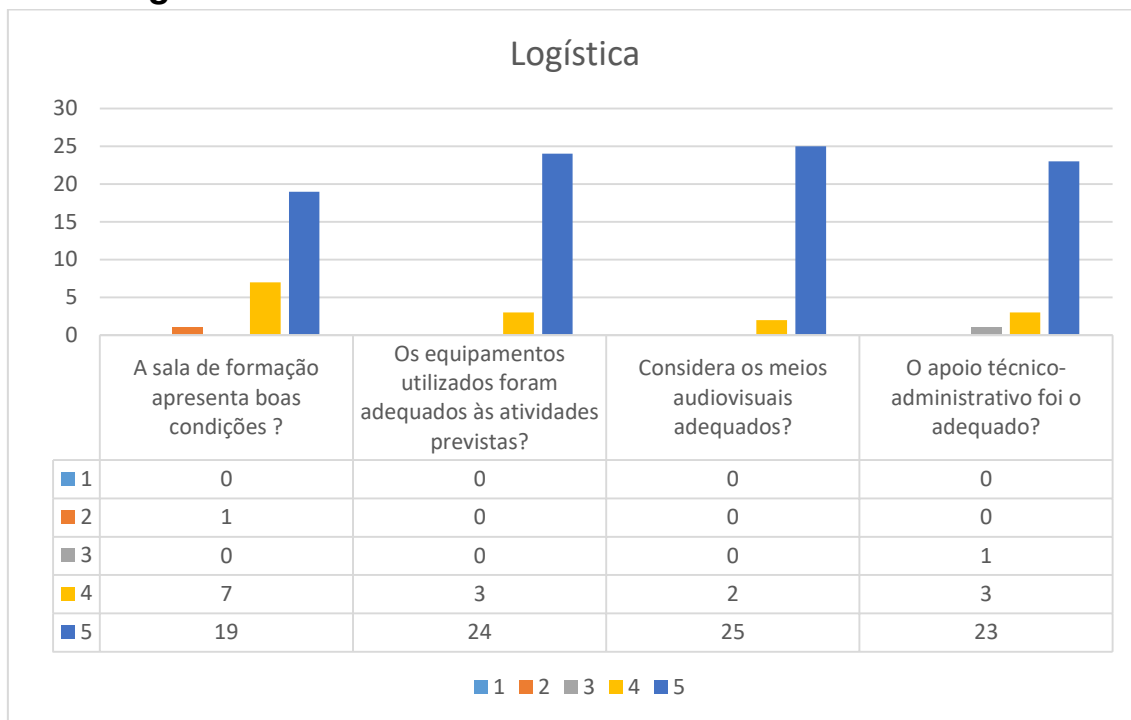
RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

O número 1 corresponde à pontuação mais baixa e o número 5 corresponde à pontuação mais elevada.

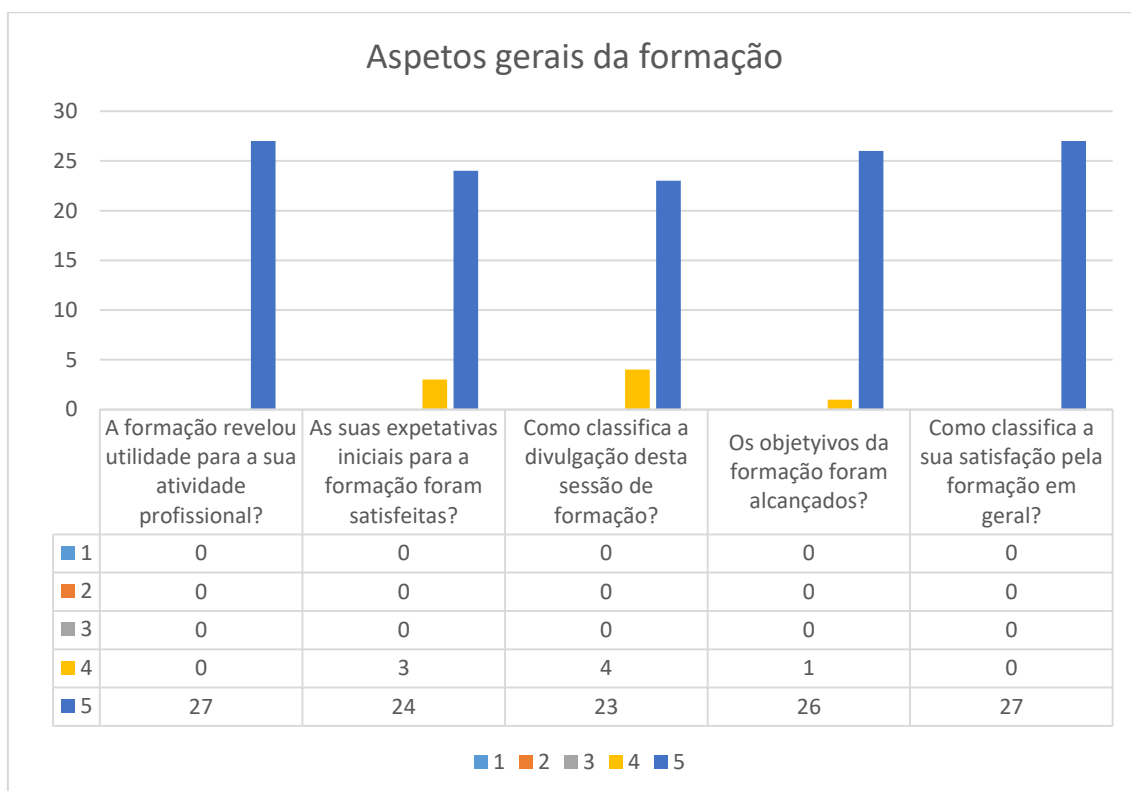
1. Formação



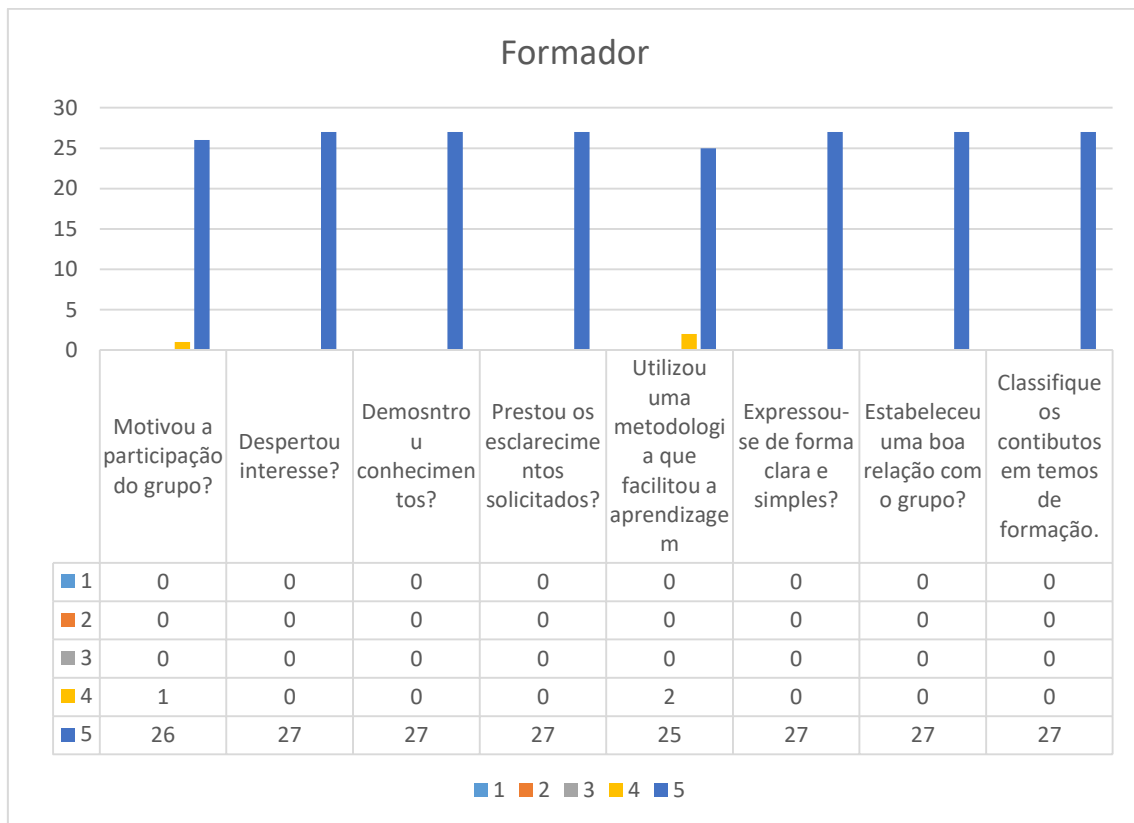
2. Logística



3. Aspetos gerais da formação



4. Formador



Aspetos positivos salientados pela equipa:

- Pertinência da formação para a UCINP
- Atualização e normalização de procedimentos
- Discussão sobre o tema

Sugestões apresentadas pela equipa:

- Implementação da escala de avaliação dos posicionamentos
- Formação regular

Apêndice 4

Cuidados de Enfermagem Centrados no Desenvolvimento: posicionamento e manipulação do recém-nascido pré-termo - Contributos para um projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem



**7.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIATRIA**

**Contributos para um projeto de melhoria contínua da
qualidade dos cuidados de enfermagem**

**Hospital Central – Unidade de Cuidados Intensivos
Neonatais e Pediátricos**

**Cuidados de Enfermagem Centrados
no Desenvolvimento:
posicionamento e manipulação do
recém-nascido pré-termo**

Carlos Miguel Fernandes Correia nº6721

Docente Orientador:

Prof.^a M^a. Teresa Magão

LISBOA

Janeiro, 2017

Índice

INTRODUÇÃO	3
1. IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA	4
2. PERCEBER O PROBLEMA E DIMENSIONÁ-LO	7
2.1 Fundamentação teórica para a intervenção	7
3. FORMULAR OBJETIVOS INICIAIS	11
4. PERCEBER AS CAUSAS	12
4.1 Contextualização da situação	12
5. PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS/ATIVIDADES	16
5.1 Cronograma	16
5.2 Metodologia das atividades a desenvolver	17
6. VERIFICAR OS RESULTADOS	18
6.1 Avaliação das atividades desenvolvidas	18
7. PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA	20
7.1 Proposta de intervenção futura	20
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

APÊNDICE: Norma de procedimento - Posicionamento e manipulação do recém-nascido pré-termo

INTRODUÇÃO

A presente proposta de projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e é parte integrante do estágio que decorre na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos (UCINP) de um Hospital Central. Será apresentado à enfermeira orientadora, professora orientadora e subsequentemente à enfermeira chefe e à enfermeira responsável da formação do serviço, a fim de ser implementado durante este estágio, após a sua validação e aprovação.

Surge em consonância com o meu processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista, das quais destaco “concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.3). Visa ainda, de igual modo, a melhoria das práticas de cuidados, no que respeita aos Cuidados de Enfermagem Centrados no Desenvolvimento, mais especificamente no que refere ao posicionamento e manipulação do recém-nascido pré-termo. Por consequência numa perspetiva a médio/longo prazo torna-se legítima a ambição de obter ganhos em saúde no que se refere ao desenvolvimento infantil destas crianças.

Para a consecução destes objetivos, elaboro a presente proposta de projeto com um enfoque primordial na reformulação da norma de procedimento e na realização de uma sessão de formação em serviço, nas quais procurarei envolver todos os enfermeiros da UCINP. Só um compromisso geral poderá responder às necessidades e proporcionar uma melhoria sistemática nos cuidados.

Por forma a melhor sistematizar a elaboração desta proposta de projeto, terei por base o Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, inserido no Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2013a).

1. IDENTIFICAR E DESCREVER O PROBLEMA

A redução da mortalidade infantil mundial que se verificou desde as últimas décadas do século XX, em muito consequência do aumento dos recursos económicos disponibilizados para a investigação em saúde, proporcionou novos desafios aos profissionais de saúde, nomeadamente com o incremento da sobrevivência de recém-nascidos cada vez com menor idade gestacional e peso à nascença.

Por consequência e atendendo que o desenvolvimento continua após o nascimento sem o ambiente de proteção proporcionado pelo útero materno, os recém-nascidos pré-termo são uma população particularmente vulnerável, que depende em grande monta de intervenções médicas avançadas e cuidados de enfermagem altamente especializados para sobreviver e prosperar (Spilker, Hill & Rosenblum, 2016). Decorrente da imaturidade fisiológica, o recém-nascido pré-termo possui um alto risco de desenvolvimento de alterações e incapacidades neuromotoras permanentes (Sweeney & Gutierrez, 2002; Altimier & Phillips, 2013), nomeadamente a nível postural, de coordenação motora, de tónus muscular (Araújo, 2010) e osteoarticulares (Sweeney & Gutierrez, 2002). Estas alterações justificam o estabelecimento de estratégias de prevenção e estimulação durante o período de internamento (Araújo, 2010). Assim, intervenções que promovam a alternância de decúbitos e posturas corporais adequadas têm impacto positivo no desenvolvimento neuromotor das crianças (Coughlin, Lohman & Gibbins, 2010; Jeanson, 2013; Madlinger-Lewis, Reynolds, Zarem, Crapnell, Inder & Pineda, 2014).

Nas Unidades de Cuidados Intensivos o posicionamento terapêutico é uma das intervenções que se pode iniciar mais precocemente para contribuir para o neurodesenvolvimento (Waitzman, 2007; Madlinger-Lewis, Reynolds, Zarem, Crapnell, Inder & Pineda, 2014). Tem por objetivo a tentativa de replicação do apoio contido e harmonioso do útero materno, proporcionando suporte postural e de movimento, afim de otimizar o desenvolvimento músculoesquelético e promover o desenvolvimento de respostas adaptativas semelhantes às apresentadas por recém-nascidos de termo saudáveis (Altimier & Phillips, 2013). A manipulação adequada é igualmente fundamental para o

neurodesenvolvimento, como tal deve ser realizada lentamente, modulando os movimentos com as extremidades fletidas e contidas (Altimier & Phillips, 2013).

Atendendo ao mencionado anteriormente, o recém-nascido pré-termo requer cuidados de enfermagem gerais e especializados no sentido de manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional, tal como o defendido pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2015) sobre o conceito de Enfermagem.

A importância desta temática para a enfermagem está ainda sublinhada no facto de o Desenvolvimento Infantil fazer parte do *Core de Focos de Enfermagem*, do Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE) acordado entre a Ordem dos Enfermeiros e o Ministério da Saúde em Janeiro de 2007. Importa sublinhar que do ponto de vista clínico o RMDE “corresponde a um conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2007,p.1).

Se numa perspetiva mais abrangente é perentório que a promoção do Desenvolvimento Infantil é parte integrante da atuação do enfermeiro, no que se refere especificamente à manipulação e ao posicionamento, ambos estão estabelecidos na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2013b) como ações passíveis de serem desenvolvidas pelos enfermeiros.

A problemática exposta ganha especial relevo quando aliada às premissas anteriores estamos perante uma Unidade de Neonatologia de um Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado que interna todos os anos cerca de duzentos recém-nascidos pré-termo, desde o seu limiar de viabilidade (segundo o gabinete de estatística do hospital). O cuidado diário a esta população cria a necessidade de se fomentarem práticas sistemáticas e sistematizadas alancadas na evidência científica mais recente. Tendo em vista este objetivo é fundamental o estabelecimento de estratégias que visem a atualização continuada e sustentada das práticas. Em contraponto com esta necessidade de constante atualização e uniformização das práticas, a realidade atual na UCINP revela-nos uma norma de procedimento que não é revista no que respeita ao seu conteúdo desde 2011, a que se conjuga o facto de não existir formação em

serviço desde essa mesma data e na qual apenas estiveram presentes cerca de 25% dos enfermeiros.

Perante estes factos considero uma prioridade, na promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem, o investimento num plano de intervenção estruturado ao qual esta proposta de projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem procura dar resposta.

2. PERCEBER O PROBLEMA E DIMENSIONÁ-LO

Com o intuito de perceber o problema e dimensioná-lo comecei por realizar uma revisão da literatura para conhecer as recomendações atuais, no que se refere à promoção do desenvolvimento do recém-nascido pré-termo, mais especificamente no que ao posicionamento e à manipulação diz respeito.

Em seguida, analisei a dimensão do problema na UCINP à luz dessas mesmas recomendações, nomeadamente no que se refere aos princípios estruturantes. O que diz a norma de procedimento atual, como são as nossas práticas e o que me levou à realização deste projeto de melhoria contínua da qualidade.

2.1 Fundamentação teórica para a intervenção

A evolução dos cuidados de saúde ao longo das últimas décadas proporcionou a oportunidade de sobrevivência de recém-nascidos com idade gestacional superior a 22 semanas (Altimier & Phillips, 2013). Se por um lado o aumento dos recursos materiais e humanos possibilita a sobrevivência de recém-nascidos cada vez com menor idade gestacional e peso à nascença, estes mesmos recursos têm necessariamente que dar resposta à morbilidade que lhe está com maior probabilidade associada. No entanto, frequentemente os cuidados aos recém-nascidos estão primordialmente orientados para a manutenção da vida, em detrimento de medidas preventivas que poderiam minimizar os danos ao sistema neuro-músculo-esquelético (Araújo, 2010).

Atendendo a que o desenvolvimento continua após o nascimento, sem o ambiente de proteção proporcionado pelo útero materno, estas crianças possuem um alto risco de desenvolvimento de variados problemas, nomeadamente deficiência cognitiva e motora, distúrbios comportamentais e perturbações do espectro do autismo (Altimier & Phillips, 2013). No leque abrangente desta população, que se inicia no limite da viabilidade (22 semanas de gestação) até às 37 semanas, os recém-nascidos com idade gestacional inferior a 32 semanas são considerados de alto risco para a ocorrência de alterações de desenvolvimento (Toso, Viera, Valter, Delatore & Barreto, 2015).

Em oposição à postura na linha média e predomínio do tónus flexor do recém-nascido de termo, o prematuro quando se encontra numa posição de

repouso apresenta uma postura assimétrica, com a cabeça rodada e com as extremidades em abdução e rodadas externamente. Esta postura deve-se aos efeitos da gravidade e da supremacia do tônus extensor (Moreira, 2004; Toso, Viera, Valter, Delatore & Barreto, 2015). Desta feita, a ausência de intervenções que contrariem esta postura pode originar que as conexões neuronais sejam reforçadas naquela postura (uma vez que o seu sistema musculoesquelético é altamente moldável e sensível ao posicionamento do corpo). Adveniente desta situação, estes recém-nascidos tendem a apresentar atraso no controlo postural, défices de coordenação motora, distúrbios do tônus muscular (Araújo, 2010) e alterações osteoarticulares (Sweeney & Gutierrez, 2002). Consequentemente esta situação proporciona alterações de desenvolvimento e incapacidades permanentes (Sweeney & Gutierrez, 2002; Altimier & Phillips, 2013). Uma percentagem elevada de crianças prematuras pode apresentar estas alterações ou incapacidades, o que justifica o estabelecimento de estratégias de prevenção e estimulação durante o período de internamento (Araújo, 2010).

Nas Unidades de Cuidados Intensivos o posicionamento e a manipulação adequados são das intervenções que se podem iniciar mais precocemente para contribuir para o neurodesenvolvimento (Waitzman, 2007; Madlinger-Lewis, Reynolds, Zarem, Crapnell, Inder & Pineda, 2014). Este cuidado é fundamental para promover o desenvolvimento postural e musculoesquelético normal (Coughlin, Lohman & Gibbins, 2010; Altimier & Phillips, 2013; Jeanson, 2013; Madlinger-Lewis, Reynolds, Zarem, Crapnell, Inder & Pineda, 2014), a integridade cutânea e o aumento da densidade óssea (Altimier & Phillips, 2013; Jeanson, 2013), a regulação térmica (Waitzman, 2007; Altimier & Phillips, 2013) e o desenvolvimento cerebral (Waitzman, 2007; Altimier & Phillips, 2013; Coughlin, 2014). É ainda importante para diminuir o número e a duração dos episódios de choro e/ou agitação (Altimier & Phillips, 2013; Coughlin, 2014) e os indicadores comportamentais de dor (Waitzman, 2007; Altimier & Phillips, 2013; Jeanson, 2013).

Desta forma, a fim de se otimizar o desenvolvimento global do recém-nascido, é perentória a necessidade de se promover o alinhamento estrutural normal e o controlo neuromotor. O posicionamento em flexão fisiológica (flexão dos ombros, ancas e joelhos e inclinação pélvica posterior) é a posição ideal do

recém-nascido, pois promove o adequado alinhamento articular, a simetria, o desenvolvimento neuromuscular, o autocontrole e a organização comportamental (Madlinger-Lewis, Reynolds, Zarem, Crapnell, Inder & Pineda, 2014). No entanto, os recém-nascidos pré-termo são incapazes de adotar um posicionamento estável adequado sem a utilização de suportes apropriados (Jeanson, 2013).

O posicionamento terapêutico tem assim por objetivo a tentativa de replicação do apoio contido e harmonioso do útero materno, proporcionando para tal suporte postural e de movimento na linha média (Altimier & Phillips, 2013). Previne o desenvolvimento de alterações posturais, a ocorrência de movimentos assimétricos, a rotação externa das ancas e a dolicocefalia (Madlinger-Lewis, Reynolds, Zarem, Crapnell, Inder & Pineda, 2014). Atendendo às particularidades do recém-nascido pré-termo também a manipulação adequada é igualmente fundamental para o neurodesenvolvimento, devendo para tal ser realizada lentamente, modulando os movimentos com as extremidades fletidas e contidas. Deste modo, intervenções que promovam a alternância de decúbitos e posturas corporais adequadas, através de um posicionamento contido e em flexão têm impacto positivo no desenvolvimento neuromotor das crianças (Coughlin, Lohman & Gibbins, 2010; Jeanson, 2013; Madlinger-Lewis, Reynolds, Zarem, Crapnell, Inder & Pineda, 2014). Em oposição, a não utilização de dispositivos de suporte apropriados tem demonstrado efeito prejudicial no desenvolvimento sensório-motor da criança a longo prazo (Jeanson, 2013).

A evidência vem assim demonstrar a necessidade da existência de práticas de cuidados sistematizadas e atualizadas, o que neste momento surge em oposição à realidade da UCINP. Esta não sistematização e atualização das intervenções conduz com frequência a práticas não uniformes ou até mesmo dissonantes no seio das equipas. Assim, de forma a dar resposta à necessidade de implementação sistematizada de medidas de suporte e posicionamento do recém-nascido pré-termo, a formação tem-se constituído como o veículo privilegiado e comprovadamente eficaz na transmissão de informação no seio das equipas. Jeanson (2013) acrescenta ainda que a avaliação do posicionamento do recém-nascido através de uma escala e a posterior

transmissão dos resultados obtidos à equipa de enfermagem é a forma mais eficaz para melhorar a consistência das práticas de cuidados. É com base nesta lógica que surge a minha proposta de implementação futura – a realização de auditorias regulares aos posicionamentos e a comunicação dos resultados obtidos à equipa.

3. FORMULAR OBJETIVOS INICIAIS

Objetivo geral

- Promover o posicionamento e a manipulação do recém-nascido pré-termo segundo os princípios da promoção do neurodesenvolvimento.

Objetivos específicos

- Reconhecer medidas neuroprotetoras do desenvolvimento do recém-nascido pré-termo.
- Formular uma alteração à norma de procedimento relativa ao posicionamento e manipulação do recém-nascido pré-termo.
- Promover a aplicação dos princípios fundamentais do posicionamento e manipulação do recém-nascido pré-termo de forma sistemática pela equipa de enfermagem.
- Propor a aplicação da escala de avaliação do posicionamento IPAT de forma sistemática.

4. PERCEBER AS CAUSAS

4.1 Contextualização da situação

Com o intuito de identificar as necessidades de formação da equipa de enfermagem é fulcral realizar um diagnóstico da situação relativamente às práticas de cuidados de enfermagem vigentes no que se refere ao posicionamento e à mobilização do recém-nascido pré-termo.

Nesta sequência, a caracterização sumária do serviço de Pediatria e particularmente da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos é fundamental. Assim, o Serviço de Pediatria foi inaugurado em 1991 e tem como missão “a prestação de cuidados pediátricos de excelência à população (...) da sua área de influência e a crianças e jovens de outras regiões que necessitem de cuidados diferenciados” (Hospital Central, 2015). O “genoma do serviço inclui a preocupação de motivar e apoiar o estudo e a investigação em pediatria” (Hospital Central, 2015) e “colaborar sempre que possível na formação pré e pós graduada de profissionais da área médica, de enfermagem e outras” (Hospital Central, 2015). Está organizado segundo unidades funcionais integradas, sendo a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos uma das mesmas. Esta por sua vez é referência para a zona Sul do país, considerando que o Hospital Central está classificado na rede de referência materno-infantil como Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado. Por consequência este hospital recebe as mulheres grávidas que têm risco elevado de parto prematuro. Em 2015, nasceram 2507 bebés dos quais 393 foram pré-termo e 186 necessitaram de internamento na Unidade. (segundo o gabinete estatístico do hospital). Os dados relativos ao ano de 2016 ainda não estão apurados.

No que se refere ao espaço físico, a Unidade está dividida em três espaços distintos que correspondem respetivamente aos Cuidados Intensivos Neonatais, Cuidados Intermédios Neonatais e aos Cuidados Intensivos Pediátricos.

A equipa de enfermagem da unidade é constituída por trinta e nove profissionais, dos quais doze são Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediatria e dois são Especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria. No presente

momento para além das ausências de curta duração por motivo de doença existem quatro enfermeiros generalistas ausentes por usufruto da licença parental. Os profissionais estão organizados por equipas (seis no total), sendo que uma delas é constituída por elementos que usufruem de flexibilidade de horário, o que se traduz no facto de estarem presentes essencialmente no turno da manhã. Todas as equipas têm, nomeados pela enfermeira chefe de serviço, um chefe de equipa e um segundo elemento. Atendendo a que os enfermeiros especialistas nem sempre são os profissionais com maior experiência profissional, particularmente em cuidados intensivos/intermédios neonatais, a chefia de equipa está atribuída não apenas a enfermeiros especialistas, como também a enfermeiros generalistas. Com o objetivo de dar resposta às necessidades formativas da equipa foi igualmente nomeado pela enfermeira chefe de serviço um enfermeiro responsável pela formação.

No que respeita particularmente à temática do posicionamento e mobilização do recém-nascido pré-termo salienta-se a elaboração em 2006 de uma primeira norma de procedimento intitulada de “posicionamento do recém-nascido”. Inerente à produção desta norma de procedimento foi realizada uma formação em serviço que incluiu uma componente prática. Em 2008 é realizada nova ação de formação com o mesmo tema e a mesma população alvo - todos os enfermeiros da unidade. Em 2011, é feita a revisão da norma de procedimento e é realizada a última ação de formação com esta temática, mas desta vez a participação foi limitada aos enfermeiros que ingressaram na unidade após a última formação, em 2008. Por fim em 2015, a norma de procedimento é alterada apenas no que se refere à sua estruturação, de forma a dar resposta à necessidade de padronização de todas as normas de procedimento da instituição.

Importa ainda sublinhar que para além do facto de a última formação aberta à participação de todos os enfermeiros da unidade ter ocorrido há sensivelmente nove anos, mesmo depois de 2011 (ano no qual puderam assistir os profissionais admitidos após a última formação realizada) já diversos enfermeiros foram admitidos na UCINP.

Relativamente à informação expressa na norma de procedimento vigente, poderei referir que está fortemente vocacionada para dar a conhecer os

dispositivos de apoio ao posicionamento existentes na UCINP e orientações para a sua utilização, não fazendo por exemplo qualquer menção à forma como o recém-nascido pré-termo deve ser manipulado. Desta forma, em consonância com a evidência atual acredito ser deveras importante dar a conhecer os princípios fundamentais a ter em conta, no posicionamento terapêutico e na manipulação do recém-nascido pré-termo. Para tal, desenvolverei atividades de formação em contexto de trabalho com a equipa de enfermagem e com a colaboração dos EEESCJ será desenvolvida uma norma de procedimento.

Por forma a melhor contextualizar, passo de seguida a expor os princípios fundamentais, expressos na literatura mais atual e que deverão ser tidos em conta na prestação de cuidados a esta população.

Princípios fundamentais para o posicionamento terapêutico

- Avaliar o ciclo de sono-vigília do recém-nascido para planear o momento adequado para o reposicionamento (Altimier & Phillips, 2013; Coughlin, 2014);
- Fornecer suporte durante o posicionamento (Altimier & Phillips, 2013);
- Promover contacto das mãos com a boca (Altimier & Phillips, 2013);
- O recém-nascido deve estar na linha média em flexão e numa posição confortável em todos os momentos do posicionamento, usando para tal ajudas de posicionamento e limites adequados (Coughlin, 2014);
- Os dispositivos utilizados para o posicionamento devem permitir o movimento espontâneo, fornecer contenção tátil e permitir a perceção do próprio corpo (Sweeney & Gutierrez, 2010; Altimier & Phillips, 2013);
- Os recém-nascidos com menos de 32 semanas de gestação deverão ter a cabeça na linha média nas primeiras 72 horas de vida ou até que atinjam estabilidade hemodinâmica (Coughlin, 2014);
- As ajudas de posicionamento são gradualmente removidas à medida que o bebé em decúbito dorsal demonstra flexão fisiológica da parte superior do corpo e/ou atinge as 4 semanas de idade corrigida. A partir deste momento deve dormir em decúbito dorsal sem dispositivos de apoio (Coughlin, 2014).
- A permanência em decúbito ventral pode e deve ser incentivada nas atividades diárias do bebé (Sweeney & Gutierrez, 2010; Coughlin, 2014).

- Educar os pais sobre os princípios e técnicas de posicionamento (Altimier & Phillips, 2013).

Princípios fundamentais para a manipulação do recém-nascido

- Na prestação de cuidados ao recém-nascido é fundamental ter em atenção o momento apropriado para a manipulação, atendendo ao ciclo de sono-vigília (Altimier & Phillips, 2013; Coughlin, 2014);
- Os cuidados devem ser estabelecidos com base nos sinais de stress do recém-nascido. O agrupamento ou o fracionamento dos cuidados deve depender da ausência ou da presença destes sinais (Altimier & Phillips, 2013);
- A manipulação deve ser feita lentamente, modulando os movimentos, com as extremidades do recém-nascido fletidas e contidas (Altimier & Phillips, 2013; Coughlin, 2014);
- O manuseio deve ser gentil e cuidado, fornecendo suporte à cabeça e aos quatro membros (Altimier & Phillips, 2013);
- A manipulação e o toque frequentes podem perturbar o sono (Coughlin, 2014);
- O recém-nascido pré-termo de idade igual ou inferior a 26 semanas de gestação deve permanecer com a cabeça na linha média, mesmo quando é manipulado (Coughlin, 2014);
- O recém-nascido pré-termo (das 32s às 36s de idade gestacional/corrigida) beneficia de ser reposicionado a cada 3 ou 4 horas e sempre que necessário (Altimier & Phillips, 2013; Jeanson, 2013);
- No banho de banheira e a quando da pesagem do recém-nascido este deve estar enrolado (Altimier & Phillips, 2013);
- Educar os pais sobre os princípios e técnicas de contenção e manuseio do recém-nascido (Altimier & Phillips, 2013).

Em jeito de conclusão, poderei referir que atendendo ao facto da UCINP receber um elevado número de recém-nascidos pré-termo, da generalidade dos enfermeiros não ter formação atualizada na área dos posicionamentos e da manipulação e da norma de procedimento não responder às necessidades de cuidados atuais, é perentória a pertinência deste projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

5. PLANEAR E EXECUTAR AS TAREFAS/ATIVIDADES

5.1 Cronograma

Meses	Janeiro / Fevereiro					
	9 a 15	16 a 21	23 a 29	30 a 5	6 a 10	
Auscultação dos enfermeiros especialistas e dos enfermeiros chefes de equipa da unidade						
Apresentação do projeto de intervenção						
Entrega de questionário simples via e-mail						
Revisão da norma de procedimento						
Apresentação e discussão da norma de procedimento revista com a chefia do serviço e com os enfermeiros orientadores						
Formação em serviço						
Reformulação final da norma de procedimento						

5.2 Metodologia das atividades a desenvolver

A implementação de um projeto de intervenção, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, pressupõe uma identificação prévia das necessidades de aprendizagem, possibilitando a identificação das situações passíveis de intervenção para a melhoria da qualidade (O'Shea, 2002). Este processo é de grande importância, dado que funciona como um guia orientador que fornece as coordenadas para que se possa ir ao encontro das reais necessidades. Neste sentido, estabeleço como prioritário auscultar pessoalmente os enfermeiros especialistas e os enfermeiros chefe de equipa com o objetivo de perceber quais as necessidades sentidas por estes. Cumulativamente, implementarei um questionário simples composto por três questões e elaborado com base nos catorze princípios estabelecidos por McCawley (2009) para este tipo de recolha de informação. A metodologia de recolha de dados do questionário será sustentada na *Matrix Assessment* (Bielak, 2003), uma vez que esta permite validar se os dados e informações recolhidas são pertinentes e se relacionam com os objetivos pré-estabelecidos. Atendendo a que neste momento o correio eletrónico é o meio preferencial de transmissão de informação na UCINP estabeleço este como o meio a ser utilizado. Segundo McCawley (2009) este método apresenta diversas vantagens entre as quais destaco o facto de geralmente conseguir um elevado número de respostas.

Por fim, com os resultados do questionário será possível identificar as necessidades de aprendizagem dos participantes, ao mesmo tempo que permitirá recolher subsídios para a reformulação da norma de procedimento e promover o envolvimento da equipa no planeamento da formação (O'Shea, 2002; Bielak, 2003).

6. VERIFICAR OS RESULTADOS

6.1 Avaliação das atividades desenvolvidas

Para avaliar o projeto e a consecução dos objetivos pré-estabelecidos é fundamental avaliar primariamente todas as atividades desenvolvidas e posteriormente a sua globalidade. Importa referir que o cronograma estabelecido à partida foi integralmente cumprido não só no que se refere ao número de atividades, mas também ao período de tempo em que estas se desenvolveram.

De modo particular, no que respeita à aplicação do questionário para diagnóstico das necessidades formativas (temática do posicionamento e manipulação do recém-nascido pré-termo), posso mencionar que este atingiu os objetivos pré-estabelecidos. A elevada participação (vinte e seis repostas em trinta e duas possíveis) permitiu fazer um diagnóstico alargado da situação, o que possibilitou a confirmação da necessidade de formação nesta área.

No que se refere à sessão de formação, ambas respeitaram a estrutura previamente programada e os recursos humanos e materiais revelaram-se adequados, assim como a duração pré-estabelecida. Num universo de trinta e dois enfermeiros que tinham a possibilidade de assistir à sessão de formação, estiveram presentes na primeira sessão dezassete enfermeiros e na segunda dez. Assim no conjunto das sessões participaram 84% dos enfermeiros que neste momento prestam cuidados na UCINP, o que se traduz numa elevada taxa de participação. Os objetivos da sessão de formação foram assim alcançados na sua plenitude, fomentados pela elevada comparência, mas fundamentalmente por se ter estabelecido, em ambas as sessões, um ambiente propício à discussão sobre as práticas. A compilação e estruturação das respostas obtidas no questionário e o posterior direcionamento da sessão de formação em virtude dos anseios/necessidades dos intervenientes poderá justificar em parte este elevado grau de participação durante a sessão. Apesar de apresentar também um cariz expositivo, uma vez que alguns enfermeiros apontaram como lacuna no seu conhecimento a sustentação teórica, permitiu a troca de experiências entre os presentes e o estabelecimento de novas estratégias de intervenção que vão ao encontro das mais recentes recomendações científicas. Os enfermeiros que participaram nestas sessões

quando questionados oralmente em relação à pertinência, ao conteúdo e à utilidade da formação foram na sua generalidade perentórios a avaliar com muito bom. Esta avaliação surge em consonância com os resultados obtidos no formulário de avaliação da sessão que tive a oportunidade de distribuir por todos os elementos presentes.

Nos momentos finais da sessão de formação, por forma a dar resposta ao objetivo pré-estabelecido de propor a implementação futura de auditorias regulares aos posicionamentos com base na escala IPAT, sete dos enfermeiros presentes autopropuseram-se para integrar um grupo de trabalho que será responsável por este procedimento. O número elevado de interessados é um indicador importante para a consecução deste objetivo.

Para finalizar, posso referir que os objetivos específicos foram atingidos e como resultado o objetivo geral também o foi. A corroborar com esta afirmação surge a comparação dos resultados obtidos através da aplicação da escalada de avaliação do posicionamento IPAT num momento anterior à formação e os resultados obtidos após a sessão. As pontuações superiores alcançadas pelos enfermeiros que tiveram a oportunidade de estar presentes na formação revelam uma prática de posicionamento terapêutico mais sistemática após a sessão.

Assim, atendendo aos resultados obtidos com a implementação deste projeto, às manifestações de interesse nesta temática por parte de um número significativo de enfermeiros e ao seu extremo potencial para a obtenção de ganhos em saúde, este projeto tem cumpridas importantes premissas para continuar a ser desenvolvido.

7. PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS, STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA

7.1 Proposta de intervenção futura

Atendendo a que o trabalho desenvolvido na UCINP, relativamente a esta temática, não tem neste momento um plano estabelecido no que respeita à revisão regular da norma de procedimento e de formação em serviço, acredito ser fundamental a criação de um grupo de trabalho. Este teria por missão atualizar regularmente a norma de procedimento e realizar ações de formação frequentes, como forma de dar a conhecer os resultados de novos estudos científicos. Considero ainda fundamental que este grupo de trabalho seja responsável pela realização periódica de auditorias aos posicionamentos, com a subsequente apresentação de resultados à equipa de enfermagem.

Nesta lógica e após aval da enfermeira chefe, no instantes finais da sessão de formação apresentei este plano de intervenção futura e procurei sensibilizar os enfermeiros para a importância da criação deste grupo de trabalho. Por consequência, agora que sete enfermeiros da UCINP expressaram a sua vontade no sentido de integrar este grupo de trabalho, importa reunir e estabelecer estratégias de atuação.

Considerando os factos anteriormente mencionados, esta proposta de intervenção tem neste momento criados os alicerces para se desenvolver.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier, L., Phillips, R. (2013) The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 9-22. **DOI:** 10.1053/j.nainr.2012.12.002
- Araújo, A. (2010) *Desenvolvimento motor de crianças prematuras internadas em Unidade de Neonatologia*. (Dissertação de mestrado). Disponível no RCAAP
- Bielak, L. E. (2003). Data Validation and verification Assessment Matrix. U.S. Department of the Interior: Office of Planning and Performance Management. 1-12. Acedido em: 14-01-2017. Disponível em: https://www.fws.gov/Planning/Documents/Validation/DOI_Performance_Data_V&V_Guide_Jan03.pdf.
- Coughlin, M., Lohman, M. & Gibbins, S. (2010) Reliability and Effectiveness of an Infant Positioning Assessment Tool to Standardize Developmentally Supportive Positioning Practices in the Neonatal Intensive Care Unit. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 10(2), 104-106. **DOI:** 10.1053/j.nainr.2010.03.003
- HOSPITAL CENTRAL. Serviço de Pediatria (2015). *Estratégia do Serviço de Pediatria*. Acessível no Hospital Central, Portugal.
- Jeanson, E. (2013). One-to-One Bedside Nurse Education as a Means to Improve Positioning Consistency. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 13, 27-30. **DOI:** 10.1053/j.nainr.2012.12.002
- Madlinger-Lewis, L., Reynolds, L., Zarem, C., Crapnell, T., Inder, T. & Pineda, R. (2014) The effects of alternative positioning on preterm infants in the neonatal intensive care unit: A randomized clinical trial. *Research in Developmental Disabilities*. 35 (2), 490-497. **DOI:**10.1016/j.ridd.2015.05.001
- McCawley, P. (2009). Methods for conducting an educational needs assessment: guidelines for cooperative extension system professionals. Idaho: University of Idaho

- Moreira, A. (2004). A intervenção precoce em recém-nascidos pré-termo: o posicionamento, a correcção postural e neuromuscular. (Dissertação de mestrado). Disponível no RCAAP
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*, Lisboa. Acedido em: 14-01-2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rmde_indicadores-vfout2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros Acedido em: 10-01-2016. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2013a). Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013b). CIPE Versão 2013 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- O'Shea, K. (2002). *Staff Development Nursing Secrets*. Philadelphia: Hanley & Belfus
- Spilker, A., Hill, C. & Rosenblum, R. (2016) The effectiveness of a standardised positioning tool and bedside education on the developmental positioning proficiency of NICU nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 35, 10-15. **DOI:** 10.1016/j.iccn.2016.01.004
- Sweeney, J. & Gutierrez, T. (2002). Musculoskeletal Implications of Preterm Infant Positioning in the NICU. *Journal of perinatal and neonatal nursing*, 16(1), 58-70.
- Toso, B., Viera, C., Valter, J., Delatore, S. & Barreto, G. (2015) Validação de protocolo de posicionamento de recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira Enfermagem*, 68(6), 1147-1153. **DOI:** 10.1590/0034-7167.2015680621i

Waitzman, K. (2007) The Importance of Positioning the Near-term Infant for Sleep, Play, and Development. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 7 (2), 76-81.
DOI:10.1053/j.nainr.2007.05.004

Apêndice: Norma de procedimento - Posicionamento e manipulação do recém-nascido pré-termo

<i>Logo da instituição</i>	NORMA DE PROCEDIMENTO PEDIAT/UCINP
----------------------------	---

APROVAÇÃO

ASSUNTO:	Posicionamento e manipulação do recém-nascido pré-termo
FINALIDADE:	Promover o neurodesenvolvimento do recém-nascido pré-termo com técnicas de posicionamento e manipulação adequados
DESTINATÁRIOS:	Equipa de enfermagem da UCINP
PALAVRAS-CHAVE:	Posicionamento e manipulação

Autor (es)	Carlos Correia	Data de elaboração	
Verificação C. Qualidade		Data de Verificação	
Aprovação		Data de Aprovação	
Divulgação		Data de Divulgação	
Versão	4	Data de Revisão	24/01/2017

CONCEITO

De acordo com os autores Altimier & Phillips (2013) na prestação de cuidados ao recém-nascido pré-termo deverão ser estabelecidas intervenções neuroprotetoras que permitam suportar a criação de conexões neuronais ideais, promover o desenvolvimento adequado e prevenir a deficiência. Tendo em conta estes objetivos, os autores supra citados estabeleceram sete medidas nucleares neuroprotetoras: ambiente; parceria com as famílias; salvaguardar o sono; otimizar a nutrição; minimizar o stress e a dor; proteger a pele e o posicionamento e manipulação.

A preocupação acrescida relativamente ao posicionamento, manipulação e suporte do recém-nascido pré-termo é justificada fundamentalmente pelas suas particularidades. O recém-nascido de termo apresenta uma postura na linha média com predomínio do tônus flexor. Por sua vez, o recém-nascido pré-termo em posição de repouso apresenta uma postura assimétrica, com a cabeça lateralizada e com as extremidades em abdução e rodadas externamente. Esta postura deve-se aos efeitos da gravidade e à supremacia do tônus extensor (Altimier & Phillips, 2013; Toso, Viera, Valter, Delatore & Barreto, 2015), o que se traduz na incapacidade dos recém-nascidos pré-termo adotarem um posicionamento estável adequado sem a utilização de suportes apropriados (Jeanson, 2013).

O posicionamento terapêutico tem por objetivo a tentativa de replicação do apoio contido e harmonioso do útero materno, proporcionando para tal suporte postural e de movimento (Altimier & Phillips, 2013). De igual modo, também a manipulação adequada é fundamental, devendo para isso ser realizada lentamente, modulando os movimentos com as extremidades fletidas e contidas (Altimier & Phillips, 2013). O posicionamento terapêutico e a manipulação adequada do recém-nascido pré-termo são assim fundamentais por influenciarem não só o desenvolvimento neuromotor e musculoesquelético, como também a estabilidade fisiológica, a integridade da pele, a regulação térmica, a densidade óssea, a salvaguarda do sono, o desenvolvimento cerebral e consequentemente o desenvolvimento global da criança (Waitzman, 2007; Altimier & Phillips, 2013; Jeanson, 2013; Coughlin, 2014).

DESCRIÇÃO

PRINCIPIOS FUNDAMENTAIS PARA O POSICIONAMENTO TERAPEUTICO

- Avaliar o ciclo de sono-vigília do recém-nascido para planear o momento adequado para o reposicionamento (Altimier & Phillips, 2013; Coughlin, 2014);
- Fornecer suporte durante o posicionamento (Altimier & Phillips, 2013);
- Promover contacto das mãos com a boca (Altimier & Phillips, 2013);

- O recém-nascido deve estar na linha média em flexão e numa posição confortável em todos os momentos do posicionamento, usando para tal ajudas de posicionamento e limites adequados (Coughlin, 2014);
- Os dispositivos utilizados para o posicionamento devem permitir o movimento espontâneo, fornecer contenção tátil e permitir a percepção do próprio corpo (Sweeney & Gutierrez, 2010; Altimier & Phillips, 2013);
- Os recém-nascidos com menos de 32 semanas de gestação deverão ter a cabeça na linha média nas primeiras 72 horas de vida ou até que atinjam estabilidade hemodinâmica (Coughlin, 2014);
- As ajudas de posicionamento são gradualmente removidas à medida que o bebê em decúbito dorsal demonstra flexão fisiológica da parte superior do corpo e/ou atinge as 4 semanas de idade corrigida. A partir deste momento deve dormir em decúbito dorsal sem dispositivos de apoio (Coughlin, 2014).
- A permanência em decúbito ventral pode e deve ser incentivada nas atividades diárias do bebê (Sweeney & Gutierrez, 2010; Coughlin, 2014).
- Educar os pais sobre os princípios e técnicas de posicionamento (Altimier & Phillips, 2013).

PRINCIPIOS FUNDAMENTAIS PARA A MANIPULAÇÃO DO RECEM-NASCIDO

- Na prestação de cuidados ao recém-nascido é fundamental ter em atenção o momento apropriado para a manipulação, atendendo ao ciclo de sono-vigília (Altimier & Phillips, 2013; Coughlin, 2014);
- Os cuidados devem ser estabelecidos com base nos sinais de stress do recém-nascido. O agrupamento ou o fracionamento dos cuidados deve depender da ausência ou da presença destes sinais (Altimier & Phillips, 2013);
- A manipulação deve ser feita lentamente, modulando os movimentos, com as extremidades do recém-nascido fletidas e contidas (Altimier & Phillips, 2013; Coughlin, 2014);
- O manuseio deve ser gentil e cuidado, fornecendo suporte à cabeça e aos quatro membros (Altimier & Phillips, 2013);
- A manipulação e o toque frequentes podem perturbar o sono (Coughlin, 2014);
- O recém-nascido pré-termo de idade igual ou inferior a 26 semanas de gestação deve permanecer com a cabeça na linha média, mesmo quando é manipulado (Coughlin, 2014);
- O recém-nascido pré-termo (das 32s às 36s de idade gestacional/corrigida) beneficia de ser reposicionado a cada 3 ou 4 horas e sempre que necessário (Altimier & Phillips, 2013; Jeanson, 2013);

- No banho de banheira e aquando da pesagem do recém-nascido este deve estar enrolado (Altimier & Phillips, 2013);
- Educar os pais sobre os princípios e técnicas de contenção e manuseio do recém-nascido (Altimier & Phillips, 2013).

DISPOSITIVOS PARA POSICIONAMENTOS

Rolinhos (*encostos Bendy*)

Auxiliares de posicionamento dobráveis que mantêm a sua forma até serem reajustados:

- O mais pequeno (*Baby Bendy*) com cerca de 76 cm - Indicado para bebés de muito baixo peso;
- O médio (*Bendy*) com cerca de 91 cm - indicado para todos os bebés prematuros;
- O maior (*Super Bendy*) com cerca de 120 cm – com uma haste mais resistente e que se adequa mais para posicionar gémeos, bebés maiores e pacientes pediátricos.



Ninhos (*snuggle up*)

- Ajudam a promover a estabilidade fisiológica do bebé;
- O apoio para os pés, acolchoado e macio, e as alças ajustáveis facilitam o movimento enquanto mantêm a posição e flexão adequadas;
- O peso do bebé influencia a escolha do ninho:
 - Extra pequeno: para bebés com peso < 900 gr;
 - Pequeno: para bebés com peso entre 800 e 1350 gr;
 - Médio: para bebés com peso entre 1300 e 2250 gr;
 - Grande: para bebés com peso > 2250 gr.



Frog (Fredrick t. Frog)

Dispositivo em forma de saco maleável que tem várias funcionalidades:

- Auxiliar nos posicionamentos ao nível da cabeça, pescoço ou ancas, ou para posicionar uma extremidade;
- Aconchegar/aninhar do bebé;
- Pode ser ajustado em partes separadamente consoante as necessidades de posicionamentos para procedimentos específicos;
- Suporte para outros dispositivos (por ex.: traqueias e drenos torácicos).



Almofadinha de elevação (prone plus)

Desenhada com o intuito de auxiliar a manter a posição de decúbito ventral, suportando o tronco e utilizando a força natural da gravidade. A sua forma facilita o natural posicionamento dos ombros, a coordenação mão-boca e o alinhamento médio do tronco e cabeça. Existem em 4 tamanhos:

- Extra pequeno - para bebés com peso < 800 gr;
- Pequeno - para bebés com peso entre 800 e 1250 gr;
- Médio - para bebés com peso entre 1250 e 2000 gr;
- Grande - para bebés com peso > 2000 gr.



POSICIONAMENTOS

Decúbito dorsal ou posição supina:

- Cabeça posicionada na linha média ou a menos de 45° em relação à linha média;
- Pescoço neutro com a cabeça ligeiramente fletida para a frente (10°);
- Ombros ligeiramente fletidos;
- Braços fletidos e mãos a tocar na face;
- Ancas alinhadas e suavemente fletidas;
- Joelhos, tornozelos e pés alinhados e ligeiramente fletidos.

(Coughlin, Lohman & Gibbins, 2010; Jeanson, 2013)

Como proceder:

- *Frog* ou rolos laterais de forma a manter a cabeça em linha média;
- Almofada ou “rolinho” debaixo dos ombros e pescoço, evitando deste modo, a sua extensão;

- Ninho, rolo e/ou *frog* ao longo do corpo (em forma de ferradura), passando por debaixo dos joelhos de forma a evitar a extensão dos membros inferiores;
- Rolos em forma tubular, colocados dos lados, promovendo a flexão dos membros superiores;
- Pés apoiados de forma a prevenir a extensão e rotação externa do tornozelo.



Decúbito ventral ou Pronação:

- Cabeça lateralizada;
- Ombros ligeiramente fletidos;
- Membros superiores fletidos e mãos junto à cabeça e face;
- Ligeira elevação pélvica;
- Joelhos fletidos debaixo da anca;
- Pés em posição neutra ligeiramente fletidos ou em rotação interna.

(Coughlin, Lohman & Gibbins, 2010; Jeanson, 2013)

Como proceder:

- Ninho, rolo e/ou *frog* em volta do corpo do bebé, aninhando-o como no colo;
- Almofada de elevação, *frog* ou fralda de pano dobrada debaixo do tórax de forma a promover a ligeira flexão dos ombros.



Decúbito lateral:

- Cabeça posicionada na linha média ou a menos de 45° em relação à linha média;
- Pescoço neutro com a cabeça ligeiramente fletida para a frente (10°);
- Ombros ligeiramente fletidos;
- Braços fletidos e mãos a tocar na face;
- Ancas alinhadas e suavemente fletidas;
- Joelhos, tornozelos e pés alinhados e ligeiramente fletidos.

(Coughlin, Lohman & Gibbins, 2010; Jeanson, 2013)

Como proceder:

- Ninho colocado de forma a que a base apoie os pés, mantendo a flexão dos membros inferiores;
- *Frog* ou rolo na região da cabeça para que tenha limite superior;
- Rolo que possibilite o alinhamento das costas;
- Rolo à frente do bebé, desde o tórax, que permita o alinhamento dos membros superiores e evite a flexão do tronco.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Altimier, L., Phillips, R. (2013) The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 9-22. **DOI:** 10.1053/j.nainr.2012.12.002

Coughlin, M. (2014). *Transformative nursing in the NICU: trauma-informed age-appropriate care*. Nova Iorque: Springer Publishing Company

Coughlin, M., Lohman, M. & Gibbins, S. (2010) Reliability and Effectiveness of an Infant Positioning Assessment Tool to Standardize Developmentally Supportive Positioning Practices in the Neonatal Intensive Care Unit. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 10(2), 104-106. **DOI:** 10.1053/j.nainr.2010.03.003

Jeanson, E. (2013). One-to-One Bedside Nurse Education as a Means to Improve Positioning Consistency. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 13, 27-30. **DOI:** 10.1053/j.nainr.2012.12.002

Sweeney, J. K., & Gutierrez, T. (2010). The dynamic continuum of motor and musculoskeletal development. In C. Kenner & J. M. McGrath (Coords). *Developmental care of newborns and infants: A guide for health professionals* (pp. 235–244). Glenview: Mosby.

Toso, B., Viera, C., Valter, J., Delatore, S. & Barreto, G. (2015) Validação de protocolo de posicionamento de recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira Enfermagem*, 68(6), 1147-1153. **DOI:** 10.1590/0034-7167.2015680621i

Waitzman, K. (2007) The Importance of Positioning the Near-term Infant for Sleep, Play, and Development. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 7 (2), 76-81. **DOI:**10.1053/j.nainr.2007.05.004

Apêndice 5

Orientações para a prática de enfermagem: estratégias de comunicação com a
criança e o jovem



**7.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIATRIA**

**Orientações para a prática de enfermagem:
estratégias de comunicação com a criança e o
jovem**

Carlos Miguel Fernandes Correia nº6721

Docente Orientador:

Prof.^a M^a. Teresa Magão

LISBOA

Novembro, 2016

Introdução

Sendo a comunicação um constituinte fundamental dos processos de interação está presente em todos os momentos de contacto entre o enfermeiro e a criança ou o jovem, o que vem sublinhar a importância do seu estabelecimento de um modo eficaz.

A elaboração do presente documento procura sistematizar e compilar as estratégias de comunicação que o enfermeiro deve ter em consideração na abordagem à criança e ao adolescente, nos diferentes estádios de desenvolvimento. Neste sentido, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, na área da comunicação em enfermagem, com principal enfoque em autores e instituições de referência para a enfermagem portuguesa, como seja a Phaneuf (2005), Calvetti, Silva & Gauer (2008), OE (2010) e Hockenberry (2014).

Tem por objetivo ser um instrumento auxiliador no processo de interpretação das práticas desenvolvidas pelos enfermeiros peritos em comunicação e incrementar o desenvolvimento, através da aplicação e o aperfeiçoamento destas mesmas técnicas, das minhas estratégias comunicacionais.

1. O contacto inicial e o contexto para a comunicação com a criança e o jovem

Contacto inicial com a criança e família

- Apresentar-me
- Perguntar o nome de cada membro da família
- Registar o nome preferido no processo
- Tratar os pais pelo nome
- Incluir a criança na interação desde o início perguntando-lhe:
 - Nome
 - Idade
 - Outras informações consideradas relevantes no momento.

Ambiente físico

- Deve proporcionar privacidade e o mínimo de fontes de distração e interrupções
- Deve incluir brinquedos ou jogos para manter as crianças mais novas ocupadas (os pais que são constantemente interrompidos pelos seus filhos tendem a dar respostas breves para que a entrevista seja concluída rapidamente)

2. Bloqueios à comunicação

- Barreiras à comunicação criadas pelo enfermeiro
 - Fornecer conselhos constrangedores e muitas vezes não solicitados
 - Oferecer confiança inapropriada e prematura
 - Dar demasiado encorajamento
 - Defender uma situação ou opinião
 - Usar comentários estereotipados ou clichés
 - Limitar a expressão da emoção colocando perguntas diretas e fechadas
 - Interromper e completar a frase da pessoa
 - Falar mais do que cliente
 - Tirar conclusões precipitadas
 - Alterar deliberadamente o foco da entrevista

- Sinais de sobrecarga de informação por parte do cliente
 - Longos períodos de silêncio
 - Olhos arregalados e expressão facial fixa
 - Inquietação constante ou tentativa de se afastar
 - Hábitos nervosos (ex: brincar com o cabelo)
 - Interrupções inesperadas (ex: pedir para ir à casa de banho)
 - Olhar em redor
 - Bocejar, olhos a fechar
 - Constantemente à procura de um relógio de pulso ou de parede
 - Tentativa de mudar o tópico da discussão

3. Comunicação com as crianças

- Proporcionar tempo à criança para se sentir à-vontade
- Evitar avanços súbitos ou rápidos, sorrisos exagerados, contacto visual prolongado ou outro tipo de contacto que possa ser considerado ameaçador
- Falar com os pais se a criança se apresenta inicialmente envergonhada
- Comunicar através do objeto de transição tal como boneca, personagens de bonecos ou animais de peluche antes de questionar a criança diretamente,
- Dar a oportunidade às crianças mais velhas de falarem sem os pais presentes
- Assumir uma posição ao nível da criança
- Falar com um tom de voz tranquilo, sem pressa e confiante
- Falar de modo claro, concreto e empregando palavras simples e frases curtas
- Expor diretivas e sugestões de modo positivo
- Oferecer possibilidade de escolha apenas quando existe
- Ser honesto com a criança
- Facilitar a expressão das suas preocupações e medos
- Usar uma variedade de técnicas de comunicação

Recém-nascidos e Lactentes:

- Usam e compreendem fundamentalmente a comunicação não-verbal
- Verbalizam sons compreendidos pelos seus cuidadores
- O choro manifesta insatisfação ou pedido
- Sorriem e palram
- É difícil obter imediatamente a sua confiança
- Devem ser segurados com firmeza, na mesma posição que os pais o fazem e de modo a verem os pais
- Preferem geralmente a posição vertical

Toddlers e Pré-escolares:

- São egocêntricas, focando a comunicação nelas próprias
- As experiências de outros não têm interesse para elas, portanto é inútil usar a comparação da experiência de outra criança com a intenção de obter a colaboração
- As crianças pequenas fazem leituras diretas daquilo que ouvem e veem. São incapazes de separar o real da fantasia
- Ainda não adquiriram habilidades linguísticas suficientes para expressar os seus desejos e sentimentos
- A comunicação deve ser dirigida para a criança
- Deve ser permitido que a criança toque e manuseie os materiais (sempre que possível)
- Deve ser utilizada linguagem adequada

Escolares:

- Querem explicações para tudo mas não precisam de verificações posteriores
- Necessitam de saber o que vai acontecer em seguida e o que especificamente está a acontecer-lhes
- Possuem uma preocupação exagerada sobre a integridade corporal, por este motivo são muito sensíveis a qualquer ameaça ou suspeita de dano físico
- Já possuem domínio da linguagem
- Demonstram interesse em manusear os materiais
- Já possuem pensamento abstrato
- Devem ser fornecidas explicações numa linguagem adequada
- Valorizam as suas experiências anteriores de contacto com profissionais de saúde
- Podem ser mobilizados assuntos atuais e de interesse para a criança

4. Comunicação com Adolescentes

Construir os alicerces

- Passar tempo com o adolescente
- Encorajar a expressão de ideias e sentimentos
- Respeitar as suas perspetivas
- Tolerar as diferenças
- Reforçar aspetos positivos
- Respeitar a sua privacidade
- Usar um bom exemplo

Adolescentes:

- Oscilam entre ser criança e adulto quanto ao seu comportamento e pensamento.
- Frequentemente quando se confrontam com situações de tensão procuram a segurança familiar e a confortável infância.
- O adolescente encontra-se, frequentemente, mais disposto a discutir as suas preocupações com um adulto que não seja da família, e muitas vezes veem com agrado a oportunidade de interagir com os enfermeiros sem a presença dos pais.
- Hostilidade, raiva, revolta e isolamento, são muitas vezes vivenciados nesta fase;
- Quando menos confiantes respondem de forma monossilábica
- Gostam de sentir que o enfermeiro tem interesse por eles
- Não toleram os que não o respeitam tal como são
- Nem sempre adequam as palavras ao que realmente sentem

Entrevistar exige alguns cuidados especiais:

- Manifestar compreensão e ser atencioso.
- Escutar.
- Ser delicado.
- Demonstrar tranquilidade.

- Primariamente é preferível falar com este a sós ou conjuntamente com os seus pais.
- Se os pais não estiveram disponíveis deve esclarecer-se o adolescente que os seus pais serão entrevistados noutro momento.
- Se os pais e o adolescente estão juntos deve falar-se primeiro com o adolescente, o que possui a vantagem de uma identificação imediata com o jovem, de modo a progredir na construção da relação interpessoal.
- Contudo, abordar os pais inicialmente poderá favorecer a relação com a família.
- Independentemente da ordem da entrevista é fundamental que ambas as partes sejam incluídas na entrevista.
- Evitar comentários de desaprovação ou surpresa.
- Não interromper o discurso do adolescente pelo risco de não voltar a falar de si
- Escolher assuntos importantes quando se toma uma decisão
- Depois de tomar uma posição:
 - Pensar em todas as opções
 - Tornar claras as expectativas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Calvetti, P. U., Silva, L. M. & Gauer, G. J. C. (2008). Psicologia da saúde e criança hospitalizada. *PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora*. 9 (2), 229-234. Acedido a 10/11/2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v9n2/v9n2a11.pdf>
- Hockenberry, J. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In: Hockenberry, J. M. & Wilson, D (Coords). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (pp. 122-187). Loures: Lusociência
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – volume I. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures:Lusociência.

Apêndice 6

Apresentação *Powerpoint* da Sessão de Formação em Contexto de Trabalho

Journal Club



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

O nascimento prematuro e a promoção do desenvolvimento da criança e jovem: intervenções do enfermeiro especialista

Carlos Miguel Fernandes Correla nº6721

Novembro, 2016

Journal Club

“Repensar os programas de intervenção preventiva no pós-alta do grande prematuro e seus pais”

DEVELOPMENTAL MEDICINE & CHILD NEUROLOGY

Review

Rethinking preventive post-discharge intervention programmes for very preterm infants and their parents

ALICE S. VAN NISSENBAUM-LIEBOWITZ^{1,2}, SHARITA J. LEBRON-HUBERT^{3,4}, JANELINE DE F. VAN NISSEN⁵,
CYNTHIA M. GILLESPIE¹, JORGE J. GARCIA-VELAZQUEZ¹, JANE H. KIM¹, TRAVIS WELLS^{1,2,6}, KAREN H. EDWARDS^{1,2}

¹Department of Neurology, University Medical Center, University of Minnesota, Minneapolis; ²Department of Neurobiology, University Medical Center, University of Minnesota, Minneapolis, MN, USA; ³Department of Neurology, University of Minnesota, Minneapolis, MN, USA; ⁴Department of Neurology, University of Minnesota, Minneapolis, MN, USA; ⁵Department of Neurology, University of Minnesota, Minneapolis, MN, USA; ⁶Department of Neurology, University of Minnesota, Minneapolis, MN, USA

Post-discharge preventive intervention programmes with involvement of the parents have been proposed to improve the long-term outcomes of very preterm infants. However, the effectiveness of these programmes is uncertain. We conducted a systematic review of the literature to evaluate the effectiveness of these programmes. We found that the majority of studies included in this review were of low quality and that the results were inconsistent. We conclude that the effectiveness of these programmes is uncertain and that further research is needed.

Impairments in mental outcomes can have long-term effects on the quality of life of very preterm infants. Thus, there has been a shift in the focus of research from the physical to the mental outcomes of very preterm infants. However, very preterm infants at risk for mental impairments may have other risk factors for mental impairments, such as cognitive impairments, that have not been fully addressed in the literature. This review aims to evaluate the effectiveness of post-discharge preventive intervention programmes for very preterm infants and their parents.

Following from the above, preventive brain-based intervention programmes that target all parents of very preterm infants are needed. These programmes should be designed to address the needs of the parents and the needs of the infants. This review aims to evaluate the effectiveness of these programmes.

Conclusions: This review found that the effectiveness of post-discharge preventive intervention programmes for very preterm infants and their parents is uncertain. Further research is needed to evaluate the effectiveness of these programmes.



Rethinking preventive post-discharge intervention programmes for very preterm infants and their parents

- Revisão narrativa da literatura de 6 estudos randomizados

Objetivo:

- Estudar os efeitos dos programas de intervenção preventiva centrados na família, que se iniciam na UCIN e continuam no pós-alta.
- Comparar o efeito destes 6 programas e definir recursos e estratégias de intervenção que possam servir de instrumento para melhorar o desenvolvimento da criança prematura.



Rethinking preventive post-discharge intervention programmes for very preterm infants and their parents

1. Avon Premature Infant Project: UK

Nº de crianças	Crítérios de inclusão	Foco do programa	Profissionais envolvidos	Nº de sessões no hospital e no domicílio	Resultados
Educação para o desenvolvimento - 97 Aconselhamento parental – 90 Grupo de controlo – 97	IG <33s	Cuidados para o desenvolvimento Suporte parental	Enfermeiros peritos	Visitas semanais em casa: primeiros meses Visitas a cada 2-4 semanas: primeiro ano Visita mensal em casa: no segundo ano	<u>Imediatamente a seguir à intervenção:</u> melhor desempenho (score) na escala de desenvolvimento mental Griffiths <u>Aos 5 anos de idade:</u> resultados do comportamento cognitivo e motor sem diferenças nos três grupos



Rethinking preventive post-discharge intervention programmes for very preterm infants and their parents

2. PBIP (Parent Baby Interaction Program): UK

Nº de crianças	CrITÉRIOS de inclusão	Foco do programa	Profissionais envolvidos	Nº de sessões no hospital e no domicílio	Resultados
PBIP – 112 Grupo de controlo – 121	IG <32s	Apoio estruturado dos pais para: (1) Melhorar a interação (2) Educar os pais nos princípios dos cuidados de desenvolvimento	Enfermeiros peritos	Sessão semanal durante internamento até 6 semanas após a alta	35s IG – sem diferenças nos resultados neurocomportamentais 3 meses – sem diferenças no <i>Index</i> de stress parental 2 anos idade corrigida – sem diferenças no desenvolvimento mental e psicomotor



Rethinking preventive post-discharge intervention programmes for very preterm infants and their parents

3. Modified MITP (Mother-Infant Transaction Program): Norway

Nº de crianças	CrITÉRIOS de inclusão	Foco do programa	Profissionais envolvidos	Nº de sessões no hospital e no domicílio	Resultados
MITP - 72 Grupo de controlo - 74	Peso ao nascer <2000gr	(1) Melhorar a interação pais – bebé, permitindo aos pais compreender as características únicas da criança. (2) Sensibilizar os pais para os sinais de sobrecarga, stress e disponibilidade para a interação do RN. (3) Sessão inicial de partilha com os pais para estes expressarem o seu luto e/ou culpa e ansiedade	Enfermeiros peritos	Uma sessão para os pais partilharem as suas experiências 7 sessões hospitalares 4 visitas domiciliárias até 90d idade corrigida	Melhorias em alguns parâmetros do foro cognitivo até 5 anos após a conclusão do programa



Rethinking preventive post-discharge intervention programmes for very preterm infants and their parents

4. VIBeS Plus (Victorian Infant Brain Studies): Australia

Nº de crianças	Crítérios de inclusão	Foco do programa	Profissionais envolvidos	Nº de sessões no hospital e no domicílio	Resultados
VIBeS Plus - 61 Grupo de controlo - 59	IG <30s	(1) Apoio na relação pais-bebé (2) Educação dos cuidadores primários sobre a auto-regulação infantil e técnicas para melhorar a estabilidade postural (3) Apoio da saúde mental parental.	Fisioterapeutas Psicólogos	9 visitas domiciliárias até idade corrigida de 1 ano	Maior bem-estar psicológico dos pais e menos problemas de comportamento nas crianças dos 2 aos 4 anos.



Rethinking preventive post-discharge intervention programmes for very preterm infants and their parents

5. IBAIP (Infant Behavioral Assessment and Intervention Program): the Netherlands

Nº de crianças	Crítérios de inclusão	Foco do programa	Profissionais envolvidos	Nº de sessões no hospital e no domicílio	Resultados
IBAIP – 86 Grupo de controlo - 90	IG <32s e/ou peso à nascença <1500gr	(1) Teoria sinactiva, centrada na família (2) Apoiar a responsividade e sensibilidade parentais (3) Apoiar a competência de autorregulação infantil através do pais (4) Apoio à exploração e aprendizagem infantil	Fisioterapeutas pediátricos	Uma sessão em hospital 6-8 sessões no domicílio até 6 meses idade corrigida	Melhorias em alguns parâmetros do foro cognitivo e motor até 5 anos após a conclusão do programa



Rethinking preventive post-discharge intervention programmes for very preterm infants and their parents

6. CBIP (clinic-based intervention program): Taiwan

Nº de crianças	Crítérios de inclusão	Foco do programa	Profissionais envolvidos	Nº de sessões no hospital e no domicílio	Resultados
CBIP – 57 HBIP – 63 Cuidado habitual - 58 CBIP – na clínica HGIP – no domicílio	Peso ao nascer <1500gr sem morbilidades neonatais severas.	HBIP e CBIP: - Focados na diade criança/pais reforçando a saúde neurobiológica da criança - Massagem - Suporte de alimentação - Ensinos focados na diade sobre as habilidades desenvolvimentais da criança. O cuidado habitual: o ensino é centrado na criança e nas suas habilidades de desenvolvimento infantil.	CBIP: Enfermeiros HBIP: Fisioterapeutas	CBIP e HBIP: 5 Sessões na UCIN HBIP 8 sessões em casa CBIP 8 sessões em consulta Follow-up Cuidados habituais: 5 sessões em UCIN 8 sessões em clínica neonatal	HBIP e CBIP Melhoria no desenvolvimento cognitivo e motor



Rethinking preventive post-discharge intervention programmes for very preterm infants and their parents

Interpretação dos resultados:

- Os pais que foram capacitados para interpretar os sinais comportamentais do bebé prematuro podem prevenir ou reduzir o seu stress, dar suporte às competências de auto-regulação e facilitar as fases seguintes de desenvolvimento da criança.
- Quando os pais conseguem compreender o comportamento da criança e seguem os seus interesses, esta vai aprender a participar em interações cada vez mais complexas de forma natural
- Os terapeutas que ensinam aos pais atividades a desenvolver podem estar a introduzir mais stress e a pedir demasiado da criança, se os pais não foram ensinados a interpretar o comportamento da criança



Rethinking preventive post-discharge intervention programmes for very preterm infants and their parents

Interpretação dos resultados:

- Os técnicos que têm uma abordagem não diretiva e que mobilizam os recursos da criança/família obtêm melhores resultados
- As intervenções que tiveram um número considerável de sessões após a alta foram bem sucedidas no desenvolvimento cognitivo, comportamental e ou motor

Interações positivas e responsivas na infância são um continuum na relação futura da criança com a família, o que explica os efeitos a longo prazo destes programas



Rethinking preventive post-discharge intervention programmes for very preterm infants and their parents

Os programas de intervenção precoce devem:

- ter uma lógica de cuidados centrados na família
- combinar diferentes elementos para que sejam bem sucedidos
- tirar partido da plasticidade do cérebro da criança, assim como da resiliência das famílias
- capacitar os pais promovendo a relação pais/criança



Rethinking preventive post-discharge intervention programmes for very preterm infants and their parents

Considerações futuras:

- Quais as intervenções específicas é que são eficazes para que no futuro a criança prematura tenha ganhos no seu desenvolvimento?
- Qual o impacto a longo prazo das intervenções realizadas na UCIN e nos primeiros meses?
- Qual o *timing* e a frequência de intervenção adequados?



Bibliografia

Wassenaar-leemhuis, A. et al (2016 Mar). Rethinking preventive post-discharge intervention programmes for very preterm infants and their parents. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 58(4), 67–73. DOI: 10.1111/dmcn.13049

Apêndice 7

Promoção do desenvolvimento da criança e do jovem na urgência pediátrica

Plano da Sessão de Formação em Contexto de Trabalho



**7.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIATRIA**

Plano da Sessão de Formação em Contexto de Trabalho

**Promoção do desenvolvimento da criança e do jovem na
urgência pediátrica**

Carlos Miguel Fernandes Correia nº6721

Docente Orientador:

Prof.^a M^a. Teresa Magão

LISBOA

Dezembro, 2017

Índice

	Pág.
INTRODUÇÃO	3
1. JUSTIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	5
2. PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	7
3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	9
4. CONCLUSÃO	10
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	11
APÊNDICE: Apresentação <i>Powerpoint</i> da Sessão de Formação	

INTRODUÇÃO

O planeamento desta sessão de formação em contexto de trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria, relativo ao contexto de estágio da Urgência Pediátrica. Tem como objetivo justificar a realização da sessão de formação (relativa à temática da promoção do desenvolvimento da criança e do jovem em contexto de urgência pediátrica), apresentar o seu planeamento e a sua posterior avaliação.

A realização desta sessão foi considerada pertinente pela enfermeira orientadora e pela enfermeira chefe de serviço, tendo em conta a necessidade de melhoria da prática de cuidados no que concerne à avaliação e promoção do desenvolvimento em contexto de urgência pediátrica. Esta sessão tem como população alvo a equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Pediátrica. Visa ampliar o conhecimento dos enfermeiros relativamente à temática do desenvolvimento infantil e promover a reflexão sobre as estratégias de intervenção potencialmente mais adequadas naquele contexto de cuidados. Por sua vez, esta reflexão poderá conduzir à sistematização das práticas no que ao desenvolvimento infantil diz respeito.

Atendendo aos destinatários da sessão de formação é estruturada tendo em conta os princípios da formação de adultos, dos quais destaco a importância de o adulto compreender o motivo pelo qual deve aprender e o facto de aprender melhor se compreender a sua aplicação prática (Knowles 1980, 1990). Desta forma, procurarei durante a sessão de formação “ajudar a encontrar caminhos e a construir o próprio conhecimento (...) pois o verdadeiro conhecimento tem que ser aprendido, apreendido e desejado, não pode ser imposto” (Dias, 2004, p.18).

Em conformidade com o expresso anteriormente o presente plano de sessão está estruturado em quatro capítulos: a justificação da sessão; o planeamento da sessão, a avaliação da sessão e a conclusão.

1. JUSTIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

No seguimento da partilha com a enfermeira chefe de serviço de uma situação de cuidados onde foi detetada uma alteração de desenvolvimento infantil, propus a realização de uma sessão de formação com a temática da promoção do desenvolvimento infantil em contexto de urgência. Em resposta a esta solicitação obtive por parte da enfermeira chefe a validação da sua relevância neste contexto específico. Segundo esta, a formação deverá alertar para os sinais de desenvolvimento saudável e de alerta em cada estágio de desenvolvimento, uma vez que acredita ser fundamental os enfermeiros terem presente este conhecimento na sua prática diária.

Posteriormente e de um modo informal (atendendo ao período limitado de tempo de estágio), procurei recolher contributos para a sessão junto dos diversos profissionais de enfermagem do serviço, com o objetivo de ir ao encontro das necessidades dos participantes.

A Direção-Geral de Saúde (2013) sublinha a importância deste tema ao definir as questões relacionadas com o desenvolvimento infantil como primordiais, dando destaque ao facto de a avaliação do desenvolvimento permitir a identificação precoce de situações que podem afetar negativamente o desenvolvimento da criança e sejam passíveis de intervenção.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010) é em contexto de internamento que por diversas vezes são detetadas situações de risco para o desenvolvimento infantil, como tal o enfermeiro que cuida de crianças em contexto hospitalar deve ter um leque de competências que lhe permitam avaliar e promover o desenvolvimento infantil.

Atendendo às necessidades sentidas e validadas pela enfermeira chefe de serviço, a sessão de formação será projetada de forma demonstrar a pertinência desta temática num serviço de urgência e a possibilitar a exposição do conhecimento científico no que respeita aos sinais de desenvolvimento saudável e de alarme em cada estágio de desenvolvimento (apêndice 1). Proporcionará igualmente um momento de reflexão conjunto para a partilha de dúvidas, experiências e estratégias de implementação em contexto de urgência.

2. PLANEAMENTO DA SESSÃO

Tema: Promoção do desenvolvimento da criança e do jovem na urgência pediátrica

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

Data: 15 de Dezembro de 2016

Horário da sessão: 8h30 às 9h30

Local: Sala de reuniões do Serviço de Urgência Pediátrica

Formador: Carlos Correia, estudante do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização de em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Objetivo geral:

- Promover o desenvolvimento da criança e do jovem

Objetivos específicos:

- Reconhecer a importância da avaliação e promoção do desenvolvimento em contexto de urgência.
- Identificar os sinais de desenvolvimento saudável de cada estágio de desenvolvimento
- Identificar os sinais de alarme de cada estágio de desenvolvimento.
- Discutir estratégias para promover o desenvolvimento infantil em contexto de urgência.

Conteúdos	Métodos	População Alvo	Recursos Materiais	Tempo
Introdução Apresentação do formador e do tema da sessão	Expositivo	Equipa de enfermagem		5 min.
Desenvolvimento - Desenvolvimento infantil na urgência pediátrica - Desenvolvimento nos primeiros anos de vida - Como podemos promover o desenvolvimento da criança?	Expositivo Interativo	Equipa de enfermagem	- Computador - Retroprojektor	40 min.
Conclusão - Síntese das principais ideias da sessão - Avaliação da sessão	Interativo Interrogativo	Equipa de enfermagem		15 min.

3. AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Após a realização desta sessão de formação relativa à temática da promoção do desenvolvimento infantil em contexto de urgência é fundamental proceder à sua avaliação.

Os recursos humanos e materiais foram adequados. A duração pré-estabelecida revelou-se insuficiente atendendo ao grau de participação dos intervenientes, tendo sido excedida em dez minutos. Do ponto de vista estrutural, tendo em conta o planeamento inicial, promovi uma alteração importante já no decorrer da sessão. Percebendo o elevado interesse demonstrado pelos enfermeiros presentes e a discussão de ideias que se proporcionou ao longo da sessão, considerei pertinente abordar algumas estratégias/atividades promotoras do desenvolvimento no contínuo da exposição e não somente no último capítulo da apresentação.

Sustentado na importância da deteção e intervenção precoce em situações de alteração do desenvolvimento infantil, pretendi com esta sessão que os enfermeiros reconhecessem o desenvolvimento saudável e os sinais de alarme de cada estágio de desenvolvimento, mas fundamentalmente procurei criar um espaço de reflexão e partilha de experiências que pudessem contribuir para o desenvolvimento de competências dos intervenientes.

Tendo em consideração o mencionado anteriormente (fundamentalmente no que se refere ao ambiente de discussão), posso referir que os objetivos foram totalmente atingidos, uma vez que se proporcionou o reconhecimento de estratégias/atividades promotoras do desenvolvimento que poderão ser pertinentes em contexto de urgência. Os enfermeiros demonstraram bastante interesse, validando a pertinência da sessão no momento em que procurei que avaliassem verbalmente o interesse da mesma, tendo em conta a sua pertinência para o serviço, o seu conteúdo e a forma como foi conduzida.

Em suma, considero que na sua globalidade este momento de formação atingiu os objetivos pré-estabelecidos e recebeu uma crítica positiva dos participantes.

4. CONCLUSÃO

O planeamento e consecução desta sessão de formação em serviço possibilitou o incremento dos meus conhecimentos particularmente no que se refere ao desenvolvimento saudável e aos sinais de alarme de cada estágio de desenvolvimento.

Reforcei o conhecimento de como é fundamental mobilizar os princípios da formação de adultos no planeamento e consecução da formação, pois só desta forma é possível que os participantes demonstrem interesse e motivação.

Os adultos necessitam de conhecer o motivo pelo qual devem aprender, como tal aprendem melhor quando reconhecem o valor imediato da sua aprendizagem (Knowles 1980, 1990)

O interesse e a participação demonstrados durante toda a sessão são reveladores da pertinência da mesma, a que se soma o facto de a equipa ter manifestado o desejo de ver novamente explorada esta temática em futuras formações.

Para finalizar importa salientar que a consecução da formação só se tornou possível pela disponibilidade demonstrada pela enfermeira orientadora, pela enfermeira chefe de serviço e pela professora orientadora durante todo o processo (planeamento, realização e avaliação).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dias, J. (2004). *Formadores que desempenho?*. Loures: Lusodidacta.

Direcção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.

Knowles, M. (1980). *The modern practice of adult education: from pedagogy to andragogy*. Cambridge: Englewood Cliffs.

Knowles, M. (1990). *The adult learner: A neglected species*. Houston: Gulf Pub. Co., Book Division.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – volume I*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

APÊNDICE: Apresentação *Powerpoint* da Sessão de Formação



**7.º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

Promoção do desenvolvimento da criança e do jovem na urgência pediátrica

Carlos Miguel Fernandes Correia nº6721

Dezembro, 2016



Sumário

- **Desenvolvimento infantil na urgência pediátrica**
- **Desenvolvimento nos primeiros anos de vida**
- **Como podemos promover o desenvolvimento da criança?**



Desenvolvimento infantil na urgência pediátrica



o Desenvolvimento nos primeiros anos de vida





Desenvolvimento saudável - 6 semanas

Audição e linguagem	Comportamento e adaptação social	Postura e motricidade global	Visão e motricidade fina
• Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15cm do ouvido.	• Fixa a face da mãe quando o alimenta. • Sorriso social presente. • Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer.	• Em decúbito ventral - levanta a cabeça. • Em decúbito dorsal - a postura deve ser assimétrica; membro superior do lado da face em extensão. • Em tração pelas mãos - a cabeça cai. • Quando sentado(a) - dorso em arco e mãos fechadas.	• Segue uma bola pendente a 20-25cm em $\frac{1}{4}$ de círculo (do lado até à linha média).



Sinais de alarme - 6 semanas

- Ausência de tentativa de controlo de cabeça, na posição sentado(a).
- Apresenta hipertonicidade na posição de pé.
- Nunca segue a face humana.
- Não vira os olhos e a cabeça para o som (voz humana).
- Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos.



Desenvolvimento saudável – 3 meses

Audição e linguagem	Comportamento e adaptação social	Postura e motricidade global	Visão e motricidade fina
Atende e volta-se geralmente aos sons.	- Sorri. - Tem boa resposta social à aproximação de uma face familiar.	- Em decúbito ventral – apoio nos antebraços. - Em decúbito dorsal – postura simétrica, membros com movimentos ritmados. - De pé – flete os joelhos, não faz apoio.	- Mantém mãos abertas – junta-as na linha média e brinca com elas. - Segura brevemente a roca e move-a em direção à face. - Segue uma bola pendente ½ círculo e horizontal. - Apresenta convergência ocular. - Faz pestanejo de defesa.



Sinais de alarme - 3 meses

- Não fixa, nem segue objetos.
- Não sorri.
- Não há qualquer controlo da cabeça.
- Tem as mãos sempre fechadas.
- Tem os membros rígidos em repouso.
- Apresenta sobressalto ao menor ruído.
- Chora e grita quando se toca.
- Pobreza de movimentos.



Desenvolvimento saudável - 6 meses

Audição e linguagem	Comportamento e adaptação social	Postura e motricidade global	Visão e motricidade fina
- Segue os sons a 45 cm do ouvido. - Vocaliza sons monossílabos e dissílabos. - Dá gargalhadas.	É muito ativo(a), atento(a) e curioso(a).	- Em decúbito ventral – apoia-se nas mãos. - Em decúbito dorsal – levanta a cabeça, membros inferiores na vertical com dedos fletidos. - Em tração pelas mãos – faz força para se sentar. - Mantém-se sentado(a) sem apoio. - De pé faz apoio.	- Tem preensão palmar. - Leva os objetos à boca. - Transfere objetos. - Esquece imediatamente o objeto quando este cai. - Apresenta boa convergência (estrabismo anormal)



Sinais de alarme - 6 meses

- Ausência de controlo da cabeça.
- Tem membros inferiores rígidos e faz passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar.
- Não olha nem pega em qualquer objeto.
- Apresenta assimetrias.
- Não reage aos sons.
- Não vocaliza.
- Tem desinteresse pelo ambiente.
- Apresenta irritabilidade.
- Tem estrabismo manifesto e constante.



Desenvolvimento saudável - 9 meses

Audição e linguagem	Comportamento e adaptação social	Postura e motricidade global	Visão e motricidade fina
• Tem atenção rápida para os sons perto e longe. • Localiza sons suaves a 90 cm abaixo ou acima do nível do ouvido. • Repete várias sílabas ou sons do adulto	• Leva uma bolacha à boca. • Mastiga. • Distingue os familiares dos estranhos.	• Senta-se sozinho(a) e fica sentado(a) 10 a 15 minutos. • Põe-se de pé com apoio mas não consegue baixar-se.	• Tem preensão e manipulação. • Leva tudo à boca. • Aponta com o indicador. • Faz pinça. • Atira os objetos ao chão deliberadamente. • Procura o objeto que caiu ao chão.



Sinais de alarme - 9 meses

- Não se senta.
- Permanece sentado(a) e imóvel sem procurar mudar de posição.
- Apresenta assimetrias.
- Não tem preensão palmar, não leva objetos à boca.
- Não reage aos sons.
- Vocaliza monotonamente ou perde a vocalização.
- É apático(a), não se relaciona os com familiares.
- Engasga-se com facilidade.
- Tem estrabismo.



Desenvolvimento saudável - 12 meses

Audição e linguagem	Comportamento e adaptação social	Postura e motricidade global	Visão e motricidade fina
• Tem resposta rápida aos sons suaves, mas habitua-se depressa. • Dá pelo nome e volta-se. • Jargão (vocaliza incessantemente em tom de conversa, embora completamente impercetível). • Compreende ordens simples "dá, cá" e "adeus".	• Bebe pelo copo com ajuda. • Segura a colher mas não a usa. • Colabora no vestir levantando os braços. • Demonstra afeto.	• Passa de decúbito dorsal a sentado(a). • Tem equilíbrio sentado(a). • Gatinha. • Põe-se de pé e baixa-se com apoio de uma ou duas mãos.	• Explora com energia os objetos e atira-os sistematicamente ao chão. • Procura um objeto escondido. • Tem interesse visual para perto e longe



Sinais de alarme - 12 meses

- Não aguenta o peso nas pernas.
- Permanece imóvel, não procura mudar de posição.
- Apresenta assimetrias.
- Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão.
- Não responde à voz.
- Não brinca nem estabelece contacto.
- Não mastiga.



Desenvolvimento saudável - 18 meses

Audição e linguagem	Comportamento e adaptação social	Postura e motricidade global	Visão e motricidade fina
• Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muitas mais. • Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos.	• Bebe por um copo sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos. • Segura a colher e leva alimentos à boca. • Não gosta que lhe peguem. • Exige muita atenção. • Indica necessidade de ir à casa de banho.	• Anda bem. • Apanha brinquedos do chão.	• Constrói torre de 3 cubos. • Faz rabiscos mostrando preferência por uma mão. • Olha um livro de bonecos e vira várias páginas de cada vez.



Sinais de alarme - 18 meses

- Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas.
- Anda sempre na ponta dos pés.
- Apresenta assimetrias.
- Não faz pinça – não pega em nenhum objeto entre o polegar e o indicador.
- Não responde quando o(a) chamam.
- Não vocaliza espontaneamente.
- Não se interessa pelo que o(a) rodeia; não estabelece contacto.
- Deita os objetos fora ou leva-os sistematicamente à boca.
- Tem estrabismo.



Desenvolvimento saudável - 2 anos

Audição e linguagem	Comportamento e adaptação social	Postura e motricidade global	Visão e motricidade fina
- Diz o primeiro nome. - Fala sozinho(a) enquanto brinca. - Junta duas ou mais palavras, construindo frases curtas. - Apresenta linguagem incompreensível, mesmo pelos familiares. - Nomeia objetos.	- Coloca o chapéu e os sapatos. - Usa bem a colher. - Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar.	- Corre. - Sobe e desce com os dois pés o mesmo degrau.	- Constrói torre de 6 cubos. - Imita rabisco circular. - Gosta de ver livros. - Vira uma página de cada vez.



Sinais de alarme – 2 anos

- Não anda sozinho(a).
- Deita os objetos fora.
- Não constrói nada.
- Não parece compreender o que se lhe diz.
- Não pronuncia palavras inteligíveis.
- Não se interessa pelo que está em seu redor.
- Não estabelece contacto.
- Não procura imitar.
- Tem estrabismo.



Desenvolvimento saudável - 3 anos

Audição e linguagem	Comportamento e adaptação social	Postura e motricidade global	Visão e motricidade fina
• Diz o nome completo e o sexo. • Tem vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos • Tem defeitos de articulação e imaturidade na linguagem.	• Pode despir-se, mas só se lhe desabotoarem o vestuário. • Vai sozinho(a) à casa de banho. • Come com colher e garfo.	• Tem equilíbrio momentâneo num pé. • Sobe escadas alternadamente. • Desce com os dois pés no mesmo degrau.	• Constrói torre de 9 cubos. • Copia o círculo e consegue imitar a cruz.



Sinais de alarme - 3 anos

- Anda sistematicamente em pontas.
- Mantém *flapping* dos braços quando excitado.
- Não parece compreender o que lhe dizem, não junta duas palavras.
- Não usa funcionalmente os objetos e não tenta fazer algo construtivo ou criativo.
- Não tenta interagir com os outros, não socializa, não mostra, não partilha, não pede.
- Não usa o gesto como suporte para comunicar, no caso de dificuldades expressivas.



Desenvolvimento saudável - 4 anos

Audição e linguagem	Comportamento e adaptação social	Postura e motricidade global	Visão e motricidade fina
- Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada. - Apresenta linguagem compreensível. - Tem apenas algumas substituições infantis.	- Pode vestir-se e despir-se só com exceção de abotoar atrás e dar laços. - Gosta de brincar com crianças da sua idade. - Sabe esperar pela sua vez.	- Fica num pé sem apoio 3 a 5 segundos. - Sobe e desce as escadas alternadamente. - Salta num pé.	- Constrói escada de 6 cubos. - Copia a cruz. - Combina e nomeia quatro cores básicas.



Desenvolvimento saudável - 5 anos

Audição e linguagem	Comportamento e adaptação social	Postura e motricidade global	Visão e motricidade fina
- Sabe nome completo, a idade, morada e habitualmente a data de nascimento. - Tem vocabulário fluente e articulação geralmente correta – pode haver confusão nalguns sons.	- Veste-se sozinho(a). - Lava as mãos e a cara e limpa-se sozinho(a). - Escolhe o(a) s amigo(a)s. - Compreende as regras do jogo.	- Fica num pé 3 a 5 segundos, com os braços dobrados sobre o tórax. - Salta alternadamente num pé.	- Constrói 4 degraus com 10 cubos. - Copia o quadrado e o triângulo. - Conta cinco dedos de uma mão e nomeia quatro cores.



Sinais de alarme – 4/5 anos

- É hiperativo(a), distraído(a) e tem dificuldade de concentração.
- Apresenta perturbações do comportamento. Comportamento muito difícil, opositivo e desafiante, que não é controlável pelos pais.
- Apresenta linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez.
- Tem estrabismo ou suspeita de défice visual.
- Dificuldades nas aprendizagens pedagógicas.

(DGS, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014; Ordem dos enfermeiros, 2010; Pinto, 2009)

Como podemos **promover** o
desenvolvimento da criança?



Neonatal/Lactente (Nascimento – 12 meses)



Competências Visuais

- Pendurar mobiles (0-1M).
- Oferecer objetos brilhantes (2-3M).
- Dar brinquedos coloridos e com tamanho adequado para a criança conseguir agarrar (4-6M).
- Jogar ao "cu-cu" (6-9M).
- Mostrar imagens grandes em livros e construção de torres com 2 blocos (9-12M).

Competências Auditivas

- Falar, cantar, tocar uma caixa de música (0-1M).
- Utilização de rocas e exposição a diferentes sons do ambiente além dos comuns em casa (2-3M).
- Colocar rocas na mão do lactente (4-6M).
- Repetir palavras simples, bater palmas, nomear partes do corpo, pessoas e alimentos (6-9M).
- Ler histórias simples e imitar sons de animais (9-12 M).

Neonatal/Lactente (Nascimento – 12 meses)



Competências táteis

- Segurar, acariciar (0-1M).
- Massajar e escovar o cabelo com uma escova macia (2-3 M).
- Oferecer brinquedos de várias texturas, brincar com água do banho – "chapinhar" (4-6M).
- Ter taças com alimentos de diferentes tamanhos e texturas (6-9M).
- Deixar o lactente esmagar, misturar a comida e comê-la com as mãos (9-12M).

Competências cinéticas

- Embalar o lactente (0-1M).
- Exercitar o corpo, movendo as extremidades e a utilização de ginásio de berço (2-3M).
- Estimular e apoiar o lactente na posição de sentado (4-6M).
- Colocar os brinquedos fora do alcance e encorajar a ir buscá-las; segurar o lactente na posição vertical para que suporte o seu peso (6-9 M).
- Oferecer brinquedos grandes de empurrar e puxar; Virar o lactente para diferentes posições (9-12M).

Toddler (1 aos 3 anos)



Competências Motoras

- **Motricidade Fina:** Digitintas, lápis, giz, puzzles com peças grandes e simples, caixas de areia e brinquedos com água (bolas de sabão).
- **Motricidade Grossa:** Brinquedos que se podem empurrar, bolas de diferentes tamanhos.

Competências Sociais

- **Jogo Paralelo :** As crianças acompanham as brincadeiras umas das outras e não estão simplesmente ao pé umas das outras.
- Os brinquedos que são pequenas réplicas da sua cultura ajudam a criança a assimilá-la.
- Exemplos: Jogos de tabuleiro, jogos criativos e imaginativos (blocos de vários tamanhos e feitos), bonecas, material de modelagem.

Competências Linguísticas

- Brinquedos musicais: bonecos e animais falantes, telefones de brincar.
- Programas de TV apropriados para a idade (1-2 h/dia).
- Contar histórias a partir de um livro com ilustrações e imitar sons de animais.

Pré-escolar (3 aos 6 anos)



Competências Motoras

- Saltar, correr, descer, subir e escalar.
- Triciclos, camiões, trenós e caixas de areia.
- Nadar, patinar e esquiar (desenvolvem também aprendizagem de regras de segurança).
- Motricidade fina: brinquedos manipulativos, construtivos, criativos e pedagógicos (cartões com palavras ou números, instrumentos musicais, conjuntos de costura).

Competências Comunicacionais

- Aprende competências básicas como identificar letras e palavras simples (jogos eletrónicos e programas de computador).
- Autoexpressão como a imitação, a imaginação e a dramatização (máscaras, bonecos e fantoches).

Competências Sociais

- A fantasia da criança ajuda a diferenciar o faz de conta da realidade (amigo imaginário).
- **Jogo associativo:** são brincadeiras em grupos sem regras rígidas.

Escolar (6 aos 12 anos)



Competências Sociais e Criativas

Jogos de equipa e os desportos

- Necessidade de interação entre pares, de pertença a um grupo.
- Necessidade de regras e procura de conformidade.
- Aprende a submeter os seus objetivos pessoais ao do grupo.
- Aprende o conceito de interdependência e confiança.
- Aprende que a divisão do trabalho é uma estratégia adequada para alcançar determinado objetivo.
- Aprende a fazer julgamentos e a planear.
- Necessidade de brincadeiras exuberantes ao ar livre para libertar as tensões, frustrações e hostilidades.

(Hockenberry & Wilson, 2014; AAP, 2015)



Referências bibliográficas

- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Hockenberry, J. M., Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do adolescente* (9ªed.). Loures: Lusociência.
- Ordem dos enfermeiros (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – volume I*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 677-687.
- Tavares, P. (2011). *Acolher Brincando. A Brincadeira Terapêutica no Acolhimento de Enfermagem à Criança Hospitalizada*. Loures: Lusociência.
- <https://www.healthychildren.org/English/family-life/Media/Pages/The-Benefits-of-Limiting-TV.aspx>