



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

**A promoção do ambiente seguro
do recém-nascido pré-termo
Intervenção especializada de enfermagem nos
cuidados não traumáticos**

Nuno Miguel Jacob Branco

**Lisboa
2020**



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

**A promoção do ambiente seguro
do recém-nascido pré-termo
Intervenção especializada de enfermagem
nos cuidados não traumáticos**

Nuno Miquel Jacob Branco

Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Magão

**Lisboa
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Nunca é pequeno o que se faz por amor”

Chiara Lubich

AGRADECIMENTOS

Ao Élio, meu companheiro de vida, pela forma como sempre me apoiou e não me deixou desistir neste percurso. Pela forma como compreendeu todas as minhas ausências!

À minha adorada filha Catarina, pelo amor incondicional e compreensão, apoio e estímulo em continuar. Um obrigado especial pelas traduções de texto efetuadas!

Aos meus colegas de trabalho, pelo incentivo e apoio que me dedicaram nesta jornada!

À turma do 10º Curso de Mestrado, pela forma carinhosa e amigável como me acolheram, pela partilha de bons momentos... mas também de angústias que sempre me ajudaram a ultrapassar!

Aos enfermeiros orientadores dos diferentes locais de estágio pela disponibilidade, orientação e partilha de experiências e conhecimentos!

A todas as crianças, jovens e suas famílias, que permitiram a concretização deste projeto!

À Professora Doutora Maria Teresa Magão pela compreensão, orientação e disponibilidade demonstrada ao longo deste percurso!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIMS - Abnormal Involuntary Movement Scale

CCF - Cuidados Centrados na Família

CCH - Carta da Criança Hospitalizada

CDC - Centro de Desenvolvimento da Criança

CNT- Cuidados Não Traumáticos

CVSIP - Consulta de Enfermagem de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil

dB - Decibéis - Unidade de medida do som

DGS - Direção Geral de Saúde

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

IP - Internamento de Pediatria

IT- Instrução de Trabalho

ITSP - Infant Toddler Sensory Profile

Lux - Iluminância - Unidade de medida da densidade da intensidade luminosa

OE - Ordem dos Enfermeiros

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV - Plano Nacional de Vacinação

RN - Recém-nascido

RNPT- Recém-nascido pré-termo

TIMP - Test of Infant Motor Performance

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCN - Unidade de Cuidados Neonatais

UICD - Unidade de Internamento de Curta Duração

UP - Urgência Pediátrica

USF - Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

No âmbito dos cuidados de enfermagem às crianças, jovens e suas famílias, surgem dois pilares fundamentais, os Cuidados Centrados na Família (CCF) e os Cuidados não Traumáticos. A importância atribuída ao ambiente em que esses cuidados são prestados, constitui um fator primordial para o sucesso dos cuidados de enfermagem e para a melhoria contínua dos mesmos. Existem porém aspectos que são essenciais aprimorar e melhorar na prestação de cuidados e é nesse sentido que surge a problemática central deste relatório que incide na promoção do ambiente seguro do recém-nascido pré-termo. O recém-nascido pré-termo pela sua especificidade e fragilidade necessita de cuidados específicos que promovam o seu desenvolvimento saudável e que ao mesmo tempo sejam neuroprotetores. O ambiente, sendo potencial causador de stressores que podem intervir nesse processo, surge como um dos elementos essenciais a ter em conta na prestação de cuidados.

O presente relatório apresenta o percurso formativo, percorrido em diferentes contextos de estágio de prestação de cuidados à criança, jovem e suas famílias, através da observação participante ou prática clínica e partilha de experiências com os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, pretendendo evidenciar o seu contributo para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. É suportado na metodologia de análise crítica e reflexiva, fundamentado na evidência científica existente. Para além dos pilares da enfermagem pediátrica, os CCF e os Cuidados não Traumáticos, foi essencial para nortear este percurso como referencial teórico de enfermagem, o modelo de sistemas de Betty Neuman.

A partir de objetivos previamente estabelecidos, foram definidas atividades que procuraram dar-lhes resposta. Das atividades desenvolvidas destaco a elaboração de uma instrução de trabalho sobre a promoção do ambiente seguro do recém-nascido pré-termo na unidade de cuidados neonatais, que veio permitir definir um conjunto de medidas e estratégias a adoptar de forma a permitir a uniformização dos cuidados, para a promoção do ambiente seguro e neuroprotetor do recém-nascido pré-termo e o seu desenvolvimento saudável.

Palavras-Chave: Ambiente; Desenvolvimento; Enfermagem Pediátrica; Recém-nascido Pré-termo; Cuidados Neuroprotetores.

ABSTRACT

Within the scope of nursing care for children, young people and their families, two fundamental pillars stand out, Family-Centered Care (FCC) and non-traumatic care. The importance attached to the environment in which these cares are provided constitutes a prime factor for the nursing care success and its continuous improvement. However, there are aspects which need to be enhanced and improved within those cares. This is where the central issue of this report emerges, focusing on the promotion of the preterm new-born safe environment. Due to their specificity and fragility, the preterm new-born requires specific care capable of promoting their healthy development and, at the same time, being neuroprotective. The environment, being a potential cause of stress that can intervene in that process, emerges as one of the key elements to be taken into consideration in care provision.

This paper reports the formative path of different internship contexts of childcare, young people care and their respective families' care through participant observation or clinical practice, and the sharing of experiences with the nurses specialised in Infant and Paediatric Health, with the aim of highlighting their contribution to the development of nurse specialised in Infant and Paediatric Health common and specific skills. This report is based on a critical analysis and reflective methodology, substantiated by current scientific evidence. Besides the Paediatric Nursing pillars, the FCC and the non-traumatic care, it was also essential for the process guidance as a theoretical framework of nursing, the Betty Neuman systems model.

From previously established objectives, activities which sought to give answers to those objectives were defined. From the different activities carried out, it is worthy of mention the development of a work instruction regarding the promotion of a preterm new-born safe environment in the neonatal care unit, which has made it possible to define several measures and strategies to adopt, in order to allow the standardisation of care, to promote a safe and neuroprotective environment of the preterm new-born and their healthy development.

Keywords: Environment; Development; Pediatric Nursing; Preterm new-born; neuroprotective care.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CIÊNTIFICO	12
1.1. Uma perspetiva do cuidar em enfermagem pediátrica: da filosofia dos cuidados ao modelo de sistemas de Betty Neuman	12
1.2. A promoção do ambiente seguro e neuroprotetor no desenvolvimento do recém-nascido pré-termo	17
1.2.1. O recém-nascido pré-termo e a necessidade de neuroproteção	17
1.2.2. Os cuidados para o desenvolvimento do recém-nascido pré-termo na promoção do ambiente seguro e não traumático	20
2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO	24
3. METODOLOGIA	27
4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO: UM PERCURSO NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE EEESIP	29
4.1. Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados á criança, jovem e suas famílias a viver processos de saúde ou de doença em diferentes contextos pediátricos	29
4.1.1. Mobilizar princípios e técnicas de comunicação com a criança, jovem e família, adequadas ao estágio de desenvolvimento e cultura e á situação de saúde e ou doença	43
4.1.2. Aprofundar competências na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e do jovem	46
4.2. Desenvolver competências de EEESIP no âmbito da promoção do desenvolvimento do recém-nascido pré-termo e sua família com foco na medida neuroprotetora ambiente seguro	50
4.2.1. Analisar práticas promotoras do desenvolvimento do recém-nascido pré-termo	50
4.2.2. Motivar a equipe de enfermagem da UCN para os cuidados neuroprotetores ao recém-nascido pré-termo	57
4.2.3. Uniformizar procedimentos nos cuidados ao recém-nascido pré-termo na promoção de um ambiente seguro e neuroprotetor na UCN	58

5. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS E ADQUIRIDAS	60
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

ANEXOS

Anexo 1- Autodiagnóstico de Competências

APÊNDICES

Apêndice 1 - Cronograma de estágio

Apêndice 2 - Guia orientador de Estágio

Apêndice 3 - Síntese reflexiva do estágio em USF

Apêndice 4 - Sessão de formação para enfermeiros - O bebê chora... como ajudar?

Apêndice 5 - Folheto “O bebê chora... como ajudar?”

Apêndice 6 - Jornal de aprendizagem - Promoção da parentalidade e os cuidados centrados na família em UP

Apêndice 7- Jornal de aprendizagem - Comunicação com o adolescente na Consulta de Saúde Infantil e Pediatria

Apêndice 8 - Jornal de aprendizagem - Gestão da dor do RN durante a realização do rastreio de doenças metabólicas

Apêndice 9 - Jornal de aprendizagem - Associação de medidas farmacológicas e não farmacológicas no controle da dor da criança em IP

Apêndice 10 - Participação no Jornal Club em centro de desenvolvimento

Apêndice 11 - Sessão de formação para enfermeiros - A Promoção do ambiente seguro do RNPT. Intervenção especializada de enfermagem nos cuidados não traumáticos

Apêndice 12 - Instrução de Trabalho - Promoção do ambiente seguro do RNPT

Apêndice 13 - Sessão de formação para assistentes operacionais - A Promoção do ambiente seguro do RNPT. Participação da equipa de assistentes operacionais

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, do 3º semestre do 2º ano do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

A finalidade deste relatório é documentar o percurso de aprendizagem e de desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro EESIP, no estágio realizado em diferentes contextos de cuidados de saúde onde se prestam cuidados à criança, jovem e família. Este estágio decorreu num período de 18 semanas distribuídas, de acordo com as necessidades de formação, por 6 contextos: USF, CDC, IP, UP, UCIN e, por fim, UCN local onde exerço funções atualmente.

Este relatório sustentado numa metodologia descritiva e de análise crítica e reflexiva sobre a prática nos diferentes contextos, fundamentado nos referenciais teóricos, na evidência científica e no enquadramento profissional do exercício de enfermagem, descreve o percurso formativo e refletido efetuado, visando dar resposta à necessidade de desenvolvimento pessoal e profissional, no âmbito da aquisição de competências de EESIP. Neto, Silva e Rua (2017) relembram que pelo processo reflexivo o profissional é capaz de aprender a reconhecer e aplicar regras e competências. No processo de raciocínio efectuado a partir das suas próprias experiências o profissional constrói novas formas de compreensão e ação, mudando a sua prática e reforçando a sua auto-estima e autoconfiança, desenvolvendo um processo evolutivo contínuo.

Nesta perspetiva de construção de saberes e de evolução de conhecimentos, alicerçados na minha experiência profissional, surge a escolha do tema: **A promoção do ambiente seguro do recém-nascido pré-termo. Intervenção especializada de enfermagem nos cuidados não traumáticos.** Altimier & Phillips (2013) propõem um modelo de medidas para os cuidados de desenvolvimento centrados na família, *The Neonatal Integrative Developmental Care Model*, referindo que para melhor compreender os problemas de desenvolvimento relacionados com a prematuridade e outros eventos de alto risco é essencial compreender as bases do desenvolvimento neurosensorial do recém-nascido. Neste modelo são descritas 7 medidas para o desenvolvimento dos cuidados neonatais neuroprotetores, nomeadamente o ambiente dos cuidados; parcerias com as famílias; manipulação e posicionamento; a salvaguarda do sono; minimização do stresse e da dor; a proteção da pele e a

otimização da nutrição. O ambiente como primeira medida neuroprotetora dos cuidados inclui o ambiente físico, a privacidade e a segurança, mas também o ambiente sensorial como a temperatura e toque, propriocepção, olfato, paladar, ruído e iluminação.

O EEESIP, de acordo também com as suas competências específicas, na promoção de um ambiente seguro deve promover cuidados de enfermagem que tenham como objetivo reduzir o stresse do RNPT, protegendo o sono, diminuindo a dor, prevenindo a agitação, preservando a energia, mesurando as manipulações e estabelecendo parcerias com as famílias, estabelecendo intervenções de modo a promover o desenvolvimento e o crescimento saudável do recém-nascido e facilitando as suas capacidades de auto-regulação (Altimier & White,2013; Tamez, 2017).

Em todo o percurso formativo foi essencial o referencial dos pilares de enfermagem pediátrica, os CNT e os CCF e o modelo de sistemas de Betty Neuman. Este modelo, baseado num conjunto de sistemas abertos susceptíveis de serem influenciados por stressores envolventes, possibilita a compreensão do sistema cliente quando este interage com os stressores do ambiente que o envolvem, clarificando os cuidados de enfermagem que são essenciais à prevenção do desequilíbrio ou a manutenção e ou recuperação da sua estabilidade (Neuman & Fawcett, 2011).

Estruturalmente o relatório divide-se em seis capítulos, com início no enquadramento teórico e científico onde se pretende realizar uma justificação da temática com fundamentação teórica e científica. Seguem-se os capítulos dois e três respetivamente o problema e objeto de estudo e a metodologia utilizada. No capítulo quatro são descritas e analisadas as principais atividades de estágio realizadas e apresentadas segundo os objetivos delineados. No quinto capítulo são descritas de forma sucinta as principais competências desenvolvidas e adquiridas de EEESIP ao longo deste percurso formativo, terminando com o capítulo seis, das considerações finais, em que são sintetizados os principais resultados alcançados e os projetos futuros.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CIENTÍFICO

A enfermagem é uma profissão em constante evolução. É fundamental procurar o conhecimento que sustenta essa evolução e compreender os fundamentos que lhe são essenciais como profissão, mas também como ciência e disciplina, numa perspectiva de melhoria contínua dos cuidados. McEwen & Wills (2014) recordam que é cada vez mais evidente o amadurecimento da enfermagem como profissão, vinculando conceitos empíricos que são validados em conceitos teóricos com significado e valor.

Neste capítulo ir-se-á procurar desenvolver uma perspectiva dos conhecimentos essenciais aos cuidados de enfermagem pediátricos, que são entendidos no contexto deste relatório como sendo desenvolvidos numa filosofia de CCF e CNT e numa visão holística fundamentada pelo modelo teórico de sistemas de Betty Neuman. Será também efectuada uma abordagem á promoção do ambiente seguro e neuroprotetor do RNPT e sua família como medida essencial para o seu desenvolvimento, tendo em conta a filosofia de cuidados abordada e a identificação dos possíveis stressores a que estes RNPT estão sujeitos e que são provenientes do ambiente envolvente em que os cuidados de enfermagem lhes são prestados.

1.1. Uma perspetiva do cuidar em enfermagem pediátrica: da filosofia dos cuidados ao modelo de sistemas de Betty Neuman

O enfermeiro desenvolve o cuidar em enfermagem numa prática construída na interação enfermeiro-cliente, de modo a poder contribuir para o bem-estar ou diminuir o sofrimento do cliente, entendido este como uma pessoa, um grupo ou uma comunidade (Basto, 2009). Como cuidador, o enfermeiro busca na sua profissão encontrar os melhores meios para executar esses cuidados, desenvolvendo os conhecimentos necessários. Queirós, Fonseca, Mariz, Chaves & Cantarino (2016), relembram que o cuidar é inerente á condição humana e que este sendo um conceito central de enfermagem influencia a investigação, a teoria o ensino e a prática.

Em enfermagem pediátrica o cliente é toda a criança dos 0 aos 18 anos, mas também a sua família, sendo estes o foco de atenção dos cuidados de enfermagem que têm como objetivo primordial a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (Hockenberry & Barrera, 2014). Estes mesmos autores relembram que o enfermeiro é responsável pela promoção da saúde e bem-estar da criança e família, não esquecendo que os cuidados de enfermagem devem englobar o conceito de CNT;

este trabalha com os membros da família de forma a identificar os seus objetivos as suas necessidades, planeando intervenções que melhor dão resposta aos problemas definidos, sempre numa perspetiva de CCF (Hockenberry & Barrera, 2014). O enfermeiro reconhece a importância do papel que as famílias desempenham para garantir a saúde e bem-estar dos recém-nascidos, crianças, adolescentes e membros de toda a família, prestando assim CCF (Shields et al. 2012).

De acordo com o Institute for Patient and Family-Centred Care (IPFCC, 2020) os CCF constituem uma abordagem que compreende o planeamento o desenvolvimento e a avaliação de cuidados de saúde envolvendo parcerias mutuamente benéficas entre os prestadores de cuidados de saúde, os pacientes e as famílias. Redefine as relações entre os clientes e os profissionais de saúde. Ao prestar CCF o enfermeiro reconhece o papel vital que as famílias desempenham para garantir a saúde e bem-estar dos RN, crianças, adolescentes e membros da família de todas as idades. Reconhece também que o suporte emocional, social e o suporte ao desenvolvimento, são componentes integrais dos cuidados de saúde. O enfermeiro, promovendo a saúde e o bem-estar dos clientes e das suas famílias contribui assim para a dignidade a que estes têm direito (Shields et al. 2012).

Segundo Hockenberry & Barrera, (2014) os CCF integram dois conceitos básicos: a capacitação e o empoderamento. O primeiro diz respeito à criação de oportunidades e meios por parte dos profissionais de saúde, para que todos os membros da família demonstrem as suas habilidades e competências, podendo também adquirir outras, atendendo às necessidades da criança e respetiva família. O segundo conceito descreve a interação das famílias com os profissionais, “de forma que estas mantenham ou adquiram um sentido de controlo sobre as suas vidas e reconheçam as mudanças positivas que resultam de comportamentos de ajuda que promovem as suas próprias forças, habilidades e acções” (Hockemberry & Barrera, 2014, p.11).

Shields et al. (2012) fazem referência ao trabalho desenvolvido por Shelton que desde 1987 se debruçou sobre estas questões dos CCF e da parentalidade, que embora não seja recente é de facto muito atual e relevante. Este trabalho levou a delineação de nove elementos que caracterizam os serviços de saúde com CCF, nomeadamente:

- 1- reconhecem a família como uma constante na vida da criança;
- 2- facilitam a colaboração de pais e profissionais em todos os níveis de cuidados de saúde;

- 3- honram a diversidade racial, étnica, cultural e socioeconómica das famílias;
- 4- reconhecem a força da família e a sua individualidade, respeitando os diferentes métodos de lidar;
- 5- existe uma partilha de informação completa e imparcial com as famílias em uma base contínua;
- 6- incentivam e facilitam o apoio da família-a-família e um trabalho em rede;
- 7- respondem às necessidades de desenvolvimento da criança e da família como parte das práticas de saúde;
- 8- adoptam políticas e práticas que forneçam às famílias apoio emocional e financeiro;
- 9- a concepção de cuidados de saúde deve ser flexível, culturalmente competente e sensível às necessidades da família. (Shields et al. 2012, p.3)

Assim é possível ir ao encontro do que a Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente defende para a área de Saúde Infantil e Pediátrica citada por Apolinário (2012), defendendo uma concepção do cuidar baseada numa prática de cuidados centrados na unidade familiar, promovendo tomadas de decisão assentes numa parceria entre crianças, pais e enfermeiros.

A integração dos pais nos cuidados, promovendo um bem-estar emocional, confiança e competência parental, são fatores essenciais para a família numa situação de crise como é por exemplo o nascimento de um filho pré-termo, além de que é essencial para o próprio desenvolvimento e recuperação do RN (Coughlin, 2017). McGrath (2013) relembra, contudo, que os enfermeiros são potencialmente vistos como os guardiões dos RN, mas é importante não esquecer que os recém-nascidos pertencem à família. É essencial criar assim um ambiente que seja propício ao desenvolvimento das suas capacidades parentais e de cuidadores numa perspetiva de CCF.

Para além dos CCF outro dos aspectos que representa particular relevância nos cuidados prestados no âmbito da pediatria são os CNT. O enfermeiro na prática dos cuidados deve tudo poder fazer para que o impacto causado por uma situação de saúde, que implique alterações no desenvolvimento considerado normal da criança, seja atenuado o mais possível. A perceção de um trauma varia conforme a idade e o estágio de desenvolvimento da criança, condicionando assim a forma como esta vivencia esse trauma. The National Child Traumatic Stress Network citado por Coughlin, (2017) descreve o trauma pediátrico associado aos cuidados de saúde como sendo uma situação ameaçadora que induz medo intenso, ativando uma resposta fisiológica e ou psicológica causada pelo stresse traumático. Por sua vez os CNT são definidos como cuidados terapêuticos fornecidos “por profissionais através

do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares, em qualquer local, do sistema de cuidados de saúde” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.11). Os mesmos autores reforçam a ideia dizendo que o objectivo primordial dos CNT é em primeiro lugar não causar dano, identificando três princípios para atingir esse objectivo e que são “ (1) prevenir ou minimizar a separação da criança da sua família; (2) promover uma sensação de controlo; (3) prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.11).

Coughlin (2017) refere também que um ambiente seguro e não traumático, onde se desenvolvem os cuidados de enfermagem, resulta do estabelecimento de medidas apropriadas tendo em conta o ambiente físico (como por exemplo a preferência pela criação de quartos individuais), o ambiente sensorial (como a monitorização e adequação do ruído) e outras dimensões especiais e estéticas (como a decoração dos ambientes pediátricos). Estas medidas combinadas entre si, demonstram um respeito pela dignidade humana e apoiam o impacto sócio emocional através da presença contínua da família. Compete ao EEESIP estar desperto para os CNT, procurando ir ao encontro do que diz a OE quando refere que “o modelo conceptual de cuidados dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica centra-se na necessidade de preservação, em qualquer situação, da segurança e bem-estar da criança e família” (OE, 2013, p.9).

Pode-se considerar também que estes CNT são defendidos em direito pela Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 2008). Esta carta que resume os direitos das crianças que são hospitalizadas refere no seu artigo 4, que todos os profissionais têm o dever de reduzir ao mínimo as agressões físicas e emocionais assim como a dor da criança. Este artigo da CCH é ainda reforçado em 2009 pela publicação do caderno de anotações da CCH, enfatizando outros aspetos nos cuidados prestados às crianças, nomeadamente reconhecendo os medos das crianças explícitos ou não e agindo sobre eles, tentando reduzir e ou evitando as situações provocadoras de stresse, procurando os meios que sejam facilitadores da sua gestão ou erradicação (IAC,2009).

O EEESIP na valorização de CNT e CCF deve procurar todos os meios ao seu alcance que sejam promotores dessa filosofia de cuidados. Ao prestar cuidados de enfermagem em pediatria, tendo por referência o modelo de sistemas de Betty Neuman, o EEESIP pode identificar os diversos stressores que podem surgir na vida

da criança e sua família, permitindo o desenvolvimento de cuidados de enfermagem que promovam CNT e CCF. Este modelo desenvolvido pela enfermeira Betty Neuman, nos anos 70 do século XX, baseia-se precisamente na interação dos seres humanos como seres vivos, entre si e com o ambiente que os envolvem (Lawson, 2014). Destaca-se a importância que Neuman atribui aos níveis de prevenção de stresse, dividindo esses níveis em três. A prevenção primária que envolve a redução da possibilidade de a pessoa encontrar um fator stressante; a prevenção secundária que tenta reduzir o efeito, ou o efeito possível, de fatores stressantes através do diagnóstico precoce e tratamento eficaz de sintomas de doença, por exemplo, e a prevenção terciária em que se tenta reduzir os fatores residuais provocados por um fator stressante devolvendo assim o bem-estar à pessoa (Neuman & Fawcett, 2011).

O modelo de Neuman é um modelo dinâmico, aberto, que procura através de abordagens sistémicas a aproximação ao cliente, entendido como sendo a pessoa, a família o grupo ou a comunidade ou uma questão social. O sistema cliente é composto por cinco variáveis que interagem entre si (psicológica, fisiológica, sociocultural, desenvolvimental e espiritual). Estas variáveis devem funcionar em harmonia de modo a manter a estabilidade do sistema. A estrutura central do sistema cliente é mantida estável, através da proteção das suas linhas de defesa (linha flexível de defesa e linha normal de defesa) e resistência, contra a influência dos diversos stressores (Neuman & Fawcett, 2011).

Este modelo fornece um enfoque unificador para a definição dos problemas de enfermagem e para o conhecimento do cliente em interação com o ambiente. Neuman define este ambiente como sendo o resultado de todos os fatores internos e externos que envolvem e influenciam o sistema do cliente. Os fatores stressantes (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) são significativos para este conceito de ambiente e são descritos como sendo forças ambientais que interagem e potencialmente alteram a estabilidade do sistema. Divide o ambiente em três - interno, externo e criado - sendo o ambiente externo, interpessoal ou extrapessoal, resultante de todos os fatores que envolvem o cliente (Neuman & Fawcett, 2011).

O cliente numa relação recíproca e constante com o ambiente, interagindo com este, procura ajustar-se a ele ou ajustar esse mesmo ambiente a si. A principal preocupação para o enfermeiro, à luz deste modelo, é manter o sistema cliente estável, através da precisão na avaliação dos efeitos e possíveis efeitos dos stressores ambientais e ajudando o cliente a criar os ajustes necessários para um

nível ideal de bem-estar, reforçando as suas linhas de defesa e resistência, condicionando assim a sua prestação de cuidados (Neuman & Fawcett, 2011).

Este processo desencadeia-se em três passos, o primeiro passo é o diagnóstico de enfermagem, em que são recolhidos de uma forma mais abrangente os dados que permitem determinar as variáveis, que podem estar a influenciar o bem-estar do cliente, perturbando as suas linhas de defesa e resistência. Depois o segundo passo, o estabelecimento de objetivos que são negociados entre o cliente e o cuidador de forma a corrigir as variáveis que podem estar a influenciar o seu bem-estar. Por fim os resultados de enfermagem considerados como o terceiro passo, em que os resultados são esperados de acordo com as intervenções estabelecidas como medidas preventivas. A sua avaliação permite também perceber se os objetivos estabelecidos foram eficazes e atingidos ou se existe necessidade de os reformular (Neuman & Fawcett, 2011).

Segundo Lawson (2014), este modelo permite que os enfermeiros possam alcançar cuidados de enfermagem de alta qualidade. Ao mobilizar este modelo no âmbito do projeto deste percurso formativo e do tema estabelecido, é possível identificar e compreender os stressores que influenciam o desenvolvimento da criança e do RNPT e sua família, entendidos como o cliente na interação com o ambiente que os envolve. A identificação desses stressores, refletidos e compreendidos à luz dos conhecimentos científicos e da literatura existente, permite o estabelecimento de intervenções nos três níveis de prevenção, que contribuem para uma melhoria contínua dos cuidados e para o desenvolvimento da criança e do RNPT, como veremos mais à frente neste relatório.

1.2. A promoção do ambiente seguro e neuroprotetor no desenvolvimento do recém-nascido pré-termo

1.2.1. O recém-nascido pré-termo e a necessidade de neuroproteção

O RNPT é considerado todo aquele que nasce abaixo das 37 semanas de gestação, de acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2018). Segundo o mesmo organismo pode ainda ser definido, tendo em conta a idade gestacional, como sendo pré-termo extremo, se nascido com menos de 28 semanas de gestação, ou muito pré-termo quando nascido entre as 28 e as 32 semanas e ainda pré-termo moderado a tardio se nascido entre as 32 e as 37 semanas de gestação.

Pode ainda ser categorizado de acordo com o peso ao nascer como <1.000 g, peso extremamente baixo ao nascer (PEBN); 1.000 a 1.499 g, peso muito baixo ao nascer (PMBN) e entre 1.500 a 2.500 g, peso baixo ao nascer (PBN) (Stavis, 2017).

Um recém-nascido ao nascer pré-termo deixa de ter a proteção que o útero lhe garantia, onde o ambiente intra-uterino lhe proporcionava os estímulos sensoriais positivos, necessários para o desenvolvimento normal do seu cérebro e que ocorriam numa determinada sequência. O desenvolvimento cerebral do feto passa por várias fases e ao nascer prematuro estas fases importantes, do seu desenvolvimento e organização, ficam comprometidas (Altimier & White, 2013; Tamez, 2017). Os mesmos autores referem ainda que o cérebro do recém-nascido pré-termo, dependendo da idade gestacional, vai ser altamente influenciável pelos estímulos sensoriais extrínsecos a que passa a estar sujeito, como os que provêm do ambiente envolvente, pressupondo-se assim que o estímulo sensorial desajustado possa alterar o seu desenvolvimento normal, tanto por excesso como por ausência, podendo assim causar danos permanentes (Altimier & White, 2013; Tamez, 2017).

O internamento, numa UCN, de um RN irá afetar o seu desenvolvimento sensorial, afetando por sua vez o seu desenvolvimento comportamental e perceptual (Tamez, 2017). Estas unidades pelas suas características e toda a tecnologia que as envolvem tornam-se fontes de diversos estímulos considerados stressantes para o RNPT, como ruídos nocivos ou luzes demasiado intensas e procedimentos muitas vezes dolorosos assim como manipulações constantes. Estes ambientes sendo híper estimulantes criam uma sobrecarga sensorial nos RNPT que não é desejável (Reid & Freer, 2010).

Os sistemas neurológico e sensorial são inseparáveis e interdependentes e compreendem o neurocomportamento e o desenvolvimento neurosensorial do recém-nascido. Deste modo qualquer experiência sensorial é marcada no cérebro e leva a uma resposta comportamental (Altimier & White, 2013). Altimier & White (2013) referem que as crianças que são menos expostas ao stress provocado por estímulos exagerados vindos do meio ambiente, demonstram melhores resultados no seu processo de desenvolvimento e de saúde, de um modo particular os RN internados em UCIN.

Em resposta a esta preocupação surge o modelo de cuidados centrados no desenvolvimento. Este modelo enfatiza o relacionamento do cuidador, na prestação de cuidados, com o RN e sua família, como principal interface para o neuro

desenvolvimento (Gibbins, Hoath, Coughin, Gibbins, & Franck, 2008). Este modelo foi expandido e recategorizado em sete núcleos de medidas de desenvolvimento centrados na família, como cuidados neonatais neuroprotetores, representando o ambiente a primeira medida. Altimier & Phillips (2013) propõem assim um modelo de medidas para os cuidados de desenvolvimento centrados na família, *The Neonatal Integrative Developmental Care Model*, referindo que para melhor compreender os problemas de desenvolvimento relacionados com a prematuridade e outros eventos de alto risco é essencial compreender as bases do desenvolvimento neuro sensorial do recém-nascido. As sete medidas para o desenvolvimento dos cuidados neonatais neuroprotetores são: o ambiente dos cuidados; parcerias com as famílias; manipulação e posicionamento; a salvaguarda do sono; minimização do stresse e da dor; a proteção da pele e a otimização da nutrição. O ambiente como primeira medida neuroprotetora dos cuidados inclui o ambiente físico, a privacidade e a segurança, mas também o ambiente sensorial, como a temperatura e toque, a propriocepção o olfato, o paladar e o ruído e a iluminação (Altimier & Phillips, 2013).

Altimier, Kenner & Damus (2015), referem em estudo que realizaram, que os cuidados prestados tendo em conta estas sete medidas centrais neuroprotetoras provaram ser eficientes, levando a uma melhoria desses mesmos cuidados, beneficiando significativamente a neuroproteção, centrada na família, nos cuidados de desenvolvimento aos RNPT e suas famílias. Os mesmos autores referem ainda que os cuidados prestados por profissionais como os enfermeiros, são componentes chave dos cuidados de desenvolvimento e que estes devem proporcionar cuidados uniformes. Para tal é essencial que se consiga uniformidade nas atitudes, comportamentos e práticas. Melhorar as práticas requer elementos multifatoriais, que passam pela educação relacionada com os cuidados neuroprotetores, identificando aspetos a mudar, revendo diretrizes, acompanhamento de conformidades, implementando pequenos testes de mudança e relatando os resultados, para que se compreenda a sua eficácia nos cuidados em UCIN (Altimier, Kenner & Damus, 2015). Os mesmos autores concluem assim que os cuidados neuroprotetores centrados no desenvolvimento e na família são um elemento essencial dos cuidados em UCIN, pois cada toque cada interação, será promotora do desenvolvimento cerebral do RN, tendo assim consequências a longo prazo.

1.2.2. Os cuidados para o desenvolvimento do recém-nascido pré-termo na promoção do ambiente seguro e não traumático

Como refere Coughlin (2007) um ambiente seguro onde se desenvolvem os cuidados de enfermagem resulta das medidas apropriadas estabelecidas tendo em conta o ambiente físico, o ambiente sensorial e outras dimensões especiais e estéticas. A combinação destes atributos demonstra um respeito pela dignidade humana, apoiam o impacto sócio emocional através da presença contínua da família e fornecem neuroproteção para o desenvolvimento dos sistemas somatossensoriais e interoceptivos do recém-nascido.

É importante a promoção de um ambiente seguro, onde o RNPT se possa desenvolver, onde o impacto provocado pelos fatores envolventes resultantes da sua prematuridade e do internamento numa UCN possam ser atenuados e minorados. Se as necessidades em termos de um ambiente seguro e neuroprotetor não forem respeitadas, podem se tornar fatores de stresse para o RNPT e, portanto, nocivos para o seu desenvolvimento. Embora a promoção do ambiente seguro precise de ser aprofundada e estudada, existe evidência que nos diz que o ambiente sensorial pode ter uma influência a curto e longo prazo no desenvolvimento dos RNPT (Robinson, Lane, Korostenski & Lane, 2017).

Coughlin (2017) refere algumas diretrizes para os profissionais que trabalham em contexto de UCIN no que se refere aos cuidados por eles prestados e que promovem a segurança do RN e suas famílias e a qualidade dos resultados esperados. Uma destas diretrizes refere que o profissional deve criar e manter um ambiente saudável, promotor da recuperação e desenvolvimento do RN, assegurando um ambiente de trabalho projetado para minimizar a sobre estimulação auditiva e refletido numa intenção de recuperação e desenvolvimento do RN.

Para promover este ambiente como medida neuroprotetora do desenvolvimento do RNPT, Coughlin (2017) refere, ainda, que é preciso ter em conta diversas medidas e estratégias, reduzindo os fatores de stresse existentes e que podem provir desse mesmo ambiente. Assim, é importante para a promoção de um ambiente físico onde a privacidade e a segurança seja mantida, garantir e manter um ambiente estético que reflita o respeito pela dignidade humana e, é também importante, criar e manter espaços que protejam a privacidade, que permitam a presença da família e suportem a sua participação nos cuidados e promovam

experiências interpessoais com a equipe de saúde e permitam a prestação de cuidados com segurança.

Relativamente ao ambiente sensorial, a temperatura deve ser monitorizada de forma contínua. Mantendo a temperatura do ambiente entre 22°C e 26°C e humidade entre 30% e 60% e a temperatura do RN entre 36,5°C e 37, 5°C. É importante também promover experiências de contacto pele a pele (por exemplo através do método canguru) ou outras experiências positivas de toque entre os pais e o recém-nascido, como providenciar colo. Providenciar sucção não nutritiva. Se necessário recorrer a métodos de contenção que possam contribuir para o conforto do RN e privilegiar sempre a utilização de fibras naturais e suaves no contacto com a pele do recém-nascido (Coughlin, 2017; Bliss, 2011; Tamez, 2017).

Relativamente à manipulação e propriocepção, o RNPT deve ser manipulado, com movimentos contidos e suaves e mobilizado de forma aninhada e suportada, devendo também ser posicionado de forma a promover a sua auto-organização utilizando métodos de contenção e alternância de posicionamentos. Deve-se promover uma manipulação mínima, concentrando os cuidados (Coughlin, 2017; Bliss, 2011; Reid & Feer, 2010).

Autores como Coughlin, (2017) e Tamez, (2017) lembram que o olfato e o paladar do RNPT devem ser promovidos, recorrendo a experiências olfativas e gustativas positivas; para tal pode-se utilizar o leite materno e o contacto, pele com pele, com a mãe. Pode-se estimular o olfato com compressa embebida em leite materno e o paladar com gotas de leite materno. A colocação de fralda de tecido que tenha estado em contacto com a pele da mãe junto do recém-nascido é outro recurso que pode ser utilizado. É importante a limpeza regular das incubadoras, prevenindo odores provenientes de sujidades (limpeza diária e mudança semanal do RNPT de incubadora). Deve-se evitar a utilização de odores tóxicos no microambiente do recém-nascido, privilegiando o uso de compressas embebidas para desinfeção de pele em vez de aerossóis e evitar o uso de desinfetantes de odores intensos e potencialmente nocivos, provenientes de produtos de limpeza, no microambiente do RNPT (Coughlin, 2017; Bliss, 2011; Tamez, 2017).

O ruído quando elevado é outro dos aspetos que pode influenciar de forma negativa o desenvolvimento dos RNPT. Ruídos como os que provêm de alarmes de monitores, toques de telemóveis, funcionamento de alguns equipamentos e de conversações entre elementos da equipe e das próprias visitas, devem ser reduzidos

na sua intensidade e duração, de forma a providenciar um ambiente que se deseja promotor do desenvolvimento saudável dos RN (Altimier & White, 2013). É fundamental manter o ruído num nível igual ou inferior a 45 dB, e não mais de 65dB, para tal importa promover a conversação pais-filhos de forma suave e calma, respeitando períodos de repouso e sono, evitando conversas desnecessárias junto das incubadoras ou falar de forma tranquila e em tom baixo. Responder prontamente aos alarmes sonoros dos equipamentos, reduzir o nível dos alarmes e suspender ou desligá-los sempre que possível; evitar o uso de telemóveis ou outros equipamentos sonoros no microambiente do recém-nascido e não colocar equipamentos (bombas infusoras, etc.) dentro ou em cima das incubadoras, manipulando estas de forma a promover a ausência de ruído tendo cuidado com a abertura e fecho das portas e evitando bater nas suas paredes (Bliss, 2011; Coughlin, 2017; Reid & Feer, 2010; Tamez, 2017).

Santos, Silva, Clemente, Sampaio & Lapa, (2018) através do consenso clínico “A luz e o desenvolvimento do RN prematuro” para A Sociedade Portuguesa de Neonatologia”, alertam para a questão da iluminação e da exposição do RNPT á luminosidade e á influência desta no seu desenvolvimento visual. Referem que existem recomendações que podem ser adotadas e que contribuem para apoiar e proteger o desenvolvimento do sistema visual do RNPT internado, bem como dos ritmos circadianos. Referem ainda que a recomendação relativamente aos níveis de luminosidade se deve manter entre os 10lux e os 600lux. No controlo desta intensidade luminosa devem-se seguir algumas recomendações. Autores como Bliss (2011), Coughlin (2017), Reid & Feer (2010) e Tamez (2017) estão de acordo em algumas delas, nomeadamente: deve-se promover a existência de reguladores de intensidade de luz (interruptor/regulador); promover ciclos de iluminação (dia – 250 /500lux e noite -10/20lux), contribuindo para a promoção do sono; proteger a exposição direta dos olhos do recém-nascido à luz intensa utilizando coberturas nas incubadoras que devem ser adaptadas á idade gestacional e ao estímulo a que o RN deve ser sujeito e, após as 32 semanas de gestação, a cobertura deve ser aliviada progressivamente; privilegiar, nos cuidados, o uso de focos de luz individual, evitando os olhos do recém-nascido (protegendo-os se necessário); colocar os RNPT, com menos de 32 semanas de gestação, longe de janelas que recebem luz solar direta e recorrer ao uso de estores para diminuir a exposição da sala e das incubadoras á luz solar direta. Tamez (2017), relembra ainda a importância de não esquecer que os

estímulos devem ser ajustados e por isso é importante diminuir a intensidade da luz para promover a abertura dos olhos do RNPT, quando estiver desperto, promovendo por exemplo a interação com os pais.

Ao mobilizar estes conhecimentos o EEESIP procura dar resposta às suas competências específicas, procurando os melhores cuidados de enfermagem que permitam a maximização da saúde do RNPT sempre numa perspetiva de CCF e CNT. Identificando os stressores que existem e que podem provir do ambiente dos cuidados poderá promover intervenções facilitadoras e promotoras do desenvolvimento neuroprotector do RNPT.

2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO

O Instituto Nacional de Estatística revela no seu relatório de 2019 que os nados vivos nascidos de pré-termo em Portugal, aumentaram de 7,8% em 2013 para 8% em 2018 (INE,2019). A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2019) no seu relatório *Health at a Glance 2019*, coloca também Portugal entre os cinco primeiros países dos seus membros com maior número de nascimentos de recém-nascidos com peso inferior a 2500g. No caso concreto da UCN onde exerço funções, os RNPT internados têm também aumentado ao longo dos últimos anos. De acordo com os dados recolhidos no Relatório Anual da Qualidade realizado por esta unidade, os RNPT representaram cerca de 36% em 2018 (Roxo, 2018) e 39% em 2019 (Roxo, 2019) dos RN internados.

A partir do momento em que nasce o RNPT passa a estar exposto a todos os fatores que o rodeiam e que são necessários aos seus cuidados, para o seu desenvolvimento e que em um ambiente de UCIN são marcantes e podem ser stressantes ou mesmo traumáticos. O seu normal desenvolvimento estará comprometido necessitando de uma especial atenção, de modo a que esses fatores extrínsecos e que resultam dos cuidados e do meio ambiente que o envolve não lhe sejam prejudiciais.

Vários organismos, tal como a organização Bliss através das *Baby Charter standards*, têm se debruçado sobre este assunto, atribuindo-lhe a devida importância, procurando medidas e formas de cuidar que sejam promotoras de um saudável desenvolvimento do RNPT. Deste modo pretende-se, respeitar os direitos individuais dos RNPT e suas famílias, incluindo a sua privacidade, numa prática de cuidados que minimize o stresse que pode resultar do ambiente de uma UCIN. Estas atitudes poderão levar a mudanças significativas nos resultados do desenvolvimento do RNPT e vão também promover a aproximação entre a família e o recém-nascido (Bliss, 2011). Organizações como Bliss ou os estudos efectuados por autores como Altimier & White, (2013), ou o trabalho desenvolvido por Coughlin, (2017), mostram a importância que deve ser atribuída ao desenvolvimento do RNPT e as influências a que este está sujeito e que provêm do ambiente que o envolve. Já no séc. XIX Florence Nightingale se referia a esta matéria, reiterando a importância da organização do ambiente físico nas suas várias dimensões para os resultados de qualidade que se esperavam dos pacientes (Coughlin, 2017). Também se tornou claro

na minha experiência profissional em UCN, que esta matéria precisa de ser aprofundada e desenvolvida, sempre numa perspectiva de CNT e CCF.

Com a evolução da medicina e o aprofundamento dos cuidados baseados na melhor evidência, as questões do ambiente físico passaram a ser investigadas de modo a que o mesmo contribuísse para resultados de qualidade nos cuidados prestados. Segundo Coughlin, (2017), estes estudos contribuem para diminuir os níveis de stresse e fadiga entre os profissionais das equipas, mas também aumentar a eficácia da prestação dos cuidados, melhorando a segurança dos pacientes diminuindo o stresse dos mesmos e melhorando os resultados esperados, em resumo aumenta a qualidade dos cuidados.

Os cuidados prestados ao RNPT numa UCIN devem assim ser prestados numa cultura de segurança e não traumáticos, onde o enfoque no seu desenvolvimento não seja esquecido. A perda de segurança e ocorrência de erros nos cuidados podem ter efeitos devastadores na vida do recém-nascido. Devendo ser uma prioridade para as instituições que prestam cuidados nesta área, políticas que sejam promotoras de cuidados seguros, identificando erros de modo a corrigi-los e a evitar que voltem a ocorrer (Chatziioannidis, Mitsiakos, Vouzas, 2017). Nesta busca de cuidados seguros e não traumáticos é importante considerar que para o RNPT que está sujeito a um internamento em uma UCIN, os cuidados traumáticos não passam só pelos procedimentos invasivos e dolorosos a que está sujeito, mas a todos aqueles cuidados diretos ou indiretos que podem resultar por exemplo do ambiente sensorial envolvente, e que podem incutir alterações significativas no seu processo de desenvolvimento (Coughlin, 2017).

No caso concreto da UCN onde exerço funções, existe uma lacuna neste campo. Tratando-se de um espaço renovado recentemente não obedece a qualquer controle no que diz respeito a aspetos relacionados com o ambiente onde se presta os cuidados ao RNPT, nomeadamente o nível do ruído e da luminosidade, por exemplo. Por outro lado, não existe formação da equipa multidisciplinar especificamente no que diz respeito á promoção do ambiente seguro e neuroprotector do RNPT, nem uma orientação de trabalho que uniformize cuidados e estabeleça medidas e estratégias promotoras de intervenções que promovam estes cuidados neuroprotetores. O estabelecimento de medidas/intervenções neuro-protectoras do desenvolvimento, criando um ambiente saudável e que suportem as necessidades

fisiológicas e de neurodesenvolvimento dos RNPT são fundamentais (Reid & Feer, 2010).

É neste sentido que se torna pertinente e relevante a intervenção do EEESIP, procurando identificar as necessidades e os stressores que provêm do ambiente e dos cuidados que são prestados ao RNPT, de modo a encontrar com base na literatura e evidencia científica, respostas e meios que possam ser promotores de um ambiente seguro e neuroprotector do RNPT. Envolver não só a equipa de enfermagem, mas também os restantes elementos da equipa multidisciplinar é uma prioridade, sempre numa perspetiva de CCF e CNT, promovendo cuidados de enfermagem que tenham como objetivo reduzir o stresse, protegendo o sono, diminuindo a dor, prevenindo a agitação, preservando a energia do RN, mesurando as manipulações e estabelecendo parcerias com as famílias, estabelecendo intervenções de modo a promover o desenvolvimento e crescimento saudável do RNPT, facilitando as suas capacidades de auto-regulação (Altimier & White,2013; Tamez, 2013).

3. METODOLOGIA

A metodologia que orienta este projeto de formação centra-se na experiência, na pesquisa de evidências científicas e na reflexão. Através de uma análise descritiva, crítica e reflexiva, a experiência é confrontada com a evidência científica existente. Procuro assim desenvolver uma prática reflexiva através da procura de novos conhecimentos, desenvolvendo novas aprendizagens pessoais e profissionais. O desenvolvimento da especificidade da ciência da enfermagem e da sua teoria é defendido por Benner (2001), como estando dependente do desenvolvimento do conhecimento teórico sempre alicerçado na investigação da prática clínica. O conhecimento prático deve ser justificado e fundamentado pela reflexão e o registo preciso e completo da observação e intervenção em enfermagem.

Segundo Peixoto & Peixoto (2016) a prática reflexiva tem adquirido um importante reconhecimento na prática de enfermagem, levando ao aprofundamento de aprendizagens e impulsionando a própria disciplina de enfermagem no que concerne a novos conhecimentos. Através de uma prática reflexiva o enfermeiro interliga os conhecimentos teóricos adquiridos com momentos práticos reais, contribuindo para uma tomada de decisão. Esta prática reflexiva é entendida como um motor de desenvolvimento profissional e humano. Alarcão (2001) relembra que uma experiência para ser formativa tem de ser conceptualizada e refletida. De entre um conjunto de nove princípios validadores da experiência como aprendizagem, Alarcão (2001, p.57) refere o princípio da reflexão: “o aparentemente tácito na vida do dia-a-dia esconde uma multiplicidade de fatores de aprendizagem que a reflexão sobre a experiência pode proporcionar”.

As experiências clínicas de aprendizagem são essenciais para que possa adquirir habilidades de tomada de decisão clínica, procurando através de uma atitude de pensamento crítico, saber quando são necessárias mais informações e conhecimentos adequados e corretos e reconhecendo os limites do próprio conhecimento (Potter, Perry, Stockert & Hall, 2018).

Uma prática reflexiva segundo Netto, Silva & Rua (2018, p.5) possibilita “capacitar o enfermeiro para lidar, de modo crítico, com os condicionantes e determinantes do processo saúde/doença e realizar as suas práticas com autonomia, dentro da visão ampliada de saúde integral, com enfoque no meio ambiente e cidadania (...)”. A partir deste processo reflexivo, é esperado que o profissional, neste caso concreto o enfermeiro que pretende ser EESIP, possa reconhecer, aprender

regras e desenvolver competências, raciocinar a partir do seu leque de experiências, construindo assim novas formas de compreensão e ação, mudando práticas, reforçando a sua autoconfiança e auto-estima num processo contínuo e evolutivo de aprendizagem (Netto, Silva & Rua, 2018).

É pretendido também através da sensibilização e motivação de toda a equipa da UCN onde exerço funções, chegar á implementação de novas estratégias refletidas com essa mesma equipa, que sejam promotoras de um ambiente seguro e promotoras de CCF e CNT e neuroprotetores do RNPT. Deste modo pretendo contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, não esquecendo como estes aspetos relacionados com o ambiente são fundamentais tal como referem os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros:

O ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos vida e que se repercutem no conceito de saúde. Na prática dos cuidados, os enfermeiros necessitam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa / ambiente, (OE, 2001, p.9).

Neste percurso formativo procuro também a partir do autodiagnostico de competências realizado (anexo 1), um aprofundamento e desenvolvimento de competências que são esperadas ao EEESIP, aumentando conhecimentos e aprendizagens, indo ao encontro do que diz o regulamento nº 422/2018 da OE (2018), nomeadamente que o enfermeiro EEESIP:

Trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados á criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa. (OE, 2018, p. 19192).

Neste percurso formativo em vários contextos, de acordo com o cronograma estabelecido (apêndice 1) e que termina na UCN local onde exerço funções, pretendo adquirir e/ou a aprofundar essas competências esperadas de EEESIP.

4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO: UM PERCURSO NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE EEESIP

Este percurso que percorreu os contextos que são estabelecidos pela OE para os cuidados na área da saúde da criança e do jovem e suas famílias, foi organizado de acordo com as necessidades de aprendizagem e com o projeto desenvolvido, conforme cronograma apresentado em Apêndice 1. O Estágio foi desenvolvido assim numa unidade de saúde familiar, num serviço de internamento de pediatria, numa urgência de pediatria, num centro de desenvolvimento da criança, numa unidade de cuidados intensivos de neonatologia e por fim na unidade de cuidados neonatais onde exerço funções atualmente.

Potter, Perry, Stockert & Hall (2018) relembram que o pensamento crítico combina os conhecimentos do enfermeiro com a sua experiência e as suas competências no processo de enfermagem, suas atitudes e padrões, de modo a contribuir para cuidados de enfermagem seguros e eficazes.

Deste modo e nesta linha de pensamento, procurei aproveitar as oportunidades que os diversos contextos de prática me proporcionaram, adaptando as atividades a desenvolver, integrando assim, neste trabalho, as diversas experiências vividas e que contribuíram para o desenvolvimento de competências especializadas.

Os próximos subcapítulos descrevem o percurso formativo de acordo com objetivos gerais que foram estabelecidos, por irem ao encontro das minhas necessidades formativas, na perspetiva de desenvolvimento das competências de EEESIP. São eles: **Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados á criança, jovem e suas famílias a viver processos de saúde ou de doença em diferentes contextos pediátricos** e **Desenvolver competências de EEESIP no âmbito da promoção do desenvolvimento do recém-nascido pré termo e sua família com foco na medida neuroprotetora ambiente seguro**. A partir destes foram definidos também objetivos específicos que procuram dar-lhes continuidade e especificidade na realização das atividades nos diferentes contextos de prática e que serão apresentados ao longo deste capítulo.

Em cada contexto de estágio foi apresentado um guia orientador de estágio (apêndice 2), com o tema do projeto, o cronograma de estágio e os objetivos delineados e atividades propostas que lhes pretendiam dar resposta. Algumas destas

atividades foram transversais a todos os contextos, nomeadamente: pesquisa bibliográfica; consulta de documentação relacionada com a organização dos cuidados nos contextos, protocolos /projetos em curso; discussão do projeto de estágio com o enfermeiro orientador/enfermeiro chefe; entrevista com o orientador e/ou chefe dos contextos de estágio ou outros EEESIP, com foco nos objetivos a desenvolver; observação participante nos cuidados; participação na prestação de cuidados de enfermagem á criança jovem e família e síntese reflexiva das atividades desenvolvidas e seu contributo para a aquisição de competências de EEESIP, de entre as quais incluo neste relatório, a título de exemplo, a realizada em contexto de USF (apêndice 3).

O guia orientador de estágio foi ajustado a cada contexto, após discutido e analisado com a respetiva enfermeira orientadora e/ou enfermeira chefe, de acordo com a especificidade de cada um e seu possível contributo para o processo formativo que estava a desenvolver.

4.1. Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados á criança, jovem e suas famílias a viver processos de saúde ou de doença em diferentes contextos pediátricos

O desenvolvimento de competências de EEESIP implica um conhecimento vasto em várias áreas de atuação na área da saúde infantil e pediatria; essas competências pretendem tornar o enfermeiro capacitado para, de forma específica, lidar com a criança o jovem e suas famílias nos diferentes contextos e situações em que se encontram. Assim, indo ao encontro do que diz o regulamento nº 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018), o enfermeiro EEESIP,

Trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados á criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa. (OE, 2018, p. 19192)

No meu percurso profissional, já tendo trabalhado em vários contextos de pediatria, nomeadamente em internamento de pediatria médica e cirurgia, neonatologia, urgência de pediatria e consulta de pediatria, faltava-me o contacto com a realidade dos cuidados de saúde primários. São estes cuidados segundo o decreto-lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro,

o pilar central do sistema de saúde. Na verdade, os centros de saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados, (p.1182)

Considero fulcral a passagem pelo contexto USF para o desenvolvimento das minhas competências como EEESIP. Ao longo deste estágio procurei acompanhar as atividades desenvolvidas pela enfermeira orientadora, EEESIP, desenvolvendo cuidados no âmbito da CVSIP. Esta consulta é realizada de forma autónoma pela mesma, enquadrando-se no PNSIJ e realiza-se para todas as crianças e jovens dos 0 aos 18 anos e suas famílias. Pode ser realizada também fora do PNSIJ, decorrente de alguma marcação extra, efetuada pela enfermeira ou mesmo pelo médico que faz parte da equipa, no decurso de alguma necessidade identificada para a criança e família ou no cumprimento do PNV. Estas consultas decorrem numa sala preparada para o efeito, decorada com motivos infantis e com mobiliário adequado. Não existe monitorização de aspetos como a temperatura ambiente e a luminosidade. Contudo, em diálogo com EEESIP compreendi que esta procura que estas consultas decorram num ambiente confortável, promovendo a segurança e a privacidade, adequando o ambiente às famílias e às idades das crianças e jovens de acordo com o equipamento e os recursos existentes.

Nestas consultas participei de duas formas, através de observação participante e através da realização de consultas de avaliação do desenvolvimento integradas no PNSIJ ou vacinação decorrente do PNV. Tive a oportunidade de desenvolver consultas a crianças em praticamente todas as faixas etárias (não houve consultas com crianças nascidas pré-termo), procurei nas mesmas seguir o que preconiza o PNSIJ para cada consulta de acordo com a idade chave, procurando sempre individualizar os cuidados e adequá-los a cada criança e família procurando assim também prestar cuidados centrados na família. De modo a preparar-me, consultava no dia anterior, quais as crianças e jovens e suas idades com consulta marcada, orientando de acordo com o PNSIJ as consultas a realizar. Nos cuidados de saúde primários é possível realizar “com eficácia a apreciação do desenvolvimento infantil sem perder a simplicidade nos procedimentos. Neste contexto, os profissionais de saúde motivados e com experiência poderão avaliar adequadamente o desenvolvimento de uma criança (...)”. (PNSIJ, 2013, p.52).

No decorrer destas consultas muitas foram as oportunidades que, conjuntamente com a enfermeira orientadora ou individualmente, permitiram não só

fazer a avaliação do desenvolvimento da criança e jovem tendo por referência o preconizado no PNSIJ, utilizando a escala de Mary Sheridan Modificada, mas também, através de orientações antecipatórias e esclarecimentos de dúvidas aos pais, procurei contribuir para a desenvolvimento saudável das crianças e jovens. Potter & Perry (2018) referem que os enfermeiros são uma fonte visível e competente para os clientes que pretendem melhorar o seu bem-estar psicológico e físico, proporcionando a estes informações e habilidades que lhe permitem assumir comportamentos mais saudáveis.

Por outro lado, estas consultas, sendo consultas em que o enfermeiro é o enfermeiro da família, são também momentos onde procurei envolver toda a família, desenvolvendo CCF. Na grande maioria das consultas realizadas estiveram presentes ambos os pais e em algumas os irmãos; estas presenças são fruto do trabalho já desenvolvido pela EEESIP que realiza estas consultas e com quem já estabeleceram uma relação de proximidade.

Ao realizar o acolhimento a estas famílias, para além do motivo de vinda á consulta marcada pude colher dados pertinentes na área da saúde e bem-estar, guiado também pelo programa informático em uso na USF que possui alguns algoritmos de colheita de dados, sobre todos os outros elementos da família (irmãos, pais); através deste conhecimento adquirido pude assim programar intervenções para os outros elementos da família, de acordo com situações específicas identificadas, como vacinas em atraso de um dos progenitores ou irmãos ou marcando uma consulta para outro elemento da família, como consulta de planeamento familiar para os pais, ou desenvolvendo orientações antecipatórias sobre necessidades identificadas como por exemplo sobre a segurança rodoviária com um dos irmãos que iniciava a ida para escola sozinho. Procurei assim não me focar apenas na criança ou jovem que vinha à consulta, mas tentei aproveitar a oportunidade de contacto com a família, de forma a planear e melhorar os cuidados prestados a esta, promovendo ganhos em saúde, tal como preconiza o Plano Nacional de Saúde (2012-2016).

Neste contexto de estágio fui fazendo a pesquisa e leitura de bibliografia que considerei pertinente e que se refletiu nas atividades desenvolvidas. Destaco o PNSIJ de 2013 e o Guia orientador de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica da Ordem dos Enfermeiros (2010), que permitiu orientar as consultas em que pude colaborar e ou realizar.

Nestas consultas de avaliação do desenvolvimento segui o preconizado para cada faixa etária pelo PNSIJ. Nos RN em primeira consulta avalei, por exemplo, entre outros aspetos, os reflexos primitivos. Avalei os parâmetros antropométricos, que não constituiu qualquer dificuldade para mim em termos da sua execução, e através dos resultados obtidos pude analisar as curvas de crescimento adequadas a cada faixa etária. Estas curvas permitem a visualização do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem e são um instrumento fundamental para a monitorização do seu estado de crescimento e nutrição. Tal como refere o PNSIJ (2013, p.43) “o desenvolvimento harmonioso, dentro de parâmetros normais, é basilar para uma vida adulta e saudável (...)”. Nestas consultas é aplicada também a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, nas crianças dos 0 aos 5 anos. Este instrumento de trabalho que já era do meu conhecimento, é uma mais-valia para estas consultas, sendo que a sua aplicação requer conhecimentos e prática. A OE preconiza a utilização desta escala de avaliação referindo que é um instrumento de aplicação rápida, preciso e fiável, que permite a avaliação de áreas relacionadas com o desenvolvimento como postura e motricidade global, motricidade fina e visão, mas também audição, linguagem e comportamento e adaptação social (OE, 2010). Apliquei esta escala de avaliação em colaboração com a EEESIP orientadora. Por exemplo numa criança de 3 anos que segundo os pais tinha alguma dificuldade em compreender o que se lhe dizia, constituindo este facto um sinal de alarme, foi possível, utilizando esta escala, perceber que existiam parâmetros avaliados que suscitavam dúvidas relativamente ao desenvolvimento da criança. Foram também reforçadas, junto dos pais, algumas atividades promotoras do desenvolvimento, aconselhadas pelo PNSIJ para esta idade, e foi programada nova avaliação. Numa segunda avaliação foram confirmadas essas dúvidas o que permitiu encaminhar esta criança para uma consulta de desenvolvimento numa outra instituição de referência para uma avaliação mais aprofundada do seu desenvolvimento.

Procurei conhecer o PNV de modo a realizar vacinação às crianças e jovens de acordo com o mesmo, conhecendo as vacinas, suas finalidades e efeitos, mas também algumas vacinas extra PNV que foram administradas por prescrição médica, como a vacina contra o *Rotavírus* ou contra a *N. meningitidis* do grupo B. Deste modo pude esclarecer os pais sobre as suas dúvidas e reforçar cuidados e necessidades de vigilância pós vacinação O plano de vacinação que é tido em conta obedece ao Programa Nacional de Vacinação 2017 da DGS, aplica-se a todas as pessoas

presentes em Portugal independentemente do seu estado legal e proveniência, adaptado a cada realidade e a essa mesma proveniência, á idade, ao seu estado vacinal anterior e à sua associação a determinados grupos de risco ou circunstâncias especiais.

Em todas as consultas entre outras questões e orientações antecipatórias que são preconizadas também pelo PNSIJ, procurei fomentar conhecimentos e aprendizagens junto das crianças jovens e famílias, que fossem promotores do desenvolvimento de comportamentos que visassem um ambiente seguro, em questões de prevenção de acidentes domésticos, rodoviários e escolares, de acordo com as faixas etárias e também de acordo com as necessidades identificadas. Para tal recorri a conhecimentos já adquiridos na vida profissional, reforçados pelo PNSIJ da DGS (2013), pelo Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016 da DGS (2010), pelo Plano de Ação para a Segurança Infantil 2012-2016 do Alto Comissariado da Saúde (2012), pela informação disponível da Associação para a Promoção da Segurança Infantil, nomeadamente a brochura “ Vale a pena crescer em segurança, evitar os acidentes no primeiro ano de vida” e apoiado pelos folhetos em uso na USF, nomeadamente sobre prevenção de acidentes domésticos, utilização de brinquedos e transporte de crianças em automóvel

Foi possível ainda, no decorrer da discussão do meu projeto de estágio com a enfermeira orientadora e de acordo também com o modelo teórico mobilizado, a identificação de uma necessidade formativa para da equipa de enfermagem, de modo a contribuir para uma melhoria contínua dos cuidados, que se prendia com a necessidade de lidar com o choro do bebé. O choro pode ser uma consequência de um possível mau estar do bebé e pode resultar de vários fatores / stressores intrínsecos ou extrínsecos ao bebé (Santos, 2000). Estes stressores podem surgir do ambiente que o envolve e mesmo dos cuidados de enfermagem, podendo afetar o seu bem-estar e o da família. Neuman e Fawcett (2011) referem que o objetivo primordial da enfermagem é facilitar a otimização do bem-estar do cliente através da retenção, atendimento ou manutenção da estabilidade do sistema cliente. Este sistema, influenciado pelos stressores, entendidos como estímulos ou forças de produção de tensão que ocorrem dentro dos limites ambientais internos e externos do sistema cliente, pode perder essa otimização do bem-estar pretendida. O choro é a linguagem principal do bebé (Santos,2000), (entendido como o cliente) que manifesta assim a sua forma de estar ao reagir aos diversos stressores a que possa estar sujeito,

sendo assim primordial compreendê-lo de forma a se poder procurar a homeostasia pretendida e o bem-estar, através de implantação e execução de intervenções adequadas.

A partir da necessidade formativa identificada foi efetuada pesquisa e consulta bibliográfica e realizada uma formação a toda a equipa de enfermagem da USF, com o tema “o Bebê chora... como ajudar?” (apêndice 4). Os conteúdos incluíram: o choro do bebé; a sua compreensão; o papel do Enfermeiro e o alívio do choro, orientações antecipatórias aos pais. Esta formação foi posteriormente avaliada pelos formandos, com resultados bastante positivos.

Foi elaborado ainda um folheto informativo/educativo (apêndice 5), com orientações antecipatórias para os pais, a ser-lhes entregue em caso de identificação de necessidade, pelos enfermeiros da USF.

Na síntese reflexiva (apêndice 3) elaborada após a passagem neste contexto de estágio, estas e outras atividades puderam ser refletidas e fundamentadas, contribuindo assim para o processo de aprendizagem e para o percurso de desenvolvimento de competências de EEESIP.

Continuando o percurso formativo de modo a desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança, jovem e suas famílias a viver processos de saúde ou de doença em diferentes contextos pediátricos, os dois contextos de estágio que se seguiram foram o IP e a UP. Nestes contextos de estágio a atividade observação participante teve particular relevância, não só pela realidade dos contextos, mas pela experiência profissional já desenvolvida nestas áreas de cuidados à criança jovem e família. O que não impossibilitou o desenvolvimento das restantes atividades estabelecidas e apresentadas no respetivo guia orientador de estágio e que foram discutidas com as enfermeiras orientadoras e enfermeiras chefes em reuniões e entrevistas informais. Estas atividades serão apresentadas ao longo deste relatório de acordo também com os objetivos específicos estabelecidos. Esta observação participante foi bastante enriquecedora. Um observador é considerado participante quando este se integra num grupo e na vida do mesmo. A observação participante possibilita obter uma perspetiva holística e natural das matérias a serem estudadas (Mónico, Alferes, Castro & Pereira, 2017).

Acompanhei o EEESIP, procurando compreender as suas competências como enfermeiro que presta cuidados à criança jovem e família nestes dois contextos de estágio. Dialoguei com este na forma como estabelece o processo de enfermagem e

o desenvolve e avalia, e quais as intervenções de enfermagem e os cuidados que daí resultam, aproveitando todos os momentos como momentos de aprendizagem para melhorar e desenvolver as minhas próprias competências como EEESIP.

No IP esta observação participante coadjuvada com as outras atividades como a prestação de cuidados, permitiram-me recordar conhecimentos na área da pediatria, nomeadamente no que se refere aos cuidados a crianças com patologias mais específicas (como drepanocitose ou malformações congénitas) que necessitaram de revisão de literatura, permitindo-me assim discutir e planear os cuidados prestados com a enfermeira orientadora.

Foi também fundamental a pesquisa de documentação existente no serviço, protocolos e projetos que de alguma forma contribuíssem para os objetivos a alcançar e as atividades a desenvolver. Destaco o conhecimento do projeto “Núcleo contra a dor”, como veremos mais adiante. Neste percurso foi importante reconhecer o papel do EEESIP que desenvolve as suas competências em momentos específicos e em que pude colaborar. Assim, destaco por exemplo a identificação de situações onde as intervenções de enfermagem, mobilizando o modelo teórico de enfermagem de Betty Neuman, nos cuidados a uma criança de 1 ano com drepanocitose se situaram ao nível da prevenção secundária, promovendo a presença da família, assegurando as suas necessidades e minimizando a dor. Mas também na prevenção terciária, capacitando os pais para cuidar desta criança após a alta, esclarecendo dúvidas, assegurando uma correta analgesia, recorrendo também a estratégias não farmacológicas. Desta forma promove-se a fortificação das linhas internas de resistência do cliente, contribuindo para o seu restabelecimento após o stressor atingir o sistema (Neuman & Fawcett, 2011).

Envolver toda a família numa perspetiva de CCF foi sempre uma prioridade nos cuidados prestados. Os recursos da comunidade foram também mobilizados quando necessários, com o acompanhamento e encaminhamento de crianças em situações específicas de saúde para instituições de apoio, tendo o EEESIP sido a ponte de referência e de ligação entre a criança envolvida e sua família e a Instituição Particular de Solidariedade Social da Comunidade a quem foi necessário recorrer. Por exemplo, com o EEESIP preparei a alta de uma criança de 18 meses, com uma doença degenerativa, que iria ser institucionalizada, formando os funcionários dessa instituição nos cuidados necessários ao bem-estar da criança e para dar resposta as suas necessidades, incluindo alimentação por sonda nasogástrica. O EEESIP foi

também o elo de ligação com a família desta criança, que estava ausente, colocando-a a par de tudo o que se passava com a criança, informando-a e esclarecendo-a. Pretendeu-se manter os bons cuidados á criança após a alta, reduzindo o impacto que os stressores que resultam da mudança de ambiente e de instituição e das necessidades específicas dos cuidados podiam implicar, sobre essa criança e família.

O EESIP também se depara muitas vezes com situações, que se enquadram numa perspetiva de prevenção primária, suscitando o desenvolvimento de intervenções que previnem a ocorrência de instabilidade do sistema, pela interferência de stressores. Procurei dar resposta a todas as oportunidades identificadas para a realização de orientações antecipatórias, independentemente do motivo de internamento da criança e jovem. Em diversas situações foi possível constatar que os pais apresentavam dúvidas relativamente às suas competências parentais, relativas a cuidados com o desenvolvimento do seu filho. Por exemplo na avaliação inicial de enfermagem de uma criança internada com o diagnóstico de gastroenterite um pai manifestou dúvidas sobre o sono do seu filho, o número de horas que devia dormir e quando e onde, entre outros aspetos. Alguns pais procuraram junto do enfermeiro a ajuda que necessitavam para o esclarecimento das suas dúvidas, assim procurei dar resposta a todas estas situações, fundamentado nos conhecimentos adequados e procurando adequar também a cada situação a linguagem utilizada. Dadam (2011) relembra que esta educação parental é muito importante, pois pode fornecer informações de carácter emocional e prático, proporciona princípios de aprendizagem, estratégias de modificação de comportamentos, que levam a resolução de problemas contribuindo muitas vezes para a compreensão e ajustamento de hábitos menos saudáveis. Desta forma em parceria com os pais foi possível estabelecer intervenções que possibilitaram a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados aos seus filhos, recorrendo-me algumas vezes de recursos existentes no serviço, como folhetos de que é exemplo um sobre a higiene do sono na criança, temática que faz parte de um dos projetos de relevância existentes neste serviço.

O EESIP desempenha um papel importante também na dinâmica e organização e gestão do serviço de modo a promover uma melhoria contínua dos cuidados. Dando resposta às necessidades do serviço e de acordo com as competências comuns de Enfermeiro Especialista, Regulamento nº 140/2019 da OE, este faz a gestão da equipa de enfermagem em cada turno além da gestão de

materiais e medicamentos e outros aspetos de gestão de serviço. Com o EEESIP colaborei nessas funções de gestão da equipa, compreendendo a forma como estabelece a distribuição da equipa de enfermagem em cada turno de acordo com as necessidades de cuidados de cada criança internada. Sob a sua orientação fiz também a gestão de pedidos de farmácia e o controle de *stocks* e de prazos de validade assim como de outros materiais e equipamentos necessários aos cuidados.

No contexto de estágio UP, a funcionar com alguns constrangimentos que se refletiram no seu normal funcionamento e condicionando também as oportunidades de aprendizagem que tentei rentabilizar ao máximo, os cuidados de enfermagem são prestados em duas zonas distintas, a chamada “zona de balcão” de atendimento e a zona de internamento de curta duração, ou unidade de internamento de curta duração. O EEESIP desempenha aqui as suas funções prestando cuidados de enfermagem especializados à criança e jovem e suas famílias em diferentes situações de risco, complexas ou raras ou colaborando na gestão de cuidados, de recursos humanos e materiais do serviço.

Integrado numa equipa procurei desenvolver as minhas competências de EEESIP. Para tal acompanhei o enfermeiro orientador nas suas funções procurando entender a forma como este desenvolve essas competências em contexto de UP. Através da observação participante em contexto de Triagem de Manchester efetuada à criança á chegada ao serviço, participei no acolhimento às crianças e famílias que recorreram ao serviço de urgência por múltiplos motivos. Compreendi, dialogando com o EEESIP no decurso deste estágio que este acolhimento é fundamental para que o percurso da criança e sua família no serviço de urgência seja o mais positivo possível. Diogo (2016) refere que a ida a um UP origina numa criança medos, podendo esta adaptar-se à situação recorrendo a estratégias promovidas pelos pais e enfermeiros. Devem assim as intervenções de enfermagem demonstrar preocupação com a humanização dos cuidados e fortalecer as relações de parceria e tomada de decisão informada sobre o processo de cuidados.

Ao colaborar com o EEESIP na triagem de Manchester pude compreender os parâmetros a abordar na sua aplicação, tendo para tal consultado o manual existente no serviço e norma de procedimento existente relativa ao assunto. Depois desta triagem a criança é encaminhada de acordo com a sua situação clínica e a triagem efetuada; para este encaminhamento existe também uma norma. Estas normas fizeram parte do conjunto de documentos consultados relativos à UP, destacando

ainda, entre outros, o procedimento em sala de emergência ou a descrição de funções, no serviço, do EEESIP.

Este momento de triagem, apesar de obedecer a determinados parâmetros constitui também um momento de abordagem à família e criança onde muitas vezes o EEESIP tem possibilidade de identificar outras necessidades e oportunidades para a maximização da saúde da criança/jovem e família. Pude desenvolver intervenções, como orientações antecipatórias e esclarecimento de dúvidas aos pais sobre questões relacionadas com a saúde do seu filho, como as relacionadas com a alimentação, com a prevenção de acidentes e segurança, comportamentos aditivos, que não estando ligadas a priori ao motivo da ida à urgência, representaram uma mais-valia para o desenvolvimento saudável da criança e jovem. Estas intervenções que pude depois desenvolver, foram realizadas já no decurso do encaminhamento na UP da criança/jovem e família, após a triagem, visto que o tempo para a triagem é limitado e sempre que a situação clínica da criança o permitiu e previamente negociadas com os pais. Desde modo procurei ir ao encontro dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica da OE (2017) quando é referido que o enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica procura de forma permanente a excelência no exercício profissional, ajudando a criança e o jovem a alcançar o máximo potencial de saúde nomeadamente:

a avaliação de conhecimentos e comportamentos da criança/jovem relativo à saúde; a criação e aproveitamento de oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde; o fornecimento de informação orientadora dos cuidados antecipatórios, dirigida às famílias, para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil; a utilização de estratégias motivadoras da criança/jovem para o desempenho adequado dos seus papéis na saúde; a sensibilização dos pais, cuidadores e profissionais para as situações de risco, consequências e sua prevenção (ex.: violência, consumo de substâncias ilícitas, consumo de álcool/tabaco, gravidez na adolescência); a criação e aproveitamento de oportunidades para facilitar a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem; a negociação do contrato de saúde com o adolescente; a identificação dos estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis. (OE, 2017, p.6)

A experiência na UICD deste serviço foi muito diminuta. Pude acompanhar poucas crianças cuja situação clínica determinou o seu internamento nesta unidade. Efetuei pesquisa bibliográfica para o esclarecimento de algumas dúvidas, relativamente às patologias das crianças internadas, procurei compreender quais os stressores que desestabilizavam a saúde e o bem-estar e a homeostase, desejada,

dessas crianças. Estabeleci intervenções de enfermagem de modo a repor essa homeostase, essencialmente ao nível da prevenção secundária de acordo com o modelo de enfermagem de Betty Neuman, tais como como minimizando a dor recorrendo a medidas farmacológicas, mas também não farmacológicas como a amamentação de um RN durante um procedimento invasivo como a colheita de sangue, ou promovendo a presença da família e a sua privacidade recorrendo ao uso de biombos. Mas também ao nível da prevenção terciária de acordo com o mesmo modelo de enfermagem, através das intervenções que estabeleci para a alta destas crianças e que pretenderam ser promotoras da capacitação dos pais, por exemplo na avaliação e controlo da dor num caso de uma criança com drepanocitose, através do esclarecimento de dúvidas e fornecimento de informação aos pais, que possibilitassem a estes pais prestar cuidados para a manutenção do equilíbrio da criança, necessário ao seu estado de saúde após a alta. Neste sentido visei a sua autonomia e capacitação para uma tomada de decisão informada nos diferentes domínios do percurso assistencial (OE,2017) e contribuindo para prevenir o seu regresso ao serviço de urgência.

Sendo chefe de equipa o EEESIP que acompanhei, muitas vezes não estava a prestar cuidados diretos á criança e família em situação de urgência, representando um papel de coordenador da equipa, apoiando a mesma nas situações de maior complexidade e assumindo o papel de enfermeiro de referência na sala de emergência para os pais. Este papel, enquadrado dentro da filosofia dos cuidados em enfermagem pediátrica, nomeadamente nos CCF e nos CNT, resulta do desenvolvimento de um projeto realizado por uma EEESIP neste serviço e que estabelece a importância da permanência dos pais junto da criança, em situação de emergência na sala de reanimação e da necessidade de lhes prestar apoio e de comunicar com eles. Os enfermeiros preenchem uma função primordial, pelas competências próprias ao seu exercício profissional, no que concerne à identificação das necessidades da família e mobilizando estratégias de comunicação adequadas e integrando a família nos cuidados prestados (Béranger, Pierron, Blanquat, Jean & Chappuy, 2016). Por sua vez não podemos esquecer que esta presença dos pais é um dos direitos da criança, salvaguardados na carta da criança hospitalizada (IAC, 2008). Contudo, e sempre numa perspetiva de CCF, esta presença dos pais deve ser negociada com estes, sendo que esta é sempre possível e desejável desde que possa ser apoiada por um dos elementos da equipe, como refere Maconochiea et al. (2015).

Mesmo não tendo ocorrido nenhuma situação em sala de emergência durante o período deste estágio, decorreu uma situação onde a presença dos pais junto da criança e a sua importância se demonstrou relevante, levando-me a refletir sobre o assunto e a importância do papel do EEESIP na promoção desta presença e dos CCF e CNT e o meu papel neste acontecimento e como futuro EEESIP. Realizei assim um jornal de aprendizagem (apêndice 6). Shields et al. (2012) refere que segundo o Institute for Patient and Family, os prestadores de cuidados que prestam CCF, reconhecem o papel vital que as famílias desempenham para garantir a saúde e bem-estar das crianças. Eles devem reconhecer que o suporte emocional, social e o suporte ao desenvolvimento são componentes integrais dos cuidados de saúde, promovendo a saúde e o bem-estar dos indivíduos e das famílias restaurando a sua dignidade e devolvendo-lhes o controle.

À semelhança do contexto de estágio em serviço de IP colaborei ainda com o EEESIP, enquanto chefe de equipa, na gestão da mesma em termos da otimização dos recursos de enfermagem e sua distribuição em cada turno, além da gestão de materiais e medicamentos e outros aspetos da gestão do serviço.

A passagem pelo contexto de estágio em CDC, constituiu neste percurso de aprendizagem um marco fundamental para o desenvolvimento da minha formação como enfermeiro que pretende ser EEESIP a desenvolver as suas competências. Atrevo-me mesmo a dizer que aqui compreendi de forma muito particular e destacada a importância do papel do EEESIP nos cuidados à criança jovem e suas famílias. Talvez devido à especificidade dos problemas de saúde das crianças e jovens e suas famílias aqui encontrados e a realidade dos cuidados de enfermagem aqui prestados. A importância do EEESIP neste tipo de contexto é reconhecida pelo PNSIJ (2013, p.34) quando refere que

as crianças com perturbações do desenvolvimento, deficiência ou doença crónica exigem, de facto, cuidados acrescidos, nomeadamente a continuidade de intervenção dos vários serviços. A função de “charneira” destes cuidados deve ser liderada, de preferência, pelo médico assistente ou pelo enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica (...).

A ligação que as EEESIP que aqui desempenham funções estabelecem com cada criança e sua família e a forma como detêm um conhecimento da sua história de saúde das suas necessidades e da sua evolução no seu problema de saúde é bastante relevante. Dando destaque às competências que são esperadas a um EEESIP numa perspetiva de CCF, o envolvimento da família vai ao encontro daquilo que é dito por Lopes & Pereira (2019), que falando dos cuidados à criança com doença

rara diz que é essencial haver um conhecimento das capacidades da própria criança e dos seus cuidadores e que através deste diagnóstico se possa integrar os mesmos como membros efetivos da equipa dos cuidados desde o primeiro momento. Cumpre-se assim o princípio da participação da pessoa e sua família no processo de cuidados.

Das atividades aqui desenvolvidas destaco a entrevista informal inicial realizada com a enfermeira orientadora, onde foi possível compreender a relevância do papel do EEESIP, as suas competências e a sua autonomia. O CDC presta serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento de todo o tipo de doenças neurológicas agudas e crónicas e perturbações do desenvolvimento psicomotor,

proporcionando uma assistência eficaz e eficiente, defendendo a promoção da qualidade e da excelência. Neste centro o EEESIP integrado numa equipa multidisciplinar, presta cuidados de referência a crianças jovens e família com diferentes patologias e problemas de desenvolvimento, servindo como elemento de referência para os mesmos e trabalhando com estas de forma autónoma, mas sempre tendo em conta o trabalho também desenvolvido pelos restantes elementos da equipa multidisciplinar. Da discussão do meu projeto através da apresentação do guia orientador de estágio e das atividades nele propostas, foi estabelecido que a observação participante seria a possível neste contexto e que seria relevante a participação no *Journal Club* (momento de formação e de discussão realizado semanalmente para toda a equipe multidisciplinar) sobre um tema relacionado com o desenvolvimento dos recém-nascidos pré-termo, que foi realizado e de que falarei mais adiante neste relatório.

Particpei, enquanto observador participante, nas consultas programadas (a pedido da própria enfermeira orientadora para não perturbar a relação que esta detém com cada criança e família) do núcleo de espinha bífida e nas consultas de desenvolvimento de crianças com paralisia cerebral. Estas consultas são programadas e preparadas com antecedência, permitindo assim ao enfermeiro um melhor desenvolvimento das mesmas. Particpei nesta preparação consultando o processo e os registos das últimas consultas, podendo assim orientar com a EEESIP as próximas consultas, compreendendo o plano em curso estabelecido para o acompanhamento do desenvolvimento destas crianças e famílias e as intervenções em curso e a desenvolver. Esta preparação e programação de atividades e intervenções, orientações antecipatórias, etc., para além de contribuir para o

desenvolvimento da criança em seu contexto familiar, pretende como diz Lopes & Pereira (2019) também desenvolver a educação e a capacitação dos utentes levando a uma literacia em saúde, cujo nível pode facilmente ter impacto na utilização dos serviços, nos comportamentos e estilos de vida, na participação e na equidade.

As consultas de desenvolvimento de crianças nascidas prematuras, pelas quais tinha particular interesse foram desmarcadas durante o período em que decorreu o estágio, tendo apenas participado na sua preparação e programação com a EEESIP. Foi efetuada também alguma pesquisa bibliográfica, correspondendo à necessidade de melhor compreensão dos aspetos relacionados com os problemas inerentes ao desenvolvimento destas crianças, seguidas nas respetivas consultas.

4.1.1. Mobilizar princípios e técnicas de comunicação com a criança, jovem e família, adequadas ao estágio de desenvolvimento e cultura e à situação de saúde e ou doença

Em todos os contextos de estágio procurei adequar e adaptar a comunicação e a linguagem utilizada, tendo em conta a faixa etária da criança e jovem e o contexto em que me encontrava, a situação clínica e familiar. Para que pudesse desenvolver este objetivo a que me propus, foi necessário reforçar os conhecimentos que já detinha com a pesquisa de alguma bibliografia. A comunicação nos cuidados de enfermagem é fundamental. Martinez, Tocantins & Souza (2013) referem que através da comunicação nos cuidados que presta, o enfermeiro visa ajudar a criança a recuperar-se e ajuda-a a enfrentar a doença e a hospitalização, permitindo a troca de afetos e experiências. Ao mesmo tempo, essa especificidade na comunicação permite a identificação das necessidades de saúde da criança hospitalizada compreendendo-a numa perspetiva de cuidados humanizados.

Através da observação participante e do diálogo com os enfermeiros orientadores pude também reunir informações e contributos, que permitiram adjuvar a importância da comunicação nos cuidados de enfermagem prestados pelo EEESIP, no estabelecimento da relação com a criança, jovem e família. Nos diversos contextos principalmente na USF, IP e UP procurei adaptar essa comunicação ao seu estágio de desenvolvimento, utilizando estratégias que estão descritas por autores como Hockenberry (2014) como sendo úteis e que são fomentadoras dessa comunicação em pediatria, nomeadamente a utilização do brincar, da imaginação guiada, permitindo que pudessem ser sempre intervenientes ativos, facilitando o tempo

necessário para a sua adaptação, não forçando a comunicação e quando necessário tendo iniciado a comunicação pelos cuidadores. Demonstrou-se fundamental como medida facilitadora da comunicação a compreensão das características do estágio de desenvolvimento de cada um dos intervenientes e da sua própria linguagem, tal como reforça Hockenberry (2014). Este autor relembra também que o brincar que usei em muitas situações, é um importante mediador dos cuidados de enfermagem, da relação e da comunicação com a criança de acordo com os seus estádios de desenvolvimento, porque este representa uma linguagem universal. Além disso o brincar funcionou também como intermediário para se conseguir atingir alguns fins nos cuidados que seriam necessários prestar. Através do brincar e da negociação daí resultante com a criança, foi possível, por exemplo, a avaliação de alguns parâmetros antropométricos no contexto de USF ou a avaliação de sinais vitais em contexto de UP, em que avaliando por exemplo uma temperatura num boneco, permitiu que a criança perdesse o receio inicial e cooperasse na sua própria avaliação de temperatura.

Promovendo a brincadeira como forma também de comunicação está-se não só a contribuir para o desenvolvimento da criança, mas também a promover processos de socialização. Muitas vezes é através desta brincadeira que a criança comunica com o ambiente e expressa de forma ativa os seus sentimentos frustrações e ansiedades. A brincadeira e o uso de objetos lúdicos num espaço de prestação de cuidados de saúde promovem assim a expressão de emoções e a gestão de conflitos além de que estará sempre a contribuir para o desenvolvimento de habilidades sensoriais e preceptivo-motoras e de conhecimento da criança. Promove também a minimização dos traumas, nomeadamente da dor e do sofrimento que pode ocorrer dependendo de cada situação, levando a uma mais rápida recuperação da criança e a uma diminuição do tempo de internamento. (Escobar, Mellin, Tapla & Noguchi, 2013; Sossela & Sager, 2017).

Apesar de em contexto de UCIN a comunicação se apresentar sobre outras formas, esta também é necessária e está presente. Sendo que o RN não comunica através de linguagem verbal, comunica através do choro sendo esta a sua linguagem principal (Santos, 2000), é preciso por isso compreendê-lo e saber responder a esta forma de comunicação. O trabalho desenvolvido na USF (apêndice 4) contribuiu também para isso. De qualquer modo a comunicação com o RN foi efetuada através do contacto/ toque, contenção, colo, falando em tom tranquilo e baixo. Hockenberry (2014) reforça esta ideia referindo que o abraço, o toque e o tom de voz são medidas

adotadas que são tranquilizadoras e confortam o RN, sendo por isso também úteis quando se pretende prestar CNT. A comunicação com as famílias foi outro aspeto em que procurei demonstrar total disponibilidade e atenção.

Pude constatar de facto que a comunicação do enfermeiro com a criança ocorre no mais singular e íntimo dos momentos dos cuidados que este presta á criança, através de pequenas expressões verbais e não-verbais. Martinez (2013) relembra que a comunicação não ocorre de maneira linear, mas ocorre através de uma rede articulada de informações que está presente no modo como o enfermeiro se comunica. A comunicação ocorre em todos os contextos de cuidados á criança, compreendendo a linguagem falada, linguagem comportamental e atitude profissional.

A mobilização de princípios e técnicas na comunicação com o adolescente foi outro dos desafios que pretendi enfrentar durante este percurso de aprendizagem. Nos vários contextos tive essa oportunidade. Sendo a faixa etária com que tive menos contacto na experiência profissional nos últimos anos, sentia que necessitava de rever algumas estratégias que facilitassem esta mesma comunicação. No início deste percurso consultei bibliografia que pudesse ajudar a concretizar este objetivo, tendo o Guia Orientador de Boas Práticas da OE (2010), Entrevista ao Adolescente, sido bastante útil. Este guia é bastante esclarecedor e orientador no que concerne á comunicação com o adolescente, tendo-me orientado neste assunto. Diz o mesmo que é essencial que o entrevistador possua conhecimentos sobre o desenvolvimento do adolescente, que conheça estratégias de comunicação, recursos, que deve sentir-se confortável com o adolescente e deter alguma experiência na comunicação com este. Para além disso deve acolher o adolescente de forma compreensiva e cordial, demonstrando disponibilidade, assegurando confidencialidade e o direito á privacidade, utilizando uma linguagem simples e realista, adequando palavras, expressão facial, gestos e tom de voz calma (OE, 2010). Orientei o meu percurso tendo em conta estes conhecimentos. Escutar os adolescentes foi sempre fundamental. Foram utilizadas técnicas de apoio narrativo no diálogo, como as perguntas abertas, a escuta reflexiva. Também reestruturação positiva, destacando dos diálogos os seus pontos fortes e exprimindo compreensão e afirmações de automotivação, buscando naquilo que os fazia sentirem-se bem e que gostavam de fazer, oportunidades de melhoria e mudança. Foi fundamental não fazer juízos de valor e não induzir respostas, reforçando as suas competências e as suas

capacidades, comportamentos positivos e auto-estima tal como preconiza a OE (2010).

A importância que os adolescentes atribuem às novas tecnologias foi relevante nas estratégias que mobilizei para a comunicação com os mesmos. Ponte e Batista (2019) referem no relatório *EU Kids Online* de 2019, que os adolescentes entre os 9 e os 17 anos utilizam as novas tecnologias como fonte de grande importância para o entretenimento e comunicação. Cerca de 80% usam a internet todos os dias para ouvir música ou ver vídeos e 75% utilizam-na para comunicar com familiares e ou amigos e para consultar as redes sociais. Sendo o uso destas tecnologias uma constante nas suas vidas representam, bem ou mal, uma forte presença (Ponte e Batista, 2019). Deste modo, uma forma de estabelecer comunicação ou facilitar a comunicação com os adolescentes que utilizei foi abordando questões relacionadas com estas novas tecnologias que lhes são tão importantes. Seja falando das redes sociais, do tipo de equipamentos que usam ou através de jogos eletrónicos, em particular no contexto de estágio IP, onde os adolescentes têm acesso a uma pequena sala, específica para eles, onde existe este tipo de equipamentos e de jogos.

Hockenberry (2014) reforça assim estas ideias, estratégias e princípios, referindo que na comunicação com o adolescente é necessário “construir os alicerces”, o que pode ser feito através de “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” (Hockenberry, 2014, p.130).

Foi realizado ainda um jornal de aprendizagem no contexto USF, sobre uma situação significativa vivenciada no âmbito da comunicação com uma adolescente na consulta de Saúde Infantil e Pediatria (apêndice 7), que me permitiu refletir sobre os aspetos da comunicação com um adolescente em contexto de consulta de enfermagem.

4.1.2. Aprofundar competências na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e do jovem

Este objetivo a que me propus foi desenvolvido nos contextos de estágio no sentido de compreender as competências de EEESIP na gestão diferenciada da dor. Como enfermeiro a exercer funções num contexto de pediatria a dor e a sua gestão é uma realidade constante. Desde que foi instituída pela circular normativa nº9 de 2003

da DGS como o 5º sinal vital que se tornou uma realidade, de forma mais efetiva no meu contexto de trabalho. A sua avaliação e o seu controle nos cuidados de enfermagem, a utilização de escalas de medição e o registo das avaliações e a implementação de protocolos permitiram a melhoria significativa dos cuidados prestados pelos enfermeiros. Como refere a referida circular “o controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela padecem e um passo fundamental para a efetiva humanização das unidades de saúde” (DGS, 2003, p1). A OE vem reforçar esta importância, com a publicação do Guia Orientador de Boa Prática “Dor “, em 2008. A escolha, adaptação e aplicabilidade de escalas de medição não constituíam para mim, especial dificuldade. No entanto estes conhecimentos que já tinha adquirido e que já punha em prática, necessitavam de ser reforçados neste percurso para EEESIP, sobretudo no que se refere ao conhecimento e implementação de estratégias não farmacológicas no controle da dor, numa perspectiva de garantir CNT. Maciel et al. (2019) concluem em estudo que efectuaram descrevendo e quantificando as estratégias farmacológicas e não farmacológicas utilizadas para o alívio da dor do RN durante o internamento em UCIN, que as equipas de enfermagem precisam de aumentar o conhecimento e viabilizar a avaliação e a implementação de estratégias não farmacológicas e farmacológicas de alívio da dor.

Foi desenvolvida como atividade a pesquisa de bibliografia que pudesse fundamentar a aplicabilidade destas medidas não farmacológicas, destacando a consulta de documentos da DGS nomeadamente a Orientação 014/2010 “Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças”, a Orientação 022/2012 “Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos) ”. Revelou-se também de particular interesse o Guia Orientador de Boas Práticas da OE de 2013 “Estratégias não farmacológicas no controle da dor na criança”.

Nos vários contextos de estágio procurei através da observação participante compreender a forma como os EEESIP desenvolviam a gestão da dor da criança e a aplicabilidade de medidas não farmacológicas no seu controle. Ao refletir sobre o assunto e de acordo com as experiências vividas, realizei dois jornais de aprendizagem; um no contexto de USF no âmbito de gestão da dor de um recém-nascido, na intervenção de enfermagem para a realização do Rastreio de Doenças Metabólicas (apêndice 8) e outro no contexto IP no âmbito da utilização de medidas

farmacológicas conjuntamente com medidas não farmacológicas no controle da dor (apêndice 9).

Decorrente da reflexão realizada e dos conhecimentos desenvolvidos pude, durante este percurso, compreender a importância da aplicação destas medidas não farmacológicas e, em algumas das situações, da importância da sua conjugação com medidas farmacológicas. O EEESIP como profissional de saúde deve saber que nem sempre é possível eliminar a dor em resultado de alguns procedimentos que efectua, mas deve estar consciente, sustentado na evidência científica, de que existem medidas não farmacológicas que podem ser adjuvadas às medidas farmacológicas no combate a dor e assim, direccionar a sua atuação para o estabelecimento de medidas adicionais de conforto durante procedimentos que efectua, tal como referem Czarnecki et al. (2011).

A partir das oportunidades que surgiram na participação nos cuidados, pude eu mesmo começar a implementar essas medidas não farmacológicas no controle da dor, sobretudo nos RN durante procedimentos invasivos que implicavam dor. Por exemplo colocando o bebé á mama, algo que é também defendido pela Organização mundial de saúde que defende a amamentação como uma medida específica adicional eficaz no combate á dor (Carvalho,2018). Outra medida que tive a oportunidade de aplicar no contexto de UCIN, foi facilitar a sucção não nutritiva com recurso a sacarose a 24%. Stevens, Yamada, Ohlsson, Haliburton, Shorkey (2016) referem que a sacarose é eficaz para diminuir a dor relacionada com procedimentos isolados (como punção do calcanhar, punção venosa e injeção intramuscular) em recém-nascidos prematuros e de termo. Pude ainda experimentar a aplicação de outras medidas, nomeadamente recorrendo a recursos existentes nos contextos de estágio, como no IP que possui um *Kit* com diversos materiais didáticos e ludicos (livros, brinquedos, etc.) adjuvantes destas medidas não farmacológicas e que permitem por exemplo distrair as crianças ou promover a imaginação orientada. Refere a OE (2013, p.63) que a utilização dos materiais deste tipo “permite o desenvolvimento de estratégias cognitivas, comportamentais e sensoriais que favorecem o controlo da dor associada aos procedimentos (...).

O envolvimento do EEESIP no estabelecimento de CNT é uma realidade que se destaca no IP, nomeadamente colabora com o Núcleo Contra a Dor do departamento de Pediatria que tem por lema “Queremos um hospital sem dor, fazemos tudo o que for possível para prevenir e tratar a dor na criança e no

adolescente”, como se pode ler nos diferentes cartazes que existem afixados no serviço. Os CNT são essenciais em pediatria, tal como já referi neste relatório e os EEESIP têm, de acordo com as suas competências, o dever de os proporcionar. Conley (2015) reforça esta ideia dizendo que os enfermeiros, juntamente com outros profissionais de saúde, têm um papel multidimensional na implementação de CNT. Eles funcionam como educadores, cuidadores e são o rosto da continuidade dos cuidados ao fornecer tratamento durante um evento traumático às crianças e suas famílias.

Bruce et al. (2018) dizem ainda que os CNT prestados pelos enfermeiros são melhorados a partir do aumento do conhecimento que estes detêm sobre os mesmos e das habilidades específicas que estes devem deter na identificação dos riscos e stresse traumáticos que podem ocorrer e lesionar os pacientes, e das intervenções que podem estabelecer a partir daí. Na perspetiva do modelo de enfermagem de Betty Neuman, (Neuman & Fawcett, 2011), ao longo deste percurso procurei identificar os fatores que são causadores de dor e geradores de stresse, sejam intrapessoais, interpessoais ou extrapessoais, para poder sobre eles estabelecer intervenções promotoras de bem-estar e de controlo da dor, ao nível da prevenção primária com a aplicação de medidas não farmacológicas e secundária com aplicação de medidas farmacológicas e não farmacológicas.

No contexto de CDC os procedimentos invasivos realizados, como punções venosas para colheitas de sangue, que são programados, permitem ao EEESIP na procura da prevenção da dor aplicar medidas farmacológicas como a aplicação de Emla®. Batalha (2010) relembra que as punções venosas são consideradas pelas crianças como a pior fonte de dor associada ao medo dos hospitais. Este stressor identificado na perspetiva do modelo de Betty Neuman, permitiu estabelecer esta intervenção preventiva que diminui a ocorrência do stressor. Batalha (2010) refere a aplicação de Emla® como uma estratégia comprovada na prevenção e controle da dor através de anestésicos tópicos em pediatria. No contexto de CDC esta aplicação é feita no serviço ou preparada em *kits* que são fornecidos á família de modo a que as crianças possam iniciar o processo no domicílio para que à chegada ao serviço o efeito desejado de anestesia local já esteja em curso. Colaborei na preparação destes *kits* e na aplicação dos mesmos, realizei formação às famílias sobre o modo de aplicar o mesmo e esclareci as mesmas sobre a sua vantagem.

Durante os procedimentos recorri também à utilização de medidas não farmacológicas, como a distração da criança com recurso a visualização de filmes e desenhos animados que eram do seu agrado e de acordo com a sua faixa etária. Pude recorrer a este tipo de analgesia cutânea utilizada na prevenção e controle da dor também no contexto IP. Destaco ainda a aprendizagem realizada na utilização do gás sedativo Protóxido de azoto (Livopan®) no controle da dor, utilizado nos contextos de IP e UP, e de que falo mais detalhadamente nos jornais de aprendizagem realizados nos respetivos contextos.

4.2. Desenvolver competências de EEESIP no âmbito da promoção do desenvolvimento do recém-nascido pré-termo e sua família com foco na medida neuroprotetora ambiente seguro.

The Neonatal Integrative Developmental Care Model, proposto por Altimier & Phillips, (2013), refere que para melhor compreender os problemas de desenvolvimento relacionados com a prematuridade e outros eventos de alto risco é essencial compreender as bases do desenvolvimento neuro sensorial do recém-nascido. Neste modelo são descritas 7 medidas para o desenvolvimento dos cuidados neonatais neuroprotetores. O ambiente, como primeira medida neuroprotetora dos cuidados, inclui o ambiente físico, a privacidade e a segurança, mas também o ambiente sensorial como a temperatura e toque, a propriocepção o olfato e o paladar, e o ruído e a iluminação. Foi com foco nesta primeira medida que desenvolvi este percurso formativo, procurando identificar os stressores que desestabilizam essa medida interferindo assim com o bem-estar do cliente, neste caso o RNPT e a sua família. A partir daí compreendi e estabeleci as intervenções necessárias aos cuidados de enfermagem, essenciais ao restabelecimento desse bem-estar desejado do cliente.

4.2.1. Analisar práticas promotoras do desenvolvimento do recém-nascido pré-termo

Neste percurso nos diferentes contextos de estágio procurei compreender a forma como o EEESIP desenvolve a sua prática dos cuidados de forma a promover o desenvolvimento do RNPT. As consultas de desenvolvimento que são realizadas pelo EEESIP aos RNPT em contexto de USF, são realizadas como já referi num espaço que procura ser acolhedor, e que respeite as necessidades destes RN, com atenção

para a temperatura do ambiente, o conforto da bancada de observação, promovendo a privacidade e a presença dos pais. Não realizei nenhuma destas consultas no período de estágio, mas em diálogo com a EEESIP orientadora percebi o cuidado existente em acompanhar a evolução do desenvolvimento do RNPT, registrando-a no seu processo individual. A enfermeira procura sempre também reforçar, junto dos pais, as vitórias alcançadas no desenvolvimento do RNPT. É também atribuída uma especial importância à aplicação da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada.

No CDC as consultas dos RNPT (que não existiram durante o período de estágio) são preparadas com antecedência pela EEESIP. Colaborei com esta consultando os respetivos processos das crianças que estavam marcadas. Foi analisado o desenvolvimento das mesmas, não só do ponto de vista antropométrico, mas também psicomotor e sensorial, foram revistas as intervenções em curso e programadas aquelas a implementar. Sendo o trabalho deste centro um trabalho de equipa multidisciplinar, procura-se ter em conta o trabalho desenvolvido pelos outros profissionais da equipa, encaminhando para estes sempre que necessário os RNPT (por exemplo, terapia da fala ou fisioterapia). A avaliação do desenvolvimento é reforçada com recurso a escalas de avaliação, nomeadamente TIMP (na primeira consulta) e AIMS (a partir dos 4 meses) e a ITSP, mas que por norma não são aplicadas pela EEESIP, mas por outros técnicos do centro. O EEESIP conhece e interpreta e discute com a restante equipa as avaliações realizadas com estes instrumentos. Tive a oportunidade de assistir á execução destas avaliações, através de gravações existentes no centro e que me foram disponibilizadas. Como refere Lovison, et al. (2019), é importante a avaliação dos perfis motores e sensoriais dos RNPT com recurso a este tipo de instrumentos de avaliação, pois a integridade do seu sistema sensorial é essencial para o adequado desenvolvimento da respetiva função motora, porque esta é apurada a partir das experiências sensoriais vivenciadas. O estudo realizado por estes autores revela que a utilização das escalas de ITSP e AIMS se demonstraram úteis, práticas, e permitiram a identificação precoce de problemas no desenvolvimento dos RNPT, que não sendo diagnosticados a tempo e tratados podem induzir complicações no decurso da sua vida. Os mesmos autores realçam ainda no seu estudo, que os RNPT que apresentem um processamento sensorial adequado e têm acesso a um ambiente com estímulo de qualidade, mais facilmente atingirão as etapas adequadas ao seu desenvolvimento. Coelho, Santos, Moreira

(2011) reforçam ainda esta ideia acrescentando que a utilização da TIMP na avaliação do desenvolvimento dos RNPT ajuda a identificar os efeitos negativos que a prematuridade pode acarretar ao RN.

Refletindo sobre a importância do desenvolvimento dos RNPT participei no *Journal Club* (apêndice 10), onde foi cruzada informação recente (artigos científicos mas também jornalísticos) sobre a prematuridade, a celebração do dia internacional da prematuridade, a importância da avaliação do desenvolvimento dos RNPT e a influência dessa prematuridade e consequente internamento em UCIN no seu desenvolvimento a longo prazo.

Foi possível ainda, no percurso de estágio no IP, em colaboração com o EEESIP procurar proporcionar os cuidados que são necessários ao correcto desenvolvimento do RNPT. Perante o internamento de um RNPT, optou-se pelo internamento deste e sua família em um quarto individual, onde as questões ambientais como o ruído e a luminosidade têm um maior controle, mas também maior privacidade para a família e o bebé. Sempre numa perspectiva de CNT e CCF, os cuidados prestados a este RNPT foram efetuados a partir do diagnóstico de enfermagem, estabelecido a partir dos dados na avaliação inicial recolhidos e que permitiram determinar as variáveis e os stressores, que influenciavam o bem-estar do RNPT e família. Foram identificados stressores provenientes do ambiente externo, referindo a mãe que o RNPT ficava perturbado com o excesso de ruído; também as intervenções de enfermagem potenciadoras de ocorrência de dor eram uma preocupação. Era visível que esta família estava preocupada com este internamento e com a reação do RN ao mesmo. Procurei estar disponível, ouvindo desta mãe as suas preocupações identificando os stressores que lhe traziam instabilidade. Diogo (2015) relembra que o internamento de uma criança é habitualmente perturbador para a família, o ambiente que esta vai encontrar pode ser assustador, inseguro e não familiar, gerando emoções que precisam de ser geridas. É importante proporcionar um ambiente que seja seguro e afetuoso, onde as pessoas se sintam bem.

A partir das necessidades identificadas, estabeleci objetivos que foram negociados com a mãe do RNPT e que podiam corrigir as variáveis que influenciavam o seu bem-estar. Foi possível colocar este RNPT num quarto individual e foi estabelecido na negociação com a mãe do RNPT que sempre que possível as intervenções de enfermagem potenciadoras de dor seriam programadas de modo a prevenir a ocorrência de dor, recorrendo por exemplo a anestésicos tópicos antes de

uma punção venosa. Os resultados de enfermagem considerados como o terceiro passo no modelo de Betty Neuman, em que os resultados são esperados de acordo com as intervenções estabelecidas como medidas preventivas foram bastante positivos. A sua avaliação permitiu também perceber que os objetivos estabelecidos foram eficazes e atingidos não sendo necessário serem reformulados. Este modelo permitiu a implementação de intervenções preventivas consideradas fundamentais, para uma prestação de cuidados que pretendia ser facilitadora da homeostase do sistema cliente (Neuman & Fawcett, 2011).

No contexto de UP destaco a importância que já referi para a identificação de necessidades dos pais como cuidadores e da importância das orientações antecipatórias e esclarecimentos de dúvidas que ocorreram durante o processo da vinda do RNPT à urgência. Neste contexto outro aspecto a referir dos cuidados de enfermagem que identifiquei e em que tive a oportunidade de participar foi a gestão do ambiente em que estes RNPT são acolhidos. Pelas suas características específicas já descritas, estes clientes têm uma atenção diferenciada no que diz respeito ao ambiente dos cuidados, quando recorrem à UP. Existe por isso um espaço que funciona como “Cantinho da amamentação”; este espaço, preparado para acolher os RN e suas famílias, situa-se num local mais tranquilo do serviço onde aspetos como o ruído e a luminosidade têm um maior controle e que permite uma maior privacidade. Foi para este espaço que encaminhei os RNPT, a utilização deste espaço para acolher os RNPT é uma preocupação que os EEESIP têm neste contexto, e é executado sempre que o estado de saúde do RNPT assim o permite.

Como enfermeiro a trabalhar em Pediatria há vários anos, foi uma surpresa encontrar em contexto de UP um espaço pensado para estes clientes. Esta ideia implementada neste serviço vai ao encontro do que Coughlin (2017) relembra quando refere que o ambiente ideal para os cuidados tem de resultar da combinação de aspetos como o som, a luz, o espaço e a estética. As organizações devem estabelecer e implementar uma cultura que com normas, valores e comportamentos promovam um ambiente onde os cuidados prestados sejam profissionais e promotores da segurança do cliente, e que sejam partilhados por todos os membros da organização. (Stone, Hughes & Dailey, 2008 citado por Coughlin, 2017).

No contexto de estágio em UCIN a participação nos cuidados de enfermagem ao RNPT, em conjunto com o EEESIP orientador e as famílias dos RNPT, permitiu-me identificar os stressores que podem influenciar o desenvolvimento saudável destes

RNPT, fatores que provêm do ambiente dos cuidados e dos próprios cuidados de enfermagem como o nível do ruído e da luminosidade, a manipulação excessiva, a falta de privacidade e de contato/toque entre família e RNPT, a exposição a odores nocivos, entre outros. Com o enfermeiro orientador compreendi as intervenções e medidas a adotar e implementar na prática dos cuidados e reconhecidas na evidência científica como sendo essenciais ao desenvolvimento saudável do RNPT, já descritas anteriormente neste relatório, participando na implementação das mesmas. Consultei orientações, normas e projetos que são promotores do desenvolvimento do RNPT nesta unidade e que foram esclarecedoras das medidas adotadas nos cuidados de enfermagem prestados pelo EEESIP e por mim, destacando as orientações “Otimização do ambiente do recém-nascido”; “Promoção do sono do recém-nascido”; “Orientações técnicas sobre o controle da dor nos recém-nascidos 0 a 28 dias” e o trabalho “prevenção da Hemorragia Peri-intraventricular no RNMBP, recomendações durante a 1ª semana de vida”. Estas orientações respeitam o que é descrito na literatura e que promovem o desenvolvimento saudável do RNPT. Destaco, de seguida, algumas das estratégias que o serviço implementou a partir destes documentos, na impossibilidade de me referir a todas.

A luminosidade do meio ambiente é controlada encontrando-se a UCIN preferencialmente escurecida, sendo no período diurno mais iluminada. Privilegiei o uso de focos individuais existentes junto da unidade do RNPT. Apesar de não existirem medições dos valores de Lux no ambiente da UCIN, é evidente o cuidado de proteger os olhos ao RNPT quando este é sujeito a uma maior exposição à luz ambiente, recorrendo a coberturas de incubadora ou a óculos de proteção. Estes cuidados são descritos na literatura e defendidos por diversos autores como Coughlin (2017), Reid & Feer (2010), Tamez (2017) que referem que se deve proteger os olhos do recém-nascido à exposição direta e intensa da luz, utilizando coberturas nas incubadoras que devem ser adaptadas à idade gestacional e ao estímulo a que o recém-nascido deve ser sujeito. Referem ainda que após as 32 semanas de gestação a cobertura deve ser aliviada progressivamente e que se deve privilegiar nos cuidados o uso de focos de luz individual, evitando os olhos do recém-nascido (protegendo-os se necessário).

Outra das intervenções que é tida em conta é o controle do nível do ruído existente no ambiente da unidade. Este nível é medido através de um dispositivo que existe nas próprias incubadoras, o que permite a adequação do nível do ruído junto

dos RNPT. Contribuí desta forma para o ajuste do mesmo, nomeadamente através da regulação do nível do som dos alarmes dos monitores, ou respondendo prontamente aos mesmos. Evitei também conversas desnecessárias junto do microambiente em que se encontra o RNPT. Foi assim possível ir ao encontro de Altimier & White, (2013) quando referem que os ruídos como os que provêm de alarmes, de monitores, toques de telemóveis, funcionamento de alguns equipamentos e de conversações entre elementos da equipe e das próprias visitas, devem ser reduzidos na sua intensidade e duração, de forma a providenciar um ambiente que se quer seja promotor do desenvolvimento saudável dos recém-nascidos.

Particpei ainda na promoção de experiências de contato pele com pele entre os RN e os pais, fomentando a utilização do método Canguru sempre que o estado de saúde do RNPT o permitia, negociando com a família esta intervenção, promovendo também a privacidade recorrendo ao uso de um biombo. Procurei efetuar uma manipulação mínima do RNPT, agrupando sempre que possível os cuidados necessários. Neste contexto fiquei também esclarecido sobre outras medidas a adotar e que contribuem para a redução dos stressores identificados, nomeadamente a limpeza das incubadoras fora do ambiente da unidade, diminuindo ruído e odores nocivos, ou como a utilização de produtos de limpeza e desinfeção cutânea adaptados aos RNPT e que permitem uma melhoria na segurança dos cuidados e no controle de odores nocivos.

Contribuí assim, na perspetiva do modelo de Betty Neuman, para a prevenção primária que envolve a redução da possibilidade da pessoa encontrar um fator stressante (reduzindo o ruído, controlando os níveis de luminosidade por exemplo); para a prevenção secundária que tenta reduzir o efeito ou o efeito possível de fatores stressantes através do diagnóstico precoce e tratamento eficaz de sintomas de doença por exemplo (promovendo a utilização do método canguru) e para a prevenção terciária em que se tenta reduzir os fatores residuais provocados por um fator stressante devolvendo assim o bem-estar à pessoa (Neuman & Fawcett, 2011). Para esta prevenção terciária contribuiu o acompanhamento que realizei com o EEESIP aos RNPT e suas famílias no domicílio. Estas visitas domiciliárias permitem avaliar a forma como o desenvolvimento destes recém-nascidos se está a processar e identificar não só novos stressores, que podem interferir com esse mesmo desenvolvimento e o seu bem-estar, como redefinir e avaliar intervenções que foram estabelecidas e negociadas com as famílias no momento da alta.

No último contexto de estágio, UCN onde exerço funções, o conhecimento que detinha dos cuidados prestados e das práticas promotoras do desenvolvimento do RNPT permitia-me identificar à partida diversos stressores que podiam interferir com esse mesmo desenvolvimento, à luz da evidência científica consultada. Nomeadamente, na unidade não existia o cuidado de controlar o nível de luminosidade, quer através do controle da luz natural proveniente das grandes janelas como da luz artificial que ilumina toda a sala. Não eram utilizados focos individuais, apesar de existirem no contexto. O nível de ruído não era controlado nem medido, por exemplo, os monitores tinham o nível de alarme no máximo. A utilização de estratégias como o método canguru ou a promoção da privacidade não eram valorizadas.

As incubadoras eram desmontadas e higienizadas dentro do espaço da unidade, levando a um aumento do ruído e à existência de odores nocivos provenientes de produtos desinfetantes junto da unidade dos RNPT. Não existiam na unidade instruções de trabalho que salvaguardassem a realização destes cuidados promotores do desenvolvimento do RNPT.

Esse conhecimento adquirido com a experiência foi aprofundado em reunião com a enfermeira EEESIP orientadora e a Enfermeira responsável pela unidade quando da apresentação e discussão do guia orientador de estágio. Esta discussão foi essencial para compreender quais eram esses stressores e quais as intervenções a estabelecer nos cuidados que podiam ser promotoras do desenvolvimento do RNPT. Para validar aspetos não controlados, como a luminosidade e o ruído existente na unidade, propus e foram adquiridos um luxímetro e um sonómetro, que utilizei para melhor perceber os níveis existentes em diferentes práticas dos cuidados e ao longo das 24h do dia; estas medições são fundamentais para melhor compreender o ambiente que se quer promotor de cuidados neuroprotetores. A avaliação específica em cada unidade neonatal, destes níveis, facilita o planeamento de intervenções que os regulam (Tamez, 2017). Esta autora relembra ainda que as unidades neonatais devem apresentar todas as condições possíveis que promovam um ambiente facilitador da adaptação dos RNPT às suas necessidades, sendo o controlo do ruído e da luminosidade aspetos importantes. Os resultados foram posteriormente confrontados com os valores de referência existentes na literatura e apresentados e discutidos com a equipa em atividade de formação (apêndice 11).

4.2.2. Motivar a equipe de enfermagem da UCN para os cuidados neuroprotetores ao recém-nascido pré-termo

De forma a atingir este objetivo a que me propunha e a partir da entrevista informal e discussão do guia orientador de estágio com a enfermeira orientadora e a enfermeira responsável, foi aplicado um questionário (apêndice 11) de modo a auscultar a opinião de toda a equipa de enfermagem e perceber as necessidades de formação existentes, para que se desenvolvessem cuidados cada vez mais promotores de um desenvolvimento saudável do RNPT e suas famílias.

Este questionário, de resposta anónima, foi distribuído pessoalmente a cada enfermeiro da equipa, sendo este o primeiro passo para a motivação da equipa, falando sobre aquilo que se pretendia e quais os objetivos. Como diz Buresh & Gordon (2014, p.79) “falar sobre Enfermagem é contribuir para melhores cuidados de saúde”. Este questionário tinha os seguintes objetivos: “identificar a perceção que os enfermeiros detêm sobre práticas promotoras de um ambiente seguro e neuroprotetor do recém-nascido pré-termo na unidade”, e “identificar necessidades de formação no âmbito da promoção dos cuidados de desenvolvimento ao recém-nascido pré-termo”. Foi previamente autorizado, por escrito, pela enfermeira chefe. Os resultados deste questionário, respondido por 100%, da equipa demonstrou a preocupação existente sobre os cuidados neuroprotetores aos RNPT e revelou a necessidade de formação nesta área

Tendo em conta a informação recolhida com os resultados do questionário identificando a necessidade de formação, foi planeada e realizada a sessão de formação em serviço (apêndice 11) com o título: “A Promoção do ambiente Seguro do recém-nascido pré-termo, Intervenção especializada de enfermagem nos cuidados não traumáticos”.

Estiveram presentes 100% dos enfermeiros da equipa. Esta formação motivou toda a equipa, não só pelos conteúdos abordados, mas também pela discussão que se criou em torno deles, reiterado pela avaliação que foi realizada no final. Da avaliação desta formação, realizada por cada participante em impresso próprio, destaque numa escala de 1 (nunca) a 6 (sempre) a resposta à questão “os objectivos definidos para a ação foram alcançados?” que se situou nos 100% no número 6.

Como relembra Tojal (2011), a formação contínua que procura aprofundar o desenvolvimento pessoal e profissional, é reforçada pela formação em serviço que colmata as necessidades de formação dos elementos de uma equipa, no seu local de

trabalho; diz ainda que a melhoria dos cuidados de enfermagem, e da qualidade dos próprios serviços, passa por uma renovação e atualização constante dos conhecimentos dos elementos da equipa que passa também pela formação em serviço. Deste modo melhorando os conhecimentos estamos como enfermeiros a contribuir para melhorar os cuidados que prestamos dando visibilidade ao nosso saber e fazendo a enfermagem crescer como profissão autónoma.

4.2.3. Uniformizar procedimentos nos cuidados ao recém-nascido pré-termo na promoção de um ambiente seguro e neuroprotetor na UCN

A uniformização dos procedimentos nos cuidados através da instituição de protocolos e instruções de trabalho é uma mais-valia para a melhoria dos cuidados. Pinto (2013) relembra que a implementação de protocolos de atuação é essencial para uniformizar a instituição de cuidados médicos e de enfermagem, melhorando os cuidados prestados, referindo que estes protocolos reúnem vantagens como a facilitação da tomada de decisão, minimizando a incerteza e reduzindo a variabilidade da prática clínica. Podem também melhorar a qualidade assistencial no domínio da efetividade, eficiência e satisfação, além de que controlam o uso inadequado de recursos, diminuindo o risco. Discutido o assunto com a EEESIP orientadora e a Enfermeira responsável da unidade, ficou claro que seria importante a criação de uma instrução de trabalho (IT) para a equipa multidisciplinar da unidade, que permitisse a uniformização dos cuidados ao RNPT para a promoção de um ambiente seguro e neuroprotetor, sempre numa perspetiva de CNT e CCF. Elaborei a IT (apêndice 12) com o título “Promoção do ambiente seguro do recém-nascido pré-termo”. Esta instrução tem o objectivo de” definir um conjunto de medidas e estratégias a adotar, de forma a permitir a uniformização dos cuidados para a promoção do ambiente seguro e neuroprotetor do recém-nascido pré-termo e o seu desenvolvimento saudável”. A IT foi apresentada inicialmente em reunião de serviço de enfermagem, com a presença de 100% da equipa e discutida e ajustada com todos os presentes, aprovada no final, aguardando atualmente publicação pela direcção de enfermagem.

Muitos dos cuidados inerentes a esta IT são dependentes da colaboração dos outros intervenientes da equipa multidisciplinar, nomeadamente das Assistentes Operacionais e dos Pediatras, pelo que foi estabelecido que seria essencial apresentar esta IT também a estes. Foi programada e realizada uma sessão de formação (apêndice 13) às Assistentes Operacionais com o título “A Promoção do

ambiente seguro do RNPT. Participação da equipa de assistentes operacionais”, estando presente cerca de 95% da equipa, com o principal objetivo de se apresentar a IT realizada, e que permitiu o esclarecimento de dúvidas.

A apresentação da IT aos Pediatras, sendo difícil reunir todos num mesmo momento, ficou definida com o responsável da equipe médica que seria feita de forma pessoal, um a um. Processo que se encontra em curso.

Ao longo deste percurso procurei promover a aquisição de novos conhecimentos e o desenvolvimento de outros já adquiridos nos 25 anos de trabalho que detenho. A aprendizagem experiencial demonstrou-se fundamental, num processo contínuo de reflexão sobre a prática. Cada situação é uma oportunidade para aprendizagem para os enfermeiros que desenvolvem o hábito e a habilidade da reflexão sobre a prática sempre com um senso de responsabilidade, conectando as ações com os resultados e os conhecimentos existentes (Tanner, 2006).

5. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS E ADQUIRIDAS

O processo formativo nos diferentes contextos de estágio, proporcionou-me a oportunidade de poder “crescer” como pessoa e como enfermeiro, desenvolvendo assim as minhas competências e adquirindo outras num caminho de futuro EEESIP. Como diz Alarcão (2001, p.54) “a competência não se vê; pressente-se. Manifesta-se no desempenho competente.” Para ser competente o enfermeiro deve ser capaz de mobilizar, no momento oportuno os conhecimentos e as capacidades necessários a um determinado desempenho (Alarcão, 2001). Procurei neste percurso, a partir da procura do conhecimento científico e na reflexão sobre a prática, aproveitar cada momento proporcionado para desenvolver essas competências que se esperam de um EEESIP, indo ao encontro do que diz a OE (2018) no regulamento nº 422/2018, de que a prática de enfermeiro EEESIP, se revê na prestação de cuidados de nível avançado com competência e segurança e satisfação da criança e famílias.

Considero que as partilhas de experiências com os enfermeiros orientadores, a pesquisa de informação e de bibliografia, a reflexão e as atividades desenvolvidas, contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns de EE e específicas de EEESIP.

Das competências comuns de EE (regulamento nº 140/2019), no domínio da responsabilidade profissional e ética e legal destaco as unidades de competência A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas e A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente. O foco da temática do projeto de estágio relacionado com a promoção do ambiente seguro do RNPT numa filosofia de CCF e CNT, é obrigatoriamente dependente da promoção da presença da família, sua privacidade, segurança e dignidade, respeitando os princípios éticos da profissão de enfermagem e que são subjacentes ao Código Deontológico do Enfermeiro.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, destaco as unidades de competência: B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade, B3.1- Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupos e B3.2 — Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais. A partir da revisão de normas de procedimento e da pesquisa bibliográfica e mobilização de evidência científica, refletindo sobre a prática, foi possível desenvolver atividades e intervenções promotoras da melhoria contínua da qualidade. Nomeadamente através

da elaboração de documentos de apoio à prática de enfermagem como a IT para a UCN ou o folheto para a USF e de sessões de formação em serviço, definindo estratégias promotoras dessa melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

No percurso efetuado nos diferentes contextos de estágio acompanhei enfermeiros orientadores, chefes de equipa ou de serviço nas suas funções de gestão, o que permitiu a reflexão com os mesmos sobre decisões e orientações a tomar no domínio da gestão de cuidados. Destacando o desenvolvimento das unidades de competência C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão e C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.

Relativamente ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, procurei sempre neste percurso sustentar a minha reflexão e prática na literatura atual e na evidência científica, pesquisando e procurando os conhecimentos válidos e sólidos que permitissem desenvolver cuidados seguros e competentes. Procurei partilhar e refletir esses conhecimentos que me enriqueceram como pessoa e como enfermeiro que pretende ser EEESIP, com os meus pares e os outros elementos da equipa multidisciplinar. Destaco assim neste contexto o desenvolvimento das unidades de competência D 2.1- Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho e D 2.2- Suporta a prática clínica em evidência científica.

Por outro lado, as atividades desenvolvidas e a reflexão realizada, contribuíram para o desenvolvimento de competências específicas de EEESIP presentes no regulamento nº422/2018 de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Para o desenvolvimento das competências do domínio “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” nas suas duas unidades de competência (E 1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regimee da reinserção social da criança/jovem e E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem), contribuíram a preocupação na identificação das necessidades dos RN e crianças e jovens e suas famílias e o envolvimento e negociação destes no processo do cuidar e na tomada de decisão e na sua capacitação, através por exemplo das orientações antecipatórias realizadas e mantendo o foco nos cuidados fundamentados na filosofia de CCF. Por

outro lado, as experiências proporcionadas ao longo do percurso de aprendizagem, permitiram o desenvolvimento de conhecimentos sobre doenças comuns, a partir das pesquisas efetuadas e das discussões e reflexões realizadas com os enfermeiros orientadores e pela participação e realização de consultas de enfermagem ou preparação das mesmas.

No desenvolvimento das competências do domínio “Cuida da Criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”, destaco a unidade de competência E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. Constituiu um particular desenvolvimento de conhecimentos e de competências de EEESIP, a partir das pesquisas realizadas e das experiências vividas e refletidas traduzidas por exemplo nos jornais de aprendizagens realizados e na experiência e no conhecimento desenvolvido na avaliação da dor e utilização de escalas adaptadas á criança e na aplicação das medidas não farmacológicas associadas também a medidas farmacológicas. Destaco também as unidades de competência E.2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência, tendo em conta toda a pesquisa efetuada, tanto no contexto da temática do projeto de estágio, como nas situações mais específicas, como as vivenciadas em contexto de CDC, que permitiram a identificação das necessidades específicas do RN e da criança/jovem e família, respondendo assim de forma adequada com cuidados de enfermagem promotores da majoração dos ganhos em saúde.

Todo o percurso de aprendizagem proporcionou o desenvolvimento do domínio de competências “Presta Cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”, destacando as unidades de competência: E.3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil; E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais e E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. Contribuíram para tal as atividades realizadas nos vários contextos, nomeadamente as desenvolvidas nas consultas de enfermagem em contexto de USF e CDC, com a aplicação e compreensão de escalas de avaliação do desenvolvimento como a de *Mary Sheridan* modificada ou a transmissão de orientações antecipatórias aos cuidadores/famílias potenciando o desenvolvimento infantil, e a capacitação dos pais.

Através da promoção da vinculação, sobretudo no âmbito da temática do projeto de estágio nas atividades realizadas em UCIN e UCN, promovendo por exemplo o método canguru e a privacidade na interação entre os pais e recém-nascido. A comunicação e o desenvolvimento das competências neste âmbito, esteve sempre presente em todo o percurso, aproveitando as oportunidades para o seu aperfeiçoamento, contribuindo para isso a pesquisa da literatura efetuada e as reflexões que resultaram por exemplo num jornal de aprendizagem.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso formativo que culmina com a elaboração deste relatório, representou um marco fundamental para o meu desenvolvimento como profissional de enfermagem, na procura do enriquecimento de conhecimentos e aprofundamento de competências de enfermeiro que pretende ser EEESIP. Este percurso que se pautou pela reflexão constante e sistemática da prática, fundamentada em referentes teóricos, onde se destaca o modelo teórico de Betty Neuman, e ainda na evidência científica, permitiu atingir os objetivos pretendidos. Desenvolvi conhecimentos que me permitem prestar cuidados de enfermagem assentes em princípios fundamentais em pediatria, como os CNT e os CCF. Foi um processo de aprendizagem que hoje me permite afirmar que contribuiu para uma melhoria dos cuidados por mim prestados à criança, jovem e suas famílias, numa perspectiva de melhoria contínua dos cuidados.

Aspetos relacionados com a temática da promoção do ambiente seguro do RNPT foram aprofundados, permitindo a sua compreensão e aplicabilidade nos cuidados de enfermagem, de modo a promover o desenvolvimento saudável do RNPT. Mas outros aspetos como a gestão da dor em pediatria e a comunicação em contexto pediátrico são de destacar também. Desenvolvimentos que vão ao encontro das competências específicas do EEESIP assim como pretendia com o desenrolar deste percurso formativo. Neste percurso para EESIP foi possível desenvolver conhecimentos em todos os contextos, adaptando as atividades de forma a não comprometer o percurso formativo, de acordo com as próprias condicionantes inerentes aos próprios contextos.

A aprendizagem desenvolvida tem sido transferida para a minha prática diária como por exemplo no âmbito da promoção da parentalidade, gestão e controle da dor ou na promoção do ambiente seguro do RNPT. Mas este percurso que finaliza com este relatório é também um ponto de partida para uma nova etapa, que a reflexão sobre a prática me continuará a ajudar, melhorando os cuidados de enfermagem por mim prestados e as práticas de cuidados das equipas de enfermagem e multidisciplinar em que estou inserido. Esse é um compromisso que este percurso me incute, continuando a desenvolver conhecimentos e melhorando as competências de EEESIP que agora inicie.

Não foi fácil encontrar as palavras para expressar aquilo que vivenciei neste percurso, aquilo que senti, refleti, aprendi. Tenho a certeza que muito ficou por dizer, mas que muito também se irá refletir, de forma positiva e construtiva, na minha prática

como enfermeiro e nos cuidados por mim prestados á criança ao jovem e suas famílias e, no caso concreto da minha realidade profissional atual, ao RN e sua família. Decorrente deste percurso mantereí a responsabilidade de continuar a garantir a aplicabilidade da IT criada para a UCN sobre a promoção do ambiente seguro do RNPT, mantendo as condições que são necessárias ao seu desenvolvimento, incluindo o compromisso de continuar a motivar a equipa de enfermagem nesse sentido e toda a restante equipa multidisciplinar. Será também realizado um poster que a seu tempo será afixado no serviço com as principais medidas e estratégias promotoras do ambiente seguro e neuroprotetor do RNPT. Continuarei a gerir a atualização e a aquisição de novos equipamentos e materiais essenciais ao RNPT e às suas necessidades de desenvolvimento e das suas famílias. Perspetivo ainda, apresentar um resumo sobre o trabalho desenvolvido no âmbito da promoção do ambiente seguro do RNPT, no congresso de pediatria organizado pelo departamento em que estou inserido.

Concluo, reforçando a importância que este percurso teve na minha vida pessoal e profissional. Pelo substancial desenvolvimento de conhecimentos e pelo incremento da minha responsabilidade como enfermeiro que pretende ser EEESIP e que contribui para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem à criança jovem e suas famílias. Sempre promovendo CNT e CCF, agindo como vetor de mudança. Termino com a frase, para mim inspiradora, de Alarcão (2001, p.54) “a competência não se vê; pressente-se. Manifesta-se no desempenho competente.”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. (2001). Formação reflexiva. *Revista Referência*. Nº 6: 53-59.
- Altimier, L., White, R.D. (2013). The neonatal intensive care unit (NICU) environment. In C. Kenner & J.W. Lott, *Comprehensive neonatal nursing care*. (5ª edição): 721-737. Nova Yorque: Springer Publishing Company
- Altimier, L., Phillips, R. M. (2013). The neonatal integrative developmental care model: seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 13: 9-22
- Altimier, L., Kenner, C., Damus, K. (2015). The wee care neuroprotective NICU program (Wee care): the effect of a comprehensive developmental care-training program on seven-neuroprotective core measure for family-centered developmental care of premature neonates. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 15: 6-16
- Apolinário, M. I. C. G., (2012). Cuidados centrados na família: Impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Referência Revista de Enfermagem*. Nº7, III série. 83-92
- Bastos, L. M. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina. *Pensar enfermagem*. Vol. 13, nº 2, 2º semestre de 2009. Pp.11-18.
- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria. Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito – Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Béranger, A., Pierron, C., Blanquat, L. S., Jean, S., Chappuy, H. (2016). Communication, informations et place des parents en réanimation polyvalente pédiatrique: revue de la littérature. *Archives de Pédiatrie*, 24 (3), 265-272. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arcped.2016.12.001>

- Bliss (2011). The Bliss baby charter standards. *Bliss Organization, UK*.
- Bruce, M. M., Adams, N. K., Rogers, M., Anderson, K. M., Sluys, K.P., Richmond, S. (2018). Trauma Providers' Knowledge, Views and Practice of Trauma-Informed Care. *J Trauma Nurs.* Author manuscript. 25(2): 131-138. Doi:10.1097/JTN.0000000000000356.
- Buresh, B., Gordon, S. (2014). Do silêncio à voz, o que as enfermeiras sabem e precisam de comunicar em público (2ª ed.). Loures: Lusociência
- Cardoso, A. C. A. (2010). *Experiências dos pais na hospitalização da criança com doença aguda*. (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt>>
- Carvalho, M., R. (2018). OMS: amamente no momento que seu bebê for vacinado. *Aleitamento.com*. Consultado em março de 2020. Disponível em: <http://www.aleitamento.com/amamentacao/conteudo.asp?cod=2382>
- Chatziioannidis, L., Mitsiakos, G., Vouzas, F. (2017). Focusing on patient safety in the neonatal intensive care unit environment. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*. 6(1): e060132. Doi: 10.7363/060132
- Coelho, F. T. E., Santos, P. C., Moreira, H. S. B. (2011). Importância da utilização de escalas de desenvolvimento no acompanhamento de prematuros de alto risco. *FIEP BULLETIN*, vol. 81, Special Edition, Article II. Disponível em: <http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/356/659>
- Conley, A.S. (2015). Assessment of nurses' views and current practice of trauma-informed pediatric nursing care: oncology. *DNP Projects*. 65. Disponível em: https://uknowledge.uky.eddu/dnp_etds/65
- Correia, M. C. B. (2009). A observação participante enquanto técnica de investigação. *Pensar enfermagem*, vol. 13, nº 2, 30-36. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_30-36.pdf

Coughlin, M.E. (2017). *Trauma-informed care in the NICU*. Nova York: Springer Publishing Company

Czarnecki, M. L., Turner, H. N., Collins, P. M., Doellman, D., Wrona, S., Reynolds, J. (2011). Procedural pain management: a position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, vol. 12, nº 2, 95-111. Doi: 10.1016/j.pmn.2011.02.003

Dadam, S. H. (2011). *Programa de orientação para a parentalidade, avaliação da sua importância e momento adequado de aplicação* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da universidade de Coimbra. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/23457>

Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica* (2ª ed.) Lisboa: Lusodidacta

Diogo, P., Velelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar de Enfermagem*. Vol. 20, nº 2, 26-47.

Direção Geral de Saúde (DGS), (2003). Circular normativa nº 09/DGCG: *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa. Ministério da Saúde

Escobar, E. M. A., Mellin, A. S., Tapla, C. E. V., Noguchi, S. T. (2013). O uso de recursos lúdicos na assistência a criança hospitalizada. *Revista Ciência em Extensão*. V.9, n.2, 106-119. Disponível em: http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/828/854

Gibbins, S., Hoath, S. B., Coughin, M., Gibbins, A., Franck, L., (2008). The universe of developmental care. *Foundations in Newborn Care*. Vol. 8, No. 3: 141-147

Hockenberry, M. J., (2014). Comunicação e avaliação inicial da criança. In M. J. Hockenberry & D. Wilson. *Wong's, Enfermagem da criança e do adolescente*, 9ª edição. Volume 1, (pp.122-137) Loures: Lusociência

Hockenberry, M. J., Barrera, P., (2014). Perspectivas de enfermagem pediátrica. In M. J. Hockenberry & D. Wilson. *Wong's, Enfermagem da criança e do adolescente*, 9ª edição. Volume 1, (pp.1-20) Loures: Lusociência

INE (2019). *Estatísticas demográficas 2018*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=348174760&PUBLICACOESmodo=2

IAC (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. 4ª Edição. Instituto de Apoio à Criança Lisboa. Disponível em: <http://www.iacrianca.pt/index.php/setores-iac/carta-da-crianca-hospitalizada>

IAC (2009). *Anotações, Carta da Criança Hospitalizada*. European association for children in Hospital (EACH). 2ª Edição. Instituto de Apoio à Criança

IPFCC (2020). *Patient and family- centered care defined*. www.ipfcc.org. consultada em 25 de fevereiro de 2010. Disponível em: <https://www.ipfcc.org/bestpractices/sustainable-partnerships/background/pfcc-defined.html>

Lawson, G. T. (2014). Systems model. In Alligood, M. R., (Ed.). *Nursing Theorists*. 281-293. North Carolina: Elsevier.

Lopes, M., Pereira, C. (2019). Processo de cuidados à pessoa com doença rara. In F. B. Marques, J. Marques (coords.) *Livro Branco das doenças raras e dos medicamentos Órfãos em Portugal* (pp.155-176). Lisboa: Edição P-Bio.

Lovison, K., Medeiro, K. C., Bussata, B. B., Tori, F. S., Moreira, H. S. B., Taglieti, M., Mello, D. F. (2019). Desempenho motor e sensorial em prematuros de alto risco. *Revista Inspirar*, ed. 49, vol. 19 / nº1, 1-16

Maciel, H. I. A., Costa, M.F., Costa, A. C. L., Marcatto, J. O., Manzo, B. F., & Bueno, M. (2019). Medidas farmacológicas e não farmacológicas de controle e tratamento da dor em recém-nascidos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31 (1), 21–26. Disponível em:

<https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190007>

Maconochiea, I. K., Bingham, R., Eichc, C., Lopez-Herced, J., Rodriguez-Núñez, A., Rajkaf, T., ... Biarenti, D. (2015). European resuscitation council guidelines for resuscitation 2015. Section 6. Paediatric life support. *Resuscitation*. 95, 223 – 248. Disponível em:

<https://ercguidelines.elsevierresource.com/european-resuscitation-council-guidelines-resuscitation-2015-section-6-paediatric-life-support#Parentalpresence>

Martinez, E., Tocantins, F. R., Souza, S. R. (2013). The specificities of communication in child nursing care. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 34(1), 37-44. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100005

McEwen, M., Wills, E. M. (2014). *Theoretical basis for nursing*. 4ª edição. Lippincott Williams & Wilkins

McGrath J. M. (2013). Family: essencial partner in care. In C. Kenner & J.W. Lott, *Comprehensive Neonatal Nursing Care* (pp.739-765), (5ª edição). Nova York: Springer Publishing Company

Mónico, L. S., Alferes, V. R., Castro, P.A., Pereira, P. M. (2017). A observação participante enquanto metodologia de investigação qualitativa. *Investigação Qualitativa em Ciências Sociais*. Vol.3, 724-733

Neuman, B., Fawcett, J. (2011). *The neuman systems model* (5^a ed.). USA: Pearson.

Netto, L., Silva, K. L., Rua, M. L. (2018). Prática reflexiva e formação profissional: aproximações teóricas no campo da saúde e da enfermagem. *Escola de Enfermagem Anna Nery*. 22(1). 1-6. Acedido em 13 de julho. Disponível em: Doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0309

OECD (2019). Indicators 2019. *Health at a glance 2019*. Disponível em:

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en

Ordem dos enfermeiros (OE) (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual, enunciados descritivos. *Divulgar*. Edição OE. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (OE), (2010). Guia orientador de boa prática: entrevista ao adolescente. Promover o desenvolvimento Infantil da Criança. *Guias Orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Série 1: nº1: vol. 1. (pp. 11-61). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2013). Estratégias não farmacológicas no controle da dor na criança. *Guia orientador de boa prática*. Caderno OE, série 1: número 6. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobb_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcricao.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Colégio da especialidade de enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018a). CIPE® Versão 2 – Classificação internacional para a prática de enfermagem. Edição Portuguesa – Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Disponível em: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018) - Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Regulamento nº422/2018. *Diário da república*, (II série – nº133 – 12 julho de 2018): 1912-19194. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Regulamento nº 140/2019 *Diário da república* (II série, nº26 de 6-2-2019): 4744-4750. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Peixoto, N. M. S. M., Peixoto, T. A. S. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV. Nº 11 – out/nov/dez. 121-132. Artigo de Revisão. Acedido em 13 de Julho. Disponível em : <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn11/serIVn11a13.pdf>

Pinto, P. S. (2013). Protocolos no serviço de urgência. *Nursing Magazine Digital*. 1-7. Disponível em : <http://www.nursing.pt>

Ponte, C., Batista, S., (2019). *EU Kids online portugal: usos, competências, riscos e mediações da internet reportados por crianças e jovens (9-17anos)*. Eu Kids Online e Nova FCSH. Disponível em: <http://fabricadesites.fcsb.unl.pt/eukidsonline/documentos/>

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P., Hall, A. M. (2013). *Fundamentos de enfermagem* (8ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

Queirós, Fonseca, Mariz, Chaves & Cantarino (2016). Significados atribuídos ao conceito de cuidar. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV - n.º 10 -

jul./ago./set. 2016, pp.85-94. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.12707/RIV16022>

Quivy, R., Campenhoudt, L. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais. Trajectos* (4ª ed.). Lisboa: Gradiva.

Reid, T., Feer, Y. (2010). Developmentality focus nursing care. In G. Boxwell (Ed.). *Neonatal Intensive care*. 16-39. USA: Routledge.

Robinson, K. P., Lane, S. J., Korostenski, L., Lane, A. E. (2017). The impact of the neonatal intensive care unit on sensory and developmental outcomes ins infants born preterm: a scoping review. *British Journal of Occupational Therapy*. 80(8): 459-469

Roxo, A. L. (2018). Relatório anual da qualidade. Pediatria – Unidade de Cuidados Neonatais. Centro Hospitalar do Médio Tejo, Abrantes, Portugal.

Roxo, A. L. (2019). Relatório anual da qualidade. Pediatria – Unidade de Cuidados Neonatais. Centro Hospitalar do Médio Tejo, Abrantes, Portugal.

Santos, A. S. C. (2000). Sobro o choro, análises e perspetivas teóricas. *Análise Psicológica*, 3 (XVIII), 325-334. Disponível em:
http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312000000300006

Santos, V., Silva, E., Clemente, F., Sampaio, I., Lapa, P. (2018). “A luz e o desenvolvimento visual do RN prematuro”. Consenso Clínico. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Neonatologia

Shields, L.; Zhou, H.; Pratt, J.; Taylor, M.; Hunter, J.; Pascoe E. (2012). Family-centred care for hospitalized children aged 0-12 years: review. *The Cochrane collaboration library 2012, issue 10*. 1-59. DOI: [10.1002/14651858.CD004811.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004811.pub3)

Sossela, C.R., Sager, F. (2017). A criança e o brinquedo no contexto hospitalar. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. SBPH, vol.20, nº.1, 17-31. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000100003

Stavis, R. L. (2017). Prematuros. Manual MSD, versão para profissionais de saúde. Consultado em agosto 2020. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/pediatria/problemas-perinatais/prematuros>.

Stevens, B., Yamada, J., Ohlsson, A., Haliburton, S., Shorkey, A., (2016). Sacarose para analgesia (alívio da dor) de recém-nascidos submetidos a procedimentos dolorosos. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Questão 7. Art.Nº.: CD001069. DOI: 10.1002/14651858.CD001069.pub5

Tamez, R. (2017). *Enfermagem na UTI neonatal, assistência ao recém-nascido de alto risco* (6ª Edição). Rio de Janeiro: Guanabara.

Tanner, C. A. (2016). Thinkig like a nurse: a research-based model of clinical jugment in nursing. *Journal of Nursing Education*. Vol. 45, Nº 6, 204-211.

Tojal, A. M. A. F. (2011). *Percepção dos enfermeiros sobre a formação em serviço* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em:
<https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=24174&code=634>

WHO (2018) – Preterm birth. Consultado em 15 de julho de 2019, disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Anexo 1- Autodiagnóstico de Competências

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

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

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

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percecionado <1 >4
<p>E1.1 — Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.</p> <p>E1.1.1 — Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar.</p> <p>E1.1.2 — Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.</p> <p>E1.1.3 — Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde.</p> <p>E1.1.4 — Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às Crianças / jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.</p> <p>E1.1.5 — Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde.</p> <p>E1.1.6 — Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.</p> <p>E1.1.7 — Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados.</p> <p>E1.1.8 — Intervém em programas no âmbito da saúde escolar.</p> <p>E1.1.9 — Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais.</p> <p>E1.1.10 — Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.</p>	<p>Aplico “cuidados centrados na família”, onde é operacionalizado um plano de cuidados estabelecido para cada recém-nascido e sua família com vista a sua autonomia e promovendo a parentalidade</p> <p>Todo o processo é negociado com a família cuidadora, envolvendo-os no plano estabelecido o mais possível</p> <p>Busco informação junto da dos cuidadores através de uma colheita de dados inicial que permite adequar o plano a estabelecer nos cuidados a prestar.</p> <p>A linguagem é adaptada a cada caso. Procuo através de mecanismos de reforço positivo motivar a envolvimento dos cuidadores</p> <p>Elaboro cartas de alta de forma manter uma continuidade dos cuidados com outros parceiros prestadores de cuidados na comunidade ou estabeleço comunicação direta com serviço social ou colega do centro de saúde.</p> <p>Não intervenho em programas de saúde escolar ou similares, a ligação a redes de recursos comunitários é raro.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 <u>4</u></p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 <u>4</u></p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 <u>4</u></p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 <u>2</u> _____ 3 _____ 4</p> <p>Observações:</p> <p>O conhecimento utilizado até aqui é mais empírico e experimental do que científico</p>

E1.2 — Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.

E1.2.1 — Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas.

E1.2.2 — Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais.

E1.2.3 — Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico.

E1.2.4 — Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco).

E1.2.5 — Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção.

E1.2.6 — Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos.

E1.2.7 — Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde.

E1.2.8 — Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.

Os conhecimentos mobilizados neste momento vão mais no sentido da prestação de cuidados a recém-nascidos e a crianças em situação de urgência cirúrgica no âmbito de cirurgia e ortotraumatologia. Preciso de rever conhecimentos em pediatria médica.

A colaboração com outros profissionais da equipe multidisciplinar é comum, nomeadamente com a fisioterapia. E em situações esporádicas com o psicólogo (sobretudo adolescentes; com distúrbios gástricos por exemplo).

É comum a identificação de situações de risco do recém-nascido pela situação familiar dos cuidadores, que implica o encaminhamento para a CPCJ.

Tenho contacto esporadicamente com situações de maus tratos em criança que recorrendo à urgência numa primeira abordagem fica internada na nossa unidade de apoio à urgência antes de ser transferida para o serviço de pediatria.

São feitos por protocolo recolha de informação no âmbito dos conhecimentos a todos os cuidadores no que se refere à segurança e a prevenção de acidentes em pediatria e de forma personalizada noutras áreas como a dor, a alimentação ou os cuidados ao recém-nascido (higiene; amamentação, etc.), e a partir destes planeio e executo orientações antecipatórias.

Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Experiência de mobilização em situação clínica

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

Observações:

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

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

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percebido
<p>E2.1 — Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.</p> <p>E2.1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória.</p> <p>E2.1.2 — Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico.</p> <p>E2.1.3 — Aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.</p>	<p>Pela Instabilidade e especificidade dos recém-nascidos a vigilância das funções vitais é constante incluindo sistemas de monitorizações.</p> <p>O suporte avançado de vida faz parte das minhas competências</p> <p>Embora seja raro os processos de fim de vida e de luto acontecem na minha prática, nunca identifiquei dificuldades em lidar com eles</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 <u>4</u></p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 <u>4</u></p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 <u>4</u></p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 <u>4</u></p> <p>Observações:</p>
<p>E2.2 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem -estar da criança/jovem, otimizando as respostas.</p> <p>E2.2.1 — Aplica conhecimentos sobre saúde e bem -estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem.</p> <p>E2.2.2 — Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor.</p> <p>E2.2.3 — Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.</p>	<p>Toda a prestação de cuidados é feita tendo em conta também o objetivo de promover o bem-estar da criança e família.</p> <p>Aplico de acordo com protocolo existente no serviço a vigilância da dor a todos os internados. Utilizando as escalas que foram escolhidas para o efeito para a sua monitorização.</p> <p>Os conhecimentos em terapias não farmacológicas são empíricos e baseados na experiência</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 <u>3</u> _____ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 <u>3</u> _____ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 <u>4</u></p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 <u>3</u> _____ 4</p> <p>Observações:</p>

<p>E2.3 — Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.</p> <p>E2.3.1 — Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas.</p> <p>E2.3.2 — Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças raras.</p>	<p>Não me é muito comum na prática diária a necessidade de mobilizar conhecimentos em doenças raras, pelo que os conhecimentos precisam de ser atualizados quando necessário</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 <input checked="" type="radio"/> 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 <input checked="" type="radio"/> 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 <input checked="" type="radio"/> 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 <input checked="" type="radio"/> 3 _____ 4</p> <p>Observações:</p>
<p>E2.4 — Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.</p> <p>E2.4.1 — Demonstra conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros relativamente às terapias complementares na prática de enfermagem.</p> <p>E2.4.2 — Demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/ jovem.</p> <p>E2.4.3 — Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar</p>	<p>Presto cuidados de modo a promover ganhos em saúde, mas não sei se recorro a todas as terapias complementares de enfermagem que são suportadas pela evidência. Aliás desconheço o que sejam.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 <input checked="" type="radio"/> 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 <input checked="" type="radio"/> 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 <input checked="" type="radio"/> 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 <input checked="" type="radio"/> 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Observações:</p>

<p>E2.5 — Promove a adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.</p> <p>E2.5.1 — Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem.</p> <p>E2.5.2 — Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação.</p> <p>E2.5.3 — Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada.</p> <p>E2.5.4 — Adequa o suporte familiar e comunitário.</p> <p>E2.5.5 — Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança.</p> <p>E2.5.6 — Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário.</p>	<p>Não desenvolvo atualmente prestação de cuidados a crianças neste âmbito. Mas já desenvolvi pelo que alguns conhecimentos e formas de atuar ainda sei mobilizar.</p> <p>Em muitos casos, alguns destes conhecimentos são adaptados ao lidar com recém- nascidos prematuros, onde é necessário adaptar a família a situações de incapacidade, promovendo a esperança por exemplo</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 <u>3</u> _____ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 <u>3</u> _____ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 <u>3</u> _____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 <u>3</u> _____ 4</p> <p>Observações:</p>
---	---	--

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

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

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percecionado
<p>E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.</p> <p>E3.1.1 — Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento.</p> <p>E3.1.2 — Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.</p> <p>E3.1.3 — Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.</p>	<p>Os conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento são inerentes á prática diária.</p> <p>Faço a respetiva avaliação do recém-nascido e criança utilizando por exemplo instrumentos como a escala de Avaliação de Mary Schaden modificada</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 <u>3</u> _____ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 <u>3</u> _____ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 <u>3</u> _____ 4</p>

		<p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Observações:</p>
<p>E3.2 — Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais. E3.2.1— Avalia o desenvolvimento da parentalidade. E3.2.2 — Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo. E3.2.3 — Utiliza estratégias promotoras de esperança realista. E3.2.4 — Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN. E3.2.5 — Promove a amamentação. E3.2.6 — Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN. E3.2.7 — Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce.</p>	<p>A vinculação é um aspecto muito importante a ter em conta na minha prática diária. Pela especificidade e pelo afastamento dos recém-nascidos á família, pelo que é um dos aspetos que mais valorizo e promovo. Mobilizo todos os aspetos desta Unidade de competência</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Observações:</p>
<p>E3.3 — Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura. E3.3.1 — Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família. E3.3.2 — Relaciona -se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura. E3.3.3 — Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.</p>	<p>Não possuo conhecimentos aprofundados sobre comunicação. Nem sei o que isso significa. Mas mostro respeito pelas crenças e valores dos meus utentes. Tento sempre adaptar a comunicação ao estado de desenvolvimento da criança. Tendo em conta que no âmbito da cirurgia/ortopedia de urgência lido com crianças de todas as fchas etárias.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p>

		Observações:
<p>E3.4 — Promove a autoestima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde.</p> <p>E3.4.1— Facilita a comunicação expressiva de emoções. E3.4.2 — Reforça a imagem corporal positiva se necessário. E3.4.3 — Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis. E3.4.4 — Reforça a tomada de decisão responsável. E3.4.5 — Negoceia contrato de saúde com o adolescente.</p>	<p>Todos estes critérios são tidos em conta ao lidar com os adolescentes. Nem de outra forma era possível uma saudável interação com estes, ouvindo-os, respeitando-os e compreendendo-os.</p>	<p>Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Experiência de mobilização em situação clínica 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4</p> <p>Observações:</p>

Notas Finais

Estudante: Nuno Miguel Jacob Branco

Apêndice 1- Cronograma dos contextos de estágio

Contextos de Estágio	Dias /semanas (2019/2020)					
	4 semanas	3 semanas	3 semanas	3 semanas	2 semanas	3 semanas
USF	23 set. / 20 out.					
IP		21 out./ 10 nov.				
UP			11 nov./ 1 dez.			
CDC				2 dez. / 22 dez.		
UCIN					6 jan. / 19 jan.	
UCN						20 jan. / 9 fev.



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

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

Unidade Curricular Estágio com Relatório

Guia Orientador de Estágio

Aluno: Nuno Branco, nº8970

Orientadora: Profª Doutora Maria Teresa Magão

Lisboa

Setembro de 2019

ÍNDICE	pág.
INTRODUÇÃO	3
1. BREVE ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PROBLEMÁTICA DO PROJETO	4
2. OBJETIVOS E ATIVIDADES PROPOSTAS	6
2.1 Objetivos gerais	6
2.2. Objetivos específicos	6
2.2.1 Transversais a todos os contextos de estágio	6
2.2.2 Para o contexto de estágio UCN	7
2.3 Atividades a desenvolver	7
3. CRONOGRAMA PARA O CONTEXTO DE ESTÁGIO	10
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

INTRODUÇÃO

Este guia orientador das atividades em estágio surge integrado na Unidade curricular (UC) Estágio com Relatório do Mestrado em Enfermagem na área de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediatria de modo a servir de apoio e orientação das atividades a desempenhar no decurso do estágio a desenvolver na área de prestação de cuidados de saúde Infantil e pediatria. Pretende-se assim desenvolver a aquisição de competências científicas, técnicas e humanas na conceção, gestão, prestação e supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família. Este estágio vai assim ao encontro também do objetivo estabelecido para esta UC que visa desenvolver processos de prestação de cuidados à criança, ao jovem e à família em resposta às necessidades do seu crescimento e desenvolvimento e no sentido da maximização da sua saúde.

Este estágio fazendo parte dos requisitos de formação do supra citado Mestrado, surge integrado num projeto de formação desenvolvido a partir da identificação de uma problemática, decorrente da evidência científica consultada e da minha atividade profissional e experiência como enfermeiro ao longo de 25 anos, com um percurso de trabalho em neonatologia; pediatria médica e cirúrgica e urgência pediátrica; consultas de pediatria e de adolescentes e de um autodiagnóstico de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e de necessidades de aprendizagem. A partir daí foram traçados objetivos gerais e específicos e atividades a desenvolver nos contextos de estágio, que serão apresentados no decorrer deste documento. Das competências adquiridas com a experiência, pretendo desenvolver outras e que são esperadas ao enfermeiro especialista, de modo a que como diz a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019) regulamento nº 140/2019 ser “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados (...)” (OE,2019, p. 4744).

1. BREVE ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PROBLEMÁTICA DO PROJETO

O ambiente em que os cuidados de saúde se desenvolvem e de forma particular os cuidados de enfermagem, tem demonstrado ser um fator de relativa importância ao longo dos tempos. Embora seja um assunto, que pela minha experiência como enfermeiro, não se tem constituído como sendo prioritário, tem assumido um papel em estudos e pesquisas que lhe conferem essa mesma importância. Já no séc. XIX Florence Nightingale se referia a esta questão, reiterando a importância da organização do ambiente físico nas suas várias dimensões para os resultados de qualidade que se esperavam dos pacientes (Coughlin, 2017). Com a evolução da medicina e o aprofundamento dos cuidados baseados na melhor evidência, também as questões do ambiente físico passaram a ser investigadas de modo a que o mesmo contribuísse para resultados de qualidade nos cuidados prestados. Estudos como o desenvolvido por Texas A&M University e Georgia Tech em 2004, citado por Coughlin (2017), permitiram identificar que estas preocupações com o ambiente físico estão diretamente ligadas aos resultados que se conseguem alcançar com os pacientes, mas também com a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais. Nomeadamente podem diminuir os níveis de stresse e fadiga nos profissionais das equipas, mas também aumentar a eficácia da prestação dos cuidados melhorando a segurança dos pacientes diminuindo o stresse dos mesmos e melhorando os resultados esperados; em resumo aumenta a qualidade dos cuidados. (Coughlin, 2017).

O recém-nascido ao nascer pré-termo deixa de ter a proteção que o útero lhe garantia, onde o ambiente intra-uterino lhe proporcionava os estímulos sensoriais positivos necessários para o desenvolvimento normal do seu cérebro e que ocorriam numa determinada sequência. Este desenvolvimento cerebral do feto passa por várias fases e ao nascer prematuro estas fases importantes do seu desenvolvimento e organização, ficam comprometidas (Altimier & White, 2013; Tamez, 2013).

Altimier & Phillips (2013) propõem um modelo de medidas para os cuidados de desenvolvimento centrados na família, *The Neonatal Integrative Developmental Care Model*, referindo que para melhor compreender os problemas de desenvolvimento relacionados com a prematuridade e outros eventos de alto risco é essencial compreender as bases do desenvolvimento neurosensorial do recém-nascido. Neste modelo são descritas 7 medidas para o desenvolvimento dos cuidados neonatais

neuroprotetores, nomeadamente: o ambiente dos cuidados; parcerias com as famílias; manipulação e posicionamento; a salvaguarda do sono; minimização do stresse e da dor; a proteção da pele e a otimização da nutrição. O ambiente como primeira medida neuroprotetora dos cuidados inclui o ambiente físico, a privacidade e a segurança, mas também o ambiente sensorial como a temperatura e toque; propriocepção; cheiro; gosto; ruído e iluminação. Todos estes aspetos nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) devem ser considerados de modo a salvaguardar um adequado desenvolvimento dos recém-nascidos, garantindo as suas necessidades neuroprotetoras e fisiológicas, que sem a proteção do útero ficaram substancialmente afetadas.

Um Ambiente seguro onde se desenvolvem os cuidados de enfermagem resulta das medidas apropriadas estabelecidas, tendo em conta o ambiente físico, o ambiente sensorial e outras dimensões especiais e estéticas. A combinação destes atributos demonstra um respeito pela dignidade humana, apoiam o impacto sócio emocional através da presença contínua da família e fornecem neuroproteção para o desenvolvimento dos sistemas somatossensoriais e interoceptivos do recém-nascido (Coughlin, 2017). É por isso importante na promoção de um ambiente seguro como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, de acordo também com as suas competências específicas, promover cuidados de enfermagem que tenham como objetivo reduzir o stresse, protegendo o sono, diminuindo a dor, prevenindo a agitação, preservando a energia, mesurando as manipulações e estabelecendo parcerias com as famílias, estabelecendo intervenções de modo a promover o desenvolvimento e o crescimento saudável, facilitando as capacidades de auto-regulação, do recém-nascido (Altimier & White, 2013; Tamez, 2013).

Os cuidados de enfermagem centrados na família são fundamentais, para que estes sejam impulsionadores de cuidados neuroprotetores do desenvolvimento. O enfermeiro ao prestar cuidados centrados na família reconhece a importância do papel que as famílias desempenham para garantir a saúde e bem-estar dos recém-nascidos, crianças, adolescentes e membros de toda a família (Shields et al. 2012).

2. OBJETIVOS E ATIVIDADES PROPOSTAS PARA ESTÁGIO

Foram definidos dois objetivos gerais de modo a dar continuidade a este projeto que me proponho desenvolver. Para além destes objetivos gerais, foram também estabelecidos objetivos específicos transversais a todos os contextos de estágio e específicos para o contexto de estágio Unidade de Cuidados Neonatais (UCN) local onde exerço funções e atividades que lhe pretendem dar operacionalidade. As atividades propostas serão ajustadas de acordo com o desenrolar do estágio nos diferentes contextos e as próprias oportunidades que estes proporcionarem e permitirem. Sendo passível destas serem ajustadas, ou mesmo ser possível surgirem novas atividades que se demonstrem úteis para a concretização dos objetivos propostos e de modo a contribuir para o desenvolvimento de competências de EEESIP (Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica) do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento nº422/2018).

2.1 Objetivos gerais

- **Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados á criança, jovem e suas famílias a viver processos de saúde ou de doença em diferentes contextos pediátricos.**
- **Desenvolver competências de EEESIP no âmbito da promoção do desenvolvimento do recém-nascido pré-termo e sua família com foco na medida neuroprotetora ambiente seguro.**

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Transversais a todos os contextos de estágio

- **Mobilizar princípios e técnicas de comunicação com a criança, jovem e família, adequadas ao estágio de desenvolvimento e cultura e á situação de saúde e ou doença.**
- **Aprofundar competências na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e do jovem.**

<ul style="list-style-type: none"> • Elaboração de um jornal de aprendizagem sobre uma situação significativa de gestão diferenciada da dor da criança e ou jovem • Elaboração de um jornal de aprendizagem sobre uma situação significativa no âmbito da comunicação com criança ou jovem • Síntese reflexiva das atividades desenvolvidas e do seu contributo para a aquisição de competências de enfermeiro EEESIP 	<p>3ª ou 4ª semana</p>
--	------------------------

Atividades a desenvolver Contexto de estágio Unidade de Cuidados Neonatais	Operacionalização
<ul style="list-style-type: none"> •Aplicação de questionário á equipe de enfermagem para a identificação das necessidades formativas relativas ao ambiente neuroprotetor do recém-nascido pré-termo na UCN • Identificação de estratégias promotoras de mudança, refletidas em equipa <ul style="list-style-type: none"> ○ Redução de ruído ○ Utilização da luminosidade de forma adequada ao RNPT ○ Moderação das manipulações ○ Outras 	<p>1ª Semana</p>
<ul style="list-style-type: none"> •Apresentação á equipe do resultado do questionário e da evidência científica que sustenta a necessidade de um ambiente seguro e neuroprotetor em sessão de formação •Propor a criação de um “sistema de alerta” ou de sensibilização em cartazes ou outro, que relembrem a necessidade de mudar comportamentos: 	<p>2ª e 3ª Semana</p>

- Cartaz junto á porta da sala que lembre a necessidade da redução do ruído,
 - Cartaz junto aos interruptores, lembrando se existe necessidade de ligar todas as luzes,
 - Outros que se identifiquem como úteis,
Ou
 - Elaboração de um Poster com a identificação dos stressores identificados e as medidas e estratégias para a sua prevenção.
- Implementação de outras estratégias que sejam identificadas e promotoras de um ambiente neuroprotetor.
 - Criação de uma instrução de trabalho normativa para a promoção de um ambiente seguro e neuroprotetor.

3. CRONOGRAMA ESPECÍFICO PARA O CONTEXTO DE ESTÁGIO

Dias de estágio Actividades	Primeira semana			Segunda semana			Terceira semana			Quarta semana			Após o estágio
Pesquisa bibliográfica													
Consulta de documentação relacionada com a organização dos cuidados nos contextos, protocolos /projectos em curso													
Discussão do projecto de estágio com o enfermeiro orientador/enfermeiro chefe.													
Entrevista ao orientador e ou chefe dos contextos de estágio ou outros EEESIP com foco nos objectivos a desenvolver													
Observação participante nos cuidados													
(atividades para cada contexto de estágio)													
Síntese reflexiva das atividades desenvolvidas e do seu contributo para a aquisição de competências de enfermeiro EEESIP													

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Altimier, L., White, R.D. (2013). The neonatal intensive care unit (NICU) environment. In C. Kenner & J.W. Lott, *Comprehensive neonatal nursing care*. (5ª edição): 721-737. Nova Yorque: Springer Publishing Company

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

Coughlin, M.E. (2017). *Trauma-informed care in the NICU*. Nova Yorque: Springer Publishing Company

Ordem dos Enfermeiros (2018) - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Regulamento nº422/2018. *Diário da república*, (II série – nº133 – 12 julho de 2018): 1912-19194. Disponível em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento nº 140/2019 *Diário da república* (II série, nº26 de 6-2-2019): 4744-4750. Disponível em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Shields, L.; Zhou, H.; Taylor, M.; Hunter, J.; Munns, A.; Watts, R. (2012). Family-centred care for hospitalized children aged 0-12 years: a systematic review of quasi-experimental studies. *JBI Library of Systematic Reviews*. 2559-2592

Tamez, R. (2017). *Enfermagem na UTI neonatal, assistência ao recém-nascido de alto risco* (6ª Edição). Rio de Janeiro: Guanabara.

Apêndice 3- Síntese Reflexiva do estágio em USF



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Pólo Artur Ravara

**10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Unidade Curricular Estágio com Relatório**

Síntese Reflexiva

Contexto de estágio Unidade de Saúde Familiar (USF)

**Elaborado por:
Nuno Branco, nº8970**

Supervisão Clínica [REDACTED]

Orientadora da Unidade Curricular: Prof. Doutora Maria Teresa Magão

Lisboa

Novembro de 2019

ÍNDICE

pág.

- 1. Síntese reflexiva das atividades desenvolvidas no contexto de estágio de cuidados de saúde primários (USF) 3**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Síntese reflexiva das atividades desenvolvidas no contexto de estágio de cuidados de saúde primários

O estágio em cuidados de saúde primários decorreu num período de 4 semanas de acordo com o cronograma estipulado num total de 100 horas. Decorreu numa Unidade de Saúde Familiar (USF) de modelo B. Este tipo de Unidade segundo a Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2019, p.1) “é o indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional onde o trabalho em equipa de saúde familiar seja uma prática efectiva e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de patamares de desempenho mais exigente”. A equipa multidisciplinar desta USF é constituída por 6 enfermeiros, 6 médicos, 4 secretários clínicos que se distribuem por 6 micro equipas de saúde familiar em que 1 médico e 1 enfermeiro apoiados por um secretário organizam as suas consultas e prestam cuidados aos utentes inscritos na sua lista. Foi numa destas equipas que me integrei na qual faz parte uma enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (EEESIP), a única que existe nesta Unidade.

De acordo com o guia orientador das atividades de estágio (GOAE) elaborado foi meu objetivo primordial procurar desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados à criança, jovem e suas famílias a viver processos de saúde ou de doença em diferentes contextos pediátricos, e neste caso específico em cuidados de saúde primários. São estes cuidados segundo o decreto-lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro,

o pilar central do sistema de saúde. Na verdade, os centros de saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados, (p.1182)

Seguindo as atividades propostas no meu Guia Orientador, procurei ir ao encontro do que nos diz o regulamento nº422/2018 da Ordem dos Enfermeiros (OE) de que o EEESIP deve prestar cuidados específicos de enfermagem visando as necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança, jovem e família, em qualquer contexto em que ela se encontre, promovendo assim a maximização do seu potencial de desenvolvimento, recorrendo a conhecimentos específicos e mobilizando os recursos adequados. Assim, foi essencial no decorrer deste percurso de aprendizagem, a pesquisa de bibliografia, executada em torno de assuntos que me permitiram prestar cuidados diferenciados e atingir os objetivos específicos a que me

propunha como mobilizar princípios e técnicas de comunicação com a criança, jovem e família, adequadas ao estágio de desenvolvimento e cultura e à situação de saúde e ou doença e aprofundar competências na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e do jovem. Das experiências vividas relativamente a estes dois assuntos, foi possível realizar dois jornais de aprendizagem em que a mobilização de conhecimentos articulada com a prática, se tornaram em momentos de aprendizagem. Foi assim realizado um Jornal de aprendizagem sobre situação significativa no âmbito de gestão diferenciada da dor de um recém-nascido, na intervenção de enfermagem para a realização do Rastreio de Doenças Metabólicas e um outro Jornal de aprendizagem sobre situação significativa no âmbito da comunicação com uma Adolescente na Consulta de Saúde Infantil e Pediatria.

Estes momentos de aprendizagem contribuíram assim para o desenvolvimento das competências que me propunha também melhorar e que foram salientadas no Guia Orientador, nomeadamente as unidades de competência E2.2. “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.” (OE, 2018, p. 19193) e E3.3 “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” e E.3.4 “Promove a auto-estima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.” (OE, 2018, p.19194).

Ao longo deste estágio procurei acompanhar as atividades desenvolvidas pela Enfermeira Orientadora, EEESIP, desenvolvendo com ela cuidados no âmbito da consulta de vigilância de saúde infantil e pediátrica (CVSIP). Esta consulta que é realizada de forma autónoma pela mesma, pode ser enquadrada no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) e realiza-se para todas as crianças e jovens dos 0 aos 18 anos e suas famílias, ou fora do PNSIJ, que por algum motivo pode ter sido marcada pela enfermeira ou mesmo pelo médico que faz parte da micro equipe. Pode também decorrer do cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV). Estas consultas decorrem numa sala preparada para o efeito, decorada com motivos infantis e com mobiliário adequado. Não existe monitorização de aspetos como a temperatura ambiente, e a luminosidade. Contudo em diálogo com o EEESIP compreendi que esta procura que estas consultas decorram num ambiente confortável, promovendo a segurança e a privacidade e adequando às famílias e às idades das crianças e jovens de acordo com o equipamento e os recursos existentes.

Nestas consultas participei de duas formas, ou através de observação participante nos cuidados, ou na prestação direta e autónoma dos cuidados, através

da realização de consultas de desenvolvimento integradas no PNSIJ ou através da vacinação, decorrente do PNV. Tendo a oportunidade de desenvolver consultas em praticamente todas as faixas etárias (não houve consultas com crianças nascidas pré-termo), procurei nas mesmas seguir o que preconiza o PNSIJ para cada consulta de acordo com a idade chave, procurando sempre individualizar os cuidados e adequá-los a cada criança e família procurando assim também prestar cuidados Centrados na Família.

No decorrer destas consultas muitas foram as oportunidades que conjuntamente com a enfermeira Orientadora ou individualmente, permitiram não só fazer a avaliação do desenvolvimento da criança e jovem, mas também através de orientações antecipatórias e esclarecimentos de dúvidas aos pais procurar contribuir para a desenvolvimento saudável das crianças e jovens. Por outro lado estas consultas, sendo consultas em que o enfermeiro é o enfermeiro da família, são também momentos onde a enfermeira procura envolver toda a família, procurando saber mais, para além do motivo de vinda á consulta marcada e assim procura colher dados pertinentes na área da saúde e bem-estar, sobre todos os outros elementos da família (irmãos, pais) e através deste conhecimento adquirido pode assim programar a sua atuação com os outros elementos da família, através de situações específicas identificadas, como vacinas em atraso ou a necessidade de marcar uma consulta para outro elemento da família, ou desenvolver orientações antecipatórias. A enfermeira procura assim não se focar apenas na criança ou jovem que vem á consulta, mas tenta perceber todo o contexto da família de forma a planear e melhorar os cuidados prestados a esta e assim promover ganhos em saúde. Tal como diz o Plano Nacional de Saúde (2012-2016) melhorar o nível de saúde de todos os cidadãos é um objetivo último de um sistema de saúde onde os ganhos em saúde são entendidos como resultados positivos em indicadores de saúde.

Foi neste contexto que desenvolvi as consultas que pude realizar e deste modo ir ao encontro das competências Específicas do EEESIP, nomeadamente aquelas em que “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua Saúde” (OE, 2018: p, 19192) de acordo com as suas unidades de competência e promovendo cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e jovem (OE,2018).

Ao longo deste estágio foi sendo feita pesquisa e leitura de bibliografia que se considerou pertinente e que se refletiu nas atividades desenvolvidas. Destaco o PNSIJ e o Guia orientador de boa prática em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica da

Ordem dos Enfermeiros (2010) que permitiu orientar as consultas em que pude colaborar e ou realizar. A maioria das consultas é de desenvolvimento, e consultando no dia anterior quais as crianças e jovens e suas idades com consulta marcada, pude orientar de acordo com o PNSIJ as consultas a realizar. Tal como é referido no mesmo documento, nos cuidados de saúde primários é possível realizar “com eficácia a apreciação do desenvolvimento infantil sem perder a simplicidade nos procedimentos. Neste contexto, os profissionais de saúde motivados e com experiência poderão avaliar adequadamente o desenvolvimento de uma criança (...)” (PNSIJ, 2013, p52). E foi isso que procurei fazer. Nestas avaliações do desenvolvimento são avaliados os parâmetros antropométricos, que não constituíram, para mim, dificuldade em termos de execução e através dos resultados obtidos pude analisar as curvas de crescimento adequadas a cada faixa etária. Estas curvas permitem a visualização do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem e são um instrumento fundamental para a monitorização do seu estado de crescimento e nutrição. Tal como refere o PNSIJ (2013, p.43) “O desenvolvimento harmonioso, dentro de parâmetros normais, é basilar para uma vida adulta e saudável (...).

Nestas consultas é aplicada também a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, nas crianças dos 0 aos 5 anos. Este instrumento de trabalho, que já era do meu conhecimento, é uma mais-valia para estas consultas sendo que a sua aplicação requer conhecimentos e prática. A OE portuguesa preconiza a utilização desta escala de avaliação referindo que é um instrumento de aplicação rápida, preciso e fiável que permite a avaliação de áreas relacionadas com o desenvolvimento como postura e motricidade global, motricidade fina e visão, mas também audição, linguagem e comportamento e adaptação social, OE (2010). O PNSIJ dá as orientações necessárias para a sua aplicação além de atividades promotoras do desenvolvimento e os sinais de alarme a ter em conta na avaliação, nas faixas etárias chaves. A aplicabilidade desta escala pode ser feita por todos os enfermeiros, incluindo os que não são EEESIP, também aqui nesta USF assim é. Embora entenda que sendo uma das unidades de competência do EEESIP “Promove o Crescimento e o desenvolvimento infantil” com os critério de avaliação “Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento” e “Avalia o Crescimento e desenvolvimento da criança e jovem” (OE, 2018,p. 19194), este deve ter especial atenção á aplicabilidade deste instrumento de trabalho. E foi isso que procurei fazer. Pude também verificar que a enfermeira Orientadora EEESIP assim o faz de forma destacada das restantes enfermeiras que não são EEESIP.

Procurei conhecer o PNV de modo a realizar vacinação às crianças e jovens de acordo com o mesmo, conhecendo as vacinas suas finalidades e efeitos, mas também algumas vacinas extra PNV que foram administradas por prescrição médica, como a vacina contra o *Rotavírus* ou contra a *N. meningitidis* do grupo B. Deste modo pude esclarecer os pais sobre as suas dúvidas e reforçar cuidados e necessidades de vigilância pós vacinação O plano de vacinação que é tido em conta obedece ao Programa Nacional de Vacinação 2017 da DGS, aplica-se a todas as pessoas presentes em Portugal independentemente do seu estado legal e proveniência, adaptado a cada realidade e a essa mesma proveniência, á idade, ao seu estado vacinal anterior e a sua associação a determinados grupos de risco ou circunstâncias especiais. Este programa pretende ser assim universal, promovendo a equidade e promovendo a igualdade de oportunidades no campo da proteção da saúde e da prevenção de doenças (DGS, 2016).

Além de ter efetuado vacinação em diferentes faixas etárias de acordo com o plano, foi possível também identificar algumas crianças elegíveis pela sua situação específica para a vacinação com a vacina BCG, que conjuntamente com outras crianças foram convocadas para, em dia marcado, efetuarem essa mesma vacina, administrada pela EEESIP. A vacinação sendo um momento de stresse e doloroso para as crianças e famílias exige do enfermeiro a promoção de cuidados que visem a redução desse mesmo stresse e dor. Estes momentos de vacinação procuraram seguir as orientações que promovem o conforto e a diminuição da dor, recorrendo sempre que possível a técnicas não-farmacológicas para o alívio da dor, adaptadas e individualizadas a cada criança e á sua idade e situação familiar, como a amamentação ou a sucção não nutritiva; presença e colo de pessoa significativa para algumas crianças e recém-nacidos. Nas crianças *toddlers* e mais velhas e adolescentes, a utilização de técnicas como a promoção de distração, através de conversação, recursos a brinquedos e livros de histórias que existem na USF e a novas tecnologias (telemóveis com música/filmes), contagem, com os adolescentes até um número específico. Sempre seguindo as recomendações da OE segundo o seu guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controle da dor na criança (OE,2013). Atendendo a que foi a primeira vez que tive a oportunidade de implementar algumas destas estratégias, pude comprovar a sua importância e eficácia. Sendo que uma das unidades de competência da competência específica de EEESIP “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” é “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança /jovem, otimizando as

respostas” (OE, 2018, pp19193), estas atividades permitiram assim desenvolver conhecimentos e competências nesta área.

Em todas as consultas, entre outras questões e orientações antecipatórias que são preconizadas também pelo PNSIJ (2013), procurei fomentar conhecimentos e aprendizagens junto das crianças jovens e famílias, que fossem promotores do desenvolvimento de comportamentos que visassem um ambiente seguro, em questões de prevenção de acidentes domésticos, rodoviários e escolares, de acordo com as faixas etárias e também de acordo com as necessidades identificadas. Para tal socorri-me de conhecimentos já adquiridos na vida profissional, reforçados pelo PNSIJ da DGS (2013), pelo Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016 da DGS (2010), pelo Plano de Ação para a Segurança Infantil 2012-2016 do Alto Comissariado da Saúde (2012), pela informação disponível da Associação para a Promoção da Segurança Infantil, nomeadamente a brochura “Vale a pena crescer em segurança, evitar os acidentes no primeiro ano de vida” (Menezes et al, 2007) e apoiado pelos folhetos em uso na USF, nomeadamente “Crianças no automóvel, escolha da cadeirinha adequada”; “Brinquedos: Há brincar e brincar, há rir e chorar?”; “Brincar e nadar em segurança! Procedimentos que salvam vidas!”; “Atenção às queimaduras”.

Sendo a enfermeira EEESIP coordenadora da equipe de enfermagem e por sua vez responsável pela gestão da Unidade, tive a oportunidade de a acompanhar e colaborar na resolução de assuntos de gestão da Unidade nomeadamente gestão de equipamentos, *stocks* de materiais e farmácia, controle e monitorização de prazos de validade e resposta a necessidades identificadas, entre outras e também na gestão e dinâmica da equipe, o que vai ao encontro do desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro Especialista, nomeadamente as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade e do domínio da gestão dos cuidados, do respetivo regulamento OE (2019).

Foi possível ainda, no decorrer da discussão do meu projeto de estágio com a Enfermeira Orientadora, a identificação de uma necessidade formativa da equipa de enfermagem, de modo a contribuir para a melhoria contínua dos cuidados. Foi realizada uma sessão de formação a toda a equipe sobre o choro do bebé. Neuman e Fawcett (2011) referem que o objetivo primordial da enfermagem é facilitar a otimização do bem-estar do cliente através da retenção, atendimento ou manutenção da estabilidade do sistema do cliente. Este sistema, influenciado pelos stressors, entendidos como estímulos ou forças de produção de tensão que ocorrem dentro dos

limites ambientais internos e externos do sistema do cliente, pode perder essa otimização do bem-estar pretendida.

O Choro é a linguagem principal do bebé (entendido como o cliente) que manifesta assim a sua forma de estar ao reagir aos diversos stressores a que possa estar sujeito, sendo assim primordial compreendê-lo de forma a se poder procurar a homeostasia pretendida e o bem-estar, através de implantação e execução de intervenções adequadas. Assim a partir de pesquisa e consulta bibliográfica foi efetuada a formação com o tema “o Bebé chora... como ajudar?”, cujos conteúdos incluíram: o Choro do bebé; A sua compreensão; o papel do Enfermeiro e o alívio do choro, orientações antecipatórias aos pais. Esta formação planeada, executada e avaliada e cuja avaliação foi realizada de forma anónima pelos 6 enfermeiros da USF e teve os seguintes resultados numa escala de 1 (nunca) a 6 (sempre) às seguintes questões:

Formação e Conteúdos	Respostas
Os objectivos definidos para a acção de formação foram alcançados?	3x5 e 2x6
Os temas tratados na acção adequam-se á sua função?	3x5 e 3x6
Pensa aplicar os conhecimentos adquiridos na sua função?	3x5 e 3x6
A documentação distribuída revela utilidade?	2x5 e 4x6
As condições da formação foram as adequadas?	2x4 e 2x5 e 2x6
A duração da formação foi adequada?	5x5 e 1x6

A maioria das respostas para a “Formação e conteúdos” centrou-se na avaliação entre 5 e 6 da escala o que revela uma importância relevante para os enfermeiros em questão da formação realizada.

Avaliação do formador	Respostas
Domínio do tema (nível de conhecimentos possuídos)	4x5 e 2x6
Clareza e dinamismo na exposição (linguagem acessível)	4x5 e 2x6
Cumprimento de horários	4x5 e 2x6
Dinamização do grupo e acompanhamento	1x4 e 1x5 e 4x6
Utilização de recursos	3x5 e 3x5

A maioria das respostas a “Avaliação do formador” centrou-se na avaliação entre 5 e 6, denotando-se assim que a apresentação e a formação foram

compreendidas, mas sempre com possibilidades de melhoria no que se refere ao desempenho do formador.

A partir desta apresentação e dos seus conteúdos foi elaborado um folheto informativo/educativo com orientações antecipatórias que poderá ser entregue aos pais em caso de identificação de necessidade, pelos enfermeiros da USF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2019). Modelos Organizacionais, modelo B. Consultado em outubro de 2019, disponível em:

<http://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oeFinanciamentoPrestSa%C3%BAde/CSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/CuidadosdeSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/ACES/USF/modelosorganizacionais/tabid/771/language/pt-PT/Default.aspx>

Alto Comissariado da saúde (2012). *Plano de Ação para a Segurança Infantil 2012-2016*. Disponível em: http://apsi.org.pt/images/Documentos/PASI_2011.pdf

Decreto lei nº 28/2008 (2008). Cuidados de Saúde primários. Diário da República n.º 38/2008, Série I de 2008-02-22. 1182-1189. Disponível em:

<https://dre.pt/pesquisa/-/search/247675/details/maximized>

Direção Geral da Saúde (DGS), (2010). *Programa nacional de prevenção de acidentes 2010-2016*. Direção de Serviços de Promoção e Protecção da Saúde Divisão de Saúde Ambiental e Ocupacional, Lisboa. Disponível em:

<https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/dast-programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (DGS), (2012) – *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*.

Versão resumo. Disponível em:

http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_versaoresumo_maio20133.pdf

Direção Geral da Saúde (DGS), (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Disponível em:

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>

Menezes, H. et al., (2007). Vale a pena crescer em segurança, evitar os acidentes no primeiro ano de vida. 5ª Edição. Associação para a promoção da segurança infantil. Disponível em:

<https://pt.slideshare.net/AnaMorais9/vale-a-pena-22985625~>

Neuman, B., Fawcett, J. (2011). *The neuman systems model* (5ª edição). USA: Pearson.

Ordem dos Enfermeiros (OE), (2010). Guia orientador de boa prática: entrevista ao adolescente. Promover o desenvolvimento Infantil da Criança. *Guias Orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Série 1: nº1: vol. 1. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (OE), (2013). Estratégias não farmacológicas no controle da dor na criança. *Guia orientador de boa prática*. Caderno OE, série 1: número 6. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE), (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Regulamento nº 422/2018, Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República* (II Série, nº 133 de 12-07-2018). Pág. 19192- 19194. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (OE), (2019). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Regulamento nº 140/2019 *Diário da república* (II série, nº26 de 6-2-2019): 4744-4750. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Apêndice 4- Sessão de Formação para Enfermeiros
O bebé chora... como ajudar?



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

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

Sessão de Formação para Enfermeiros O bebé chora... como ajudar?

**Formandos: Enfermeiros da USF
Formador: Enf.º Nuno Branco
Supervisão Clínica: [REDACTED]**

**Data: 15/10/2019
Hora: 13h-13h30**

Local: sala de Reuniões da USF

ÍNDICE

Plano de sessão de formação	3
1. Fundamentação	4
2. Apresentação da formação	7
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

Plano de Sessão de Formação

Tema	O bebé Chora... como ajudar?
Formador	Nuno Branco
Destinatários	Enfermeiros da USF
Duração	30 minutos
Local	Sala de reuniões da USF
Data	15/10/2019

Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Atividades	Recursos didáticos	Avaliação
<p>Compreender o choro e tipos de choro do bebé</p> <p>Salientar a importância do papel do enfermeiro, promotor de orientações antecipatórias aos pais</p> <p>Descrever estratégias e comportamentos para o alívio do choro do bebé</p> <p>Propor a criação de um folheto orientador para os pais</p>	<p>O choro sua tipologia e manifestação por parte do bebé</p> <p>Importância do enfermeiro de cuidados de saúde primários como promotor de orientações antecipatórias aos pais</p> <p>Comportamentos a adotar perante o choro e estratégias que aliviem o choro do bebé</p>	<p>Expositiva e participativa</p>	<p>Exposição oral e Apresentação através de PowerPoint dos assuntos a apresentar</p> <p>Discussão do tema e esclarecimento de dúvidas</p>	<p>Computador e Projetor</p>	<p>Preenchimento de questionário sobre a formação apresentada</p>

1. Fundamentação

Na interação com o meio ambiente que o envolve e os estímulos que daí provêm, o bebê reage de diversas formas. O choro sendo a sua linguagem universal, representa uma dessas formas. Este choro é considerado como uma forma arcaica de comunicação entre o bebê e o seu cuidador e é através deste que interage e comunica ao seu cuidador as suas necessidades incluindo a sua necessidade de proteção e de satisfação dessas mesmas necessidades. É por isso fundamental que os cuidadores compreendam esse mesmo choro como manifestação do bebê, que na interação com o que o rodeia e a procura da satisfação das suas necessidades assim se manifesta. Essa interação vai desenvolvendo elos que culmina numa interligação entre o choro e o tipo de cuidados que são necessários ao bebê, otimizando respostas por parte do cuidador que assim lhe responde (Santos, A. 2000).

Com o passar do tempo e o desenvolvimento do bebê, a resposta do cuidador passa a ser mais específica, pois este vai melhorando a sua forma de comunicação com o cuidador. Por sua vez este cuidador também poderá desenvolver a capacidade de compreensão do tipo de choro do bebê e o que este representa, podendo assim responder de forma adequada às suas necessidades (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, s/d). Esta compreensão do Choro necessita treino, intuição, percepção e aprendizagem e é um processo que requer predisposição do cuidador criando laços com o bebê, que sendo totalmente depende deste, vai estabelecendo ligações e aprendendo a comunicar com ele. O vínculo estabelecido é fortalecido e a resposta do cuidador às suas necessidades mais eficaz (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, s/d: Oliveira, 2016).

Contudo um dos maiores desafios dos cuidadores é a compreensão do tipo de choro do bebê e as atitudes a adotar perante ele. Segundo autores com a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (s/d) e Rodrigues (s/d), o choro pode ter diferentes causas como as causas Físicas (fome; estar sujo ou molhado; roupa desconfortável; frio ou calor excessivo; sono; fadiga; excesso de estímulos; dificuldade em estabelecer autocontrolo); Causas Emocionais (exigir a presença dos pais; insegurança; medo; birras; falta de atenção; pedido de consolo /mimo); Causas patológicas (dor; síndrome de privação; cólicas/dificuldade nas dejeções; apresentação concomitante de sinais de doença). Para cada umas destas causas são descritas, segundo os mesmos autores, algumas características distintas de tipos de choro, que podem ajudar á sua compreensão e identificação por parte dos cuidadores. O choro não é uma constante, pode estar mais ou menos presente e evolui de forma diferenciada com o

desenvolvimento do bebé, sobretudo até ao primeiro ano de vida, sendo mais persistente em forma de episódios agudos nos primeiros três meses de vida. Com o passar do tempo o bebé vai aprendendo a autoconsolar-se e autorregular-se é importante que a resposta dos cuidadores seja adequada; para tal o desenvolvimento do conhecimento entre ambos é fundamental (Sociedade portuguesa de pediatria, s/d: Oliveira, 2016).

O enfermeiro em contexto de cuidados de saúde primários, desempenha um importante papel no processo de orientação dos cuidadores / pais, em todos os aspetos que estão relacionados com o desenvolvimento do bebé, contribuindo para o desenvolvimento da parentalidade e para o crescimento saudável do bebé. Os pais como cuidadores são os principais intervenientes neste processo do cuidar onde muitas vezes surgem dúvidas e dificuldades. O Enfermeiro poderá através de orientações antecipatórias ajudar os cuidadores neste processo de aprendizagem e no esclarecimento dessas dúvidas contribuindo para ultrapassar as dificuldades existentes (Silva,2006).

Estas orientações antecipatórias que decorrem das necessidades identificadas, neste caso nas que surgem perante questões relacionadas com o choro do bebé, podem ser facultadas se o Enfermeiro detiver conhecimentos que possa partilhar sobre o assunto. A sociedade Portuguesa de Pediatria (s/d) dá alguns contributos nesse sentido lembrando que existem algumas estratégias e medidas a adotar pelos cuidadores que podem atenuar as situações do choro bebé, nomeadamente: mobilizar o apoio de familiares e amigos e cuidar do bebé fazendo «turnos»; procurar momentos de descontração e descansar pelo menos uma vez por dia enquanto o bebé está a dormir; procurar ter ajuda nas tarefas domésticas. É importante também detetar precocemente sinais de depressão materna e sempre que possível falar com outros pais com problemas semelhantes. Lembrar que existem formas de apoio através de «linhas de ajuda» ou procurando técnicos de saúde. É importante que saibam responder ao apelo do bebé com tranquilidade, sem ansiedade nem angústia, procurando satisfazer as suas necessidades físicas. Pegar ao colo, aconchegar, embalar e falar calmamente, acariciar, massajar. Oferecer a mama ou a Chucha como pacificador e criar e respeitar as rotinas do bebé.

Recentemente surge também a técnica desenvolvida pelo Pediatra norte-americano Dr. Harvey Karp que se intitula Regra dos 5'S e que pretende promover a calma do bebé, recreando de certo modo as condições confortáveis que o bebé detinha quando in útero. Esta técnica desenvolvida para os bebés dos 0 aos 3 meses

reúne 5 formas de o cuidador atuar perante as manifestações de choro e desconforto do bebé. Este Pediatra demonstra a sua eficácia, que por sua vez se torna numa mais-valia e que pode ser ensinada aos cuidadores pelos enfermeiros nas suas orientações antecipatórias. Os cinco “S” desta técnica são: Swaddling (Embrulhar); Side/Stomach (De lado); Sushing (O melhor som); Swinging (Balançar); Sucking (sugar). Estas técnicas são descritas pelo autor como sendo reguladoras do desconforto do bebé, acalmando este em momentos de choro e agitação, podendo ser feitas de forma aleatória, ou todas em conjunto ou isoladamente, se tal se demonstrar eficaz (Karp, 2019).

É importante reforçar junto dos cuidadores que para além de toda a compreensão sobre o choro do bebé e formas de atuar perante ele, é fundamental manter uma atitude que reflita demonstração de afetos, onde o amor a ternura o carinho a afeição e o apego estejam sempre presentes tal como refere a Convenção sobre os Direitos da Criança (Unicef, 2019).

2. Apresentação da Formação (PowerPoint)



- O choro do bebé
- Compreender o choro
- O papel do enfermeiro
- Alívio do choro - orientação antecipatória aos pais

O BEBÉ CHORA... COMO AJUDAR ?

O mais importante para os pais e bebés é ...



O BEBÉ CHORA... COMO AJUDAR?

- ▶ O choro é a linguagem universal dos bebés e é através dele que exprimem as suas necessidades.
- ▶ É a forma mais precoce de comunicação.
- ▶ Nos primeiros meses de vida, o choro, o tónus muscular, o olhar, o movimento corporal, tudo é linguagem. É deste modo que o bebé expõe, à sua maneira, as suas necessidades, sentimentos e sensações.

O BEBÉ CHORA... COMO AJUDAR ?

[Sociedade Portuguesa de Neonatologia (s/d) : Oliveira M. (s/d)]

- ▶ Os recém-nascidos são totalmente dependentes para a satisfação das suas necessidades
- ▶ O choro é o estímulo para a intervenção imediata por parte da mãe que, biologicamente está "programada" para responder a essas solicitações, garantindo assim a sua sobrevivência e desenvolvimento.
- ▶ Quanto mais rápida e eficaz for essa resposta, mais o RN "confiará" nela, se sentirá seguro e tranquilo e, por conseguinte, melhor será a sua auto-estima e a relação de vínculo com a mãe/pai

O BEBÉ CHORA... COMO AJUDAR ?

[Sociedade Portuguesa de Neonatologia (s/d) : Oliveira M. (s/d)]

- ▶ À medida que o tempo passa, o bebé irá melhorar a sua capacidade de comunicar e os pais aprenderão a interpretar e descodificar o significado de certos sinais.
- ▶ Todos os bebés choram. Ao ficarem mais maduros, tranquilizam-se mais facilmente, choram menos,
- ▶ Os períodos de sono tornam-se mais regulares e o bebé «aprende» a acalmar-se e a auto-consolar-se.
- ▶ O choro persistente ocorre em cerca de 20% dos bebés, contudo, menos de 5% tem uma causa orgânica que justifica o choro.

O BEBÉ CHORA... COMO AJUDAR ?

Sociedade Portuguesa de Neonatologia, (s/d)

- ▶ Decifrar o choro é um desafio para os pais: integra intuição, conhecimento, percepção e aprendizagem.
- ▶ Com o passar do tempo, os pais vão descobrindo e aprendendo que o seu bebé chora de diferentes modos, tons e sonoridades, consoante aquilo que quer transmitir.

O BEBÉ CHORA... COMO AJUDAR ?

Sociedade Portuguesa de Neonatologia, (s/d)

Causas Físicas

Fome
Estar sujo ou molhado
Roupa desconfortável
Frio ou calor excessivo
Sono
Fadiga
Excesso de estímulos
Dificuldade em estabelecer autocontrolo

gemidos semelhantes a um apelo que não cessam com carinhos, somente quando estiver satisfeito.

choro fraco e estridente.

choro copioso de desconforto

criança agitada e com choro nervoso

é um choro que ocorre ao fim de um dia movimentado.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia (s/d); Rodrigues, B. (s/d).

Causas emocionais

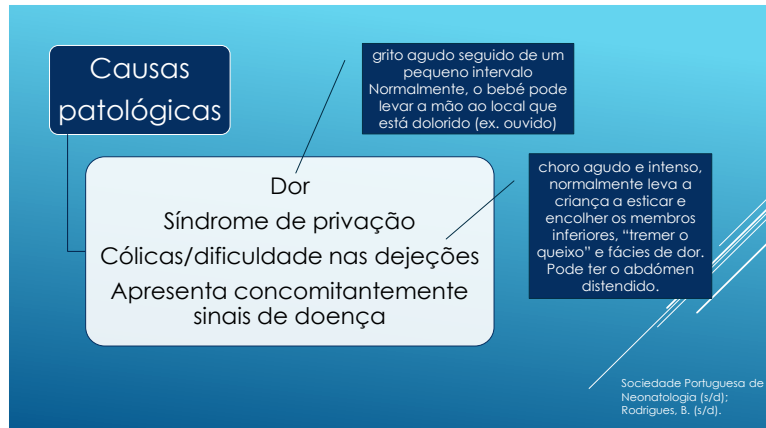
Exigir a presença dos pais
Insegurança
Medo
Birras
Falta de atenção
Pedido de consolo /mimo

quando o RN "choraminga" choro em "soluços" acalma-se quando é agarrado ao colo

Medo do desconhecido
Barulho intenso
Pessoas estranhas

Vários motivos: cansaço, sono, contrariedades, aborrecimento, temperamento difícil, frustração

Sociedade Portuguesa de Neonatologia (s/d); Rodrigues, B. (s/d); Oliveira M. (s/d)



Evolução do choro

O choro do bebé vai mudando e evoluindo ao longo do seu crescimento, e desenvolvimento, especialmente até aos 3 meses de vida

PRIMEIRA SEMANA DE VIDA

Predomina o choro irritadiço, normalmente ao fim do dia também o choro de aborrecimento/birra que por vezes os recém-nascidos desenvolvem no decorrer do dia.

DAS QUATRO ÀS OITO SEMANAS DE VIDA

O choro irritadiço do fim do dia aumenta atingindo o seu auge, começando depois a diminuir. Os pais já reconhecem os diferentes choros do bebé. Os ataques de choro acontecem em períodos mais curtos, sendo na maioria das vezes para chamar a atenção dos pais.

Shelov, S.P., (2009)

Evolução do choro

QUATRO MESES

É predominante o choro de fome, desconforto e chamadas de atenção que os pais já distinguem perfeitamente. Ainda têm alguns períodos de choro noturno em que precisam da ajuda dos pais para adormecerem novamente.

DOS CINCO AOS OITO MESES

Surge um novo tipo de choro - o choro de frustração. O bebé chora com medo de estranhos, o que lhe provoca insegurança, precisando do carinho dos pais para ultrapassar esta fase.

Shelov, S.P., (2009)

Evolução do choro

DOS NOVE AOS DEZ MESES

O choro de chamada de atenção e pedido de ajuda é predominante, pois o bebé gosta de explorar o espaço que o rodeia. Chora quando é afastado do objecto proibido. Chora a meio da noite por vezes pedindo ajuda para adormecer apesar de saber como se faz durante o dia.

CRIANÇA QUE JÁ SABE ANDAR

Os ataques de choro intenso ao fim do dia, entre as refeições ou sestas caracterizam esta idade. Nesta idade a criança chora de frustração por estar muito tempo ao colo dos pais quando o que quer é explorar o meio que o rodeia e brincar

Shelov, S.P., (2009)

- ▶ As ações de promoção de saúde que sejam pertinentes e de qualidade, desenvolvidas no contexto dos cuidados de saúde primários, são essenciais porque visam facultar aos Pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua Parentalidade.

Silva, A. (2006)



O BEBÉ CHORA... COMO AJUDAR ?

- ▶ O profissional de enfermagem poderá apoiar os pais neste processo de conhecimento do bebé transmitindo-lhes a informação necessária, incentivando-os à estimulação da sua relação com o bebé e reforçando as aquisições efetuadas.
- ▶ É também importante transmitir-lhes informações acerca das competências sensoriais do seu filho, pois o bebé não é um ser «vazio», possui características como a capacidade de ouvir, ver, sentir o odor do que o rodeia, de ter diferentes formas de sucção, de reagir quando lhe tocam ,de se relacionar, de reconhecer rostos e odores.

(Brazelton & Cramer (1993), Citado por Silva, A. (2006))

O BEBÉ CHORA... COMO AJUDAR ?



Sugestões que podem ajudar os pais a lidar com o choro do bebé:

- ▶ Mobilizar o apoio de familiares e amigos;
- ▶ Fazer «turnos»;
- ▶ Tentar descontrair;
- ▶ Descansar pelo menos uma vez por dia enquanto o bebé está a dormir;
- ▶ Ter ajuda nas tarefas domésticas;
- ▶ Despistar sinais de depressão materna;
- ▶ Falar com outros pais com problemas semelhantes;
- ▶ Procurar apoio em «linhas de ajuda» / técnicos de saúde.

O BEBÉ CHORA... COMO AJUDAR ?

(Sociedade Portuguesa de Neonatologia, (s/d))

Sugestões que podem ajudar os pais a lidar com o choro do bebé:

- ▶ Responder ao apelo com tranquilidade, sem ansiedade nem angústia
- ▶ Satisfazer as suas necessidades físicas
- ▶ Pegar ao colo, aconchegar, embalar
- ▶ Falar calmamente, acariciar, massajar
- ▶ Oferecer a mama/ Chucha como pacificador
- ▶ Criar e respeitar as rotinas do bebé.



O BEBÉ CHORA... COMO AJUDAR ?

(Sociedade Portuguesa de Neonatologia, (s/d))

A regra dos 5'S

Técnica desenvolvida pelo pediatra Dr. Harvey Karp que pretende promover a calma no recém-nascido, recriando de certo modo as condições que o mantinham confortável no útero. Desenvolvida para os bebés dos 0 aos 3 meses. É constituída por 5 formas de actuar perante a manifestação de desconforto do bebé:

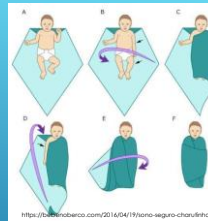
- ▶ Swaddling (Embrulhar)
- ▶ Side/Stomach (De lado)
- ▶ Sushing (O melhor som)
- ▶ Swinging (Balançar)
- ▶ Sucking (sugar)



Karp, H. (2019)

▶ Swaddling (Embrulhar)

O toque é o mais calmante dos 5 sentidos. Bebés podem ser embrulhados de forma a que não mexam os braços. Eles sentem-se confortáveis, "de volta ao útero". (Deve ser feito por períodos)



O BEBÉ CHORA... COMO AJUDAR ?

Karp, H. (2019)

▶ Side/Stomach (De lado)

Deitar o bebé de costas é a posição mais segura para dormir, mas é a pior posição para acalmar a agitação. Este S pode ser feito segurando um bebé de lado, de barriga ou por cima do ombro.



O BEBÉ CHORA... COMO AJUDAR ?

Karp, H. (2019)

▶ Sushing (O melhor som)

Os bebés não precisam de silêncio total para dormir. No útero, o som do fluxo sanguíneo é mais alto que um aspirador de pó!

"shhh" é o som do silêncio, pois lembra os sons intra-uterinos. Colocar a boca 10-20 cm de distância dos ouvidos do bebé e fazer "shhh", "shhh".



O BEBÉ CHORA... COMO AJUDAR ?

Karp, H. (2019)

► Swinging (Balançar)

Enquanto o balanço lento é bom para manter os bebés calmos, é preciso usar movimentos rápidos e minúsculos para acalmar um bebé que chora.

Apoiar a cabeça / pescoço do bebé, manter movimentos pequenos; (Para a segurança do bebé, nunca, abanar o bebé)



O BEBÉ CHORA... COMO AJUDAR ?

Karp, H. (2019)

► Sucking (sucção)

Muitos bebés agitados relaxam em profunda tranquilidade quando sugam. Muitos bebés acalmam-se com uma chupeta.



O BEBÉ CHORA... COMO AJUDAR ?

Karp, H. (2019)



OBRIGADO!

Referências Bibliográficas

- Karp, H. (2019) . The 5 S's for Soothing Babies. Consultado em 10 de outubro de 2019, disponível em <https://www.happiestbaby.com/blog/baby/the-5-s-s-for-soothing-babies>
- Oliveira, M. (s/d). Porque choram os recém-nascidos e que estratégias adoptar para o acalmar. Alfas da Saúde, consultado em 9 de Outubro de 2019. Disponível em: <https://www.alfasdasaude.pt>
- Rodrigues, B. (s/d). Significados do Choro do Bebê. Guia do bebê. Consultado em 10 de Outubro de 2019. Disponível em: <https://www.guiadobebê.com.br/significados-do-choro/>
- Silva, A. C. F. C. (2006). Cuidar do recém-nascido – o enfermeiro como promotor das competências parentais. Dissertação de mestrado. Universidade Aberta de Lisboa . Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/11400/17724>
- Shelov, S.P. (2009) Caring for your baby and young child: birth to age 5. American Academy of Pediatrics. 5th ED. Disponível em: <http://www.omehnaomundo.org/>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (s/d). Manual para os pais de bebés prematuros. O choro do Bebê. consultado em 10 de Outubro de 2019. Disponível em: <https://www.spneonatologia.pt/ta-parentes/uesul-infomvtoal/>
- <http://portugal.bestpractice.bmi.com/> . Consultado em 10 de outubro de 2019
- <http://www.nhs.uk/> . consultado em 10 de outubro de 2019

Referências Bibliográficas

- Karp, H. (2019). The 5 S's for soothing babies. Consultado em 10 de outubro de 2019, disponível em <https://www.happiestbaby.com/blogs/baby/the-5-s-s-for-soothing-babies>
- Oliveira, M. (2016). Porque choram os recém-nascidos e que estratégias adotar para o acalmar. *Atlas da Saúde.pt*. Consultado em 9 de outubro de 2019. Disponível em: <https://www.atlasdasaude.pt>
- Rodrigues, B. (s/d). Significados do choro do bebé. *Guia do bebé*. Consultado em 10 de Outubro de 2019, Disponível em: <https://www.guiadobebe.com.br/significados-do-choro/>
- Santos, A. S. C. (2000). Sobro o choro, análises e perspetivas teóricas. *Análise Psicológica*, 3 (XVIII), 325-334. Disponível em : http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312000000300006
- Silva, A. C. F. C. (2006). *Cuidar do recém-nascido – o enfermeiro como promotor das competências parentais*. (Dissertação de mestrado). Universidade Aberta de Lisboa. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/726>
- Shelov, S.P. (2009) Caring for uour baby and young child: birth to age 5. *American Academy of Pediatrics*. 5th ED. Disponível em: <http://www.omelhordomundo.org/>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia, (s/d). O choro do bebé. *Manual para os pais de bebés prematuros*. Consultado em 10 de outubro de 2019. Disponível em: <https://www.spneonatologia.pt/to-parents/useful-information/>
- UNICEF (2019). Convenção sobre os direitos da criança e protocolos facultativos. *Comité português para a UNICEF*. Edição revista 2019. Disponível em: https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o-dos-direitos-da-crianca.pdf

Apêndice 5- Folheto “O bebê chora... como ajudar?”



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

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

Folheto
“O bebé chora... como ajudar?”

Autoria: Enf.º Nuno Branco
Supervisão Clínica: [REDACTED]

Lisboa

Outubro 2019

Nota Introdutória

No decorrer do estágio em contexto de USF e na sequência da necessidade de formação identificada para a equipa de enfermagem, foi realizada a sessão de formação o “O bebé chora... como ajudar?”. Esta formação tinha por objetivos: compreender o choro e tipos de choro do bebé; salientar a importância do papel do enfermeiro, promotor de orientações antecipatórias aos pais; descrever estratégias e comportamentos para o alívio do choro do bebé e por fim propor a criação de um folheto orientador para os pais. A partir desta formação e após discussão sobre o tema com a equipa de enfermagem, considerou-se que seria pertinente a existência de um folheto informativo que pudesse ser entregue aos pais, que se constituísse como recurso nas orientações antecipatórias realizadas pela equipa ou como adjuvante numa necessidade identificada junto dos pais e cuidadores relacionada com o choro do bebé.

A partir da formação realizada e da sua fundamentação, tendo em conta a bibliografia consultada, foi realizado o folheto “O bebé chora... como ajudar?” que passou a estar disponível para a equipa de enfermagem da USF poder entregar aos pais e cuidadores. Foi possível deste modo ir ao encontro do que referem os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem da Ordem dos Enfermeiros relativamente a promoção de saúde

na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde.

São elementos importantes face à promoção da saúde, entre outros:

- a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade;
- a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados;
- a promoção do potencial de saúde do cliente através da optimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento;
- **o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente.** (OE, 2001, p.15)

Outras medidas e atitudes a adotar

Mobilizar o apoio de familiares e amigos;

Fazer «turnos»;

Tentar descontrair;

Descansar pelo menos uma vez por dia enquanto o bebé está a dormir;

Ter ajuda nas tarefas domésticas;

Falar com outros pais com problemas semelhantes;

Procurar apoio em «linhas de ajuda» / técnicos de saúde.

Responder ao apelo com tranquilidade, sem ansiedade nem angústia

Satisfazer as necessidades físicas do bebé

Pegar ao colo, aconchegar, embair
Falar calmamente, acariciar, massajar

Oferecer a mama / Chupeta como pacificador

Criar e respeitar as rotinas do bebé



Em caso de Dúvidas contacte a sua
Equipe de Saúde (Enfermeira/Médico)

Tel. [REDACTED]

Email: [REDACTED]

Elaborado por :
Enf.ª Nuno Branco (Aluno 1.º Mestrado em ESEF da ESEL)
Supervisão: Prof. Dr.ª Mariana Torres Maciã
Enf.ª [REDACTED]

U.S.F.
[REDACTED]

U.S.F.
[REDACTED]

O BEBÉ CHORA...
COMO
AJUDAR ?



USF [REDACTED]

COM O PASSAR DO TEMPO, OS PAIS VÃO DESCOBRINDO E APRENDENDO QUE O BEBÊ CHORA DE DIFERENTES MODOS, TONS E SONORIDADES, CONSÓANTE AQUILO QUE QUER TRANSMITIR.

Porque chora o bebê?

• Causas Físicas

- Fome; • Estar sujo ou molhado;
- Roupa desconfortável; • Frio ou calor excessivo; • Sono; • Fadiga; • Excesso de estímulos; • Dificuldade em estabelecer autocontrole

• Causas emocionais

- Exigir a presença dos pais; • Insegurança;
- Medo; • Birras; • Falta de atenção;
- Pedido de colo / mima

• Causas patológicas

- Dor; • Síndrome de privação; • Cólicas / dificuldade nas defecções; • Apresenta concomitantemente sinais de doença.

O choro do bebê vai mudando e evoluindo ao longo do seu crescimento, e desenvolvimento, especialmente no primeiro ano de vida

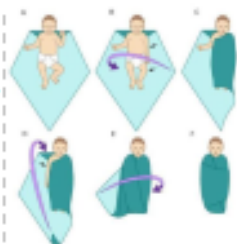
Estratégias para o alívio do choro Persistente do seu Bebê

O mais importante é manter uma atitude de:



Embrulhar

O toque é o mais calmante dos 5 sentidos. Os Bebês podem ser embrulhados de forma a que não mexam os braços. Eles se sentem confortáveis. (Deve ser feito por períodos)



Posicionar de lado

Deitar o bebê de lado é a melhor posição para o acalmar na agitação.



Sugar

Muitos bebês agitados relaxam em uma profunda tranquilidade quando sugar. Muitos bebês acalmam-se com uma chupeta.



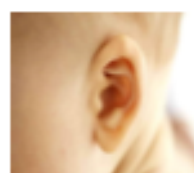
Balançar/embaralar

Movimentos rápidos e minúsculos podem acalmar o bebê. Apoie a cabeça / pescoço do bebê, mantenha movimentos pequenos; (Para a segurança do bebê, nunca, abanar o bebê com raiva ou frustração.)



O melhor som

Os bebês não precisam de silêncio total para dormir. Fazer "bóó" lembra os sons intra-uterinos. A 10-20 cm de distância dos ouvidos do bebê faça "bóó", "bóóó".



Com o seu desenvolvimento o bebê tranquiliza-se mais facilmente, chora menos. o bebê "aprende" a acalmar-se e a autoconsolar-se

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Karp, H. (2019). The 5 S's for Soothing Babies. Consultado em 10 de outubro de 2019, disponível em <https://www.happiestbaby.com/blogs/baby/the-5-s-s-for-soothing-babies>

Oliveira, M. (2016). Porque choram os recém-nascidos e que estratégias adotar para o acalmar. *Atlas da Saúde*, consultado em 9 de outubro de 2019. Disponível em: <https://www.atlasdasaude.pt>

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, enquadramento conceptual, enunciados descritivos. *Divulgar*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Disponível em; <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Rodrigues, B. (s/d). Significados do choro do bebé. *Guia do bebé*. Consultado em 10 de Outubro de 2019, Disponível em: <https://www.guiadobebe.com.br/significados-do-choro/>

Santos, A. S. C. (2000). Sobre o Choro, análises e perspectivas teóricas. *Análise Psicológica*, 3 (XVIII), 325-334. Disponível em : http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312000000300006

Silva, A. C. F. C. (2006). *Cuidar do recém-nascido – o enfermeiro como promotor das competências parentais*. (Dissertação de mestrado). Universidade Aberta de Lisboa. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/726>

Shelov, S.P. (2009) Caring for your baby and young child: birth to age 5. *American Academy of Pediatrics*. 5th ED. Disponível em: <http://www.omelhordomundo.org/>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia, (s/d). O choro do bebé. *Manual para os pais de bebés prematuros*. Consultado em 10 de outubro de 2019. Disponível em: <https://www.spneonatologia.pt/to-parents/useful-information/>

Apêndice 6- Jornal de aprendizagem - Promoção da parentalidade e os cuidados centrados na família em UP



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Pólo Artur Ravara

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

Unidade Curricular Estágio com Relatório

Contexto de estágio Urgência de Pediatria

Jornal de aprendizagem - Promoção da parentalidade e os cuidados
centrados na família em UP

Elaborado por:

Nuno Branco, nº8970

Lisboa

Dezembro de 2019

ÍNDICE

1- Descrição da Situação	3
2- Sentimentos	5
3- Avaliação	5
4- Análise	6
5- Conclusão	8
6- Planear a ação	8
Referencias bibliográficas	

1 - Descrição da Situação - O que aconteceu?

No contexto de estágio de urgência de pediatria, ocorrem situações de emergência com alguma regularidade, são momentos de particular ansiedade e fragilidade para as crianças e famílias. O Enfermeiro detém aqui um particular papel de intervenção procurando acolher estes, reduzindo o impacto que a situação de emergência representa. Na instituição onde decorreu o estágio existe um projeto que promove a presença dos pais na sala de emergência, havendo sempre um enfermeiro que procura esclarecer e dialogar com os pais de modo a que se sintam acolhidos, tranquilizados e presentes durante a emergência. Este papel é executado sempre que possível por um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP). Durante o decorrer do estágio houve uma situação particular, embora não se tenha desenvolvido na sala de emergência, onde a presença dos pais, neste caso da mãe se demonstrou fundamental e que a partir de determinado momento não foi respeitada, com impacto para esta família de forma negativa.

Uma criança de dois anos recorreu ao serviço de urgência trazida por uma equipa de bombeiros e acompanhada pela mãe, após ter sido socorrida no domicílio por uma queda. Na triagem efetuada em balcão, pode-se constatar que a criança tinha caído durante uma brincadeira, ficando queixosa ao nível do membro inferior direito, que apresentava também de forma visível ligeira deformidade ao nível do 1/3 inferior da perna. O membro não vinha imobilizado, os bombeiros não conseguiram por não colaboração da criança, esta estava ao colo da mãe, que relatava a situação. A criança apresentava-se visivelmente queixosa, chorando, piorando quando se mobilizava o membro em questão. A enfermeira que realiza a triagem, constata pelas respostas da mãe que a criança tem sido saudável e que não existem outras questões de saúde ou relacionadas com o seu desenvolvimento relevantes. Faz uma avaliação da dor e prepara de acordo com protocolo existente no serviço paracetamol em xarope, que a mãe administrou. Constata também que a criança fica mais calma no colo da mãe, valorizando a sua presença. O médico da triagem efetua pedido de exames (radiografias) e a criança é encaminhada para o serviço de radiologia acompanhada por uma assistente operacional, mas sempre ao colo da mãe, mantendo-se mais calma e menos queixosa. No seu regresso ao serviço foi pedida colaboração dos ortopedistas de serviço na Urgência de Ortopedia (Adultos) para observar a criança; as radiografias confirmam existência de fratura do membro inferior direito. Neste período encaminho a criança para uma zona mais tranquila do serviço onde podia aguardar dialogando com a mãe e a criança, procurando acalmar o estado de

ansiedade que existia, esclarecendo dúvidas. Aos poucos a criança acalmou e até interagia com os membros da equipa, desde que se mantivesse ao colo da mãe e não mobilizasse o membro que estava apoiado no colo da mãe.

A mãe foi esclarecida por mim e pela EEESIP relativamente ao que se passava, e aos possíveis tratamentos, explicando-lhe que os médicos de ortopedia depois de verem os exames lhe comunicariam o que seria feito. Falamos com esta também na possibilidade de se usar o protoxido de azoto, como sedativo e relaxante da criança. Posteriormente já com a presença dos médicos ortopedistas no serviço a criança foi com a mãe encaminhada para a sala de pequenas cirurgias, espaço utilizado para outras intervenções, nomeadamente do foro ortopédico. Foi decidido pela equipa médica efetuar uma redução incruenta da fratura com imobilização com gesso. Foi explicado á mãe o procedimento, manifestando esta sempre vontade de se manter presente.

Conjuntamente com a EEESIP preparamos a sala e pediu-se a mãe para colocar a criança sobre a marquesa, pedindo-lhe que se mantivesse junto dela, que falasse com a criança que lhe desse “carinhos” que a confortasse. A mãe assim fez. Contudo antes do procedimento ser iniciado o médico ortopedista de forma menos agradável e inesperada mandou a mãe sair da sala, o que deixou um ambiente constrangedor. A mãe recusava-se a sair ficando a criança e a mãe visivelmente mais ansiosas. O médico insistiu, referindo que não tratava a criança se a mãe não saísse. A EEESIP e eu tentamos acalmar a situação pedindo ao médico que deixasse a mãe ficar mas, de forma intransigente este continuou a não aceitar. A mãe visivelmente transtornada é encaminhada para fora da sala. A EEESIP acompanha-a prestando-lhe apoio e pede a uma colega que fique um pouco com ela; mantenho-me junto da criança, tentando-a acalmar. Antes de continuar o procedimento a enfermeira regressa á sala e sugere a utilização de protóxido de azoto na criança, para a realização do procedimento; a sugestão foi aceite e o procedimento realizado, tendo a criança ficado bastante mais relaxada e descontraída. No fim a mãe regressa á sala.

Depois do ocorrido já fora desta sala a EEESIP e eu conversamos com o médico ortopedista, percebendo que este não trabalhava habitualmente com crianças, falamos-lhe da importância da presença dos pais junto das crianças nestes momentos. Pareceu recetivo, referindo que no futuro poderá ter outra atitude.

2- Sentimentos - Em que pensei e o que senti?

Esta situação representou um momento de alguma angústia, onde diversos sentimentos se desenrolaram. Inicialmente de satisfação, sabia que estava a tentar contribuir para o bem-estar desta criança e família, mas posteriormente de alguma revolta por perceber que existem alguns profissionais que não entendem as necessidades das famílias e crianças nestas situações e de alguma impotência na resolução do assunto. Percebi que o médico ao tomar a atitude que tomou pretendia salvaguardar a mãe de assistir a um procedimento que é de certa forma agressivo e que podia ser chocante, mas pensei que era um direito desta de escolher se queria ou não estar presente e que esta presença deveria ser negociada e não imposta. Senti que como enfermeiro temos um papel fundamental, que deve ser um meio de interligação e de salvaguarda das necessidades das crianças e famílias e que o nosso papel é fundamental para a sua garantia. A atitude dos enfermeiros foi de certa forma ultrapassada aqui e desrespeitada, colocando em causa o trabalho já desenvolvido.

3 – Avaliação - O que foi bom e o que foi mau na experiência?

Nesta experiência o que foi bom foi poder contribuir para o bem-estar desta criança e família, fomentando a presença da mãe e contribuindo para a sua participação nos cuidados, tomando atitudes que levaram a diminuição da dor e da ansiedade. Constituiu um momento de aprendizagem também para a minha formação, pois estando desperto para esta realidade de manter os pais presentes, compreendi que a sua presença, sendo negociada e aceite pode ser uma mais-valia para os cuidados prestados, numa perspetiva de cuidados centrados na família.

Foi bom perceber que em situações agudas como esta e imprevistas onde a criança passa por um processo que lhe é assustador e doloroso, pode beneficiar da presença dos pais ou da pessoa significativa que a acompanha. Que a sua presença pode permitir uma melhor aceitação da situação e uma melhoria significativa do seu bem-estar. Foi bom poder contribuir para a procura de um ambiente acolhedor que num serviço de urgência se torna difícil. Revelou-se também importante conversar com outros profissionais sobre estas questões procurando a melhoria dos cuidados.

O que foi mau foi não ter conseguido manter essa presença da mãe junto da criança e de não ter conseguido contribuir de forma útil e atempada para a resolução desta questão.

4 – Análise - Que sentido posso retirar da experiência vivida?

Faz parte das competências do enfermeiro que pretende ser EEESIP, assistir a criança e jovem com a família, na maximização da sua saúde, procurando estabelecer com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde no sentido da adequação da parentalidade (OE, 2018). É neste sentido que se demonstra pertinente a negociação da presença dos pais nos cuidados, permitindo a sua presença e fomentado esta relação entre pais e filhos.

Mendes (2016) relembra em síntese que no desenvolvimento de uma prática de cuidados realizada em parceria com os pais, obtêm-se ganhos em saúde para as crianças e jovens, para as famílias e para os enfermeiros, assim como uma maior visibilidade para a enfermagem pediátrica.

a parceria de cuidados potencia a segurança e a proteção da criança e coloca os pais no papel de mediadores do processo, na medida em que são eles o elo de ligação entre a criança e os enfermeiros. A acessibilidade aos dados para a instrução do processo de cuidados é facilitada com a parceria de cuidados dado o envolvimento mais efetivo dos pais. (Mendes, 2016, p. 3).

Esta presença dos pais deve ser considerada também um direito, que é consagrado no decreto-lei nº 24 de 2014 de 21 de março. Diz o respetivo decreto no artigo 19 alínea 1 (p.2129-2130) “a criança com idade inferior a 18 anos internada em estabelecimento de saúde tem direito ao acompanhamento permanente do pai e da mãe ou de pessoa que os substitua.” Direito que é também consagrado na Carta da Criança Hospitalizada.

Ao vivenciar esta experiência pude constatar que a presença de um progenitor, presença de alguém significativo para a criança, é de facto uma mais-valia. Ao longo de todo o processo a criança em questão demonstrou estar mais calma e até regulando melhor o seu processo de dor, na presença e proximidade da mãe. Permitiu-me também valorizar a formação que um profissional deve ter para lidar com as crianças, com conhecimentos sobre os cuidados a prestar a estas e a necessidade de manter cuidados centrados na família. Um profissional que não tenha formação específica para compreender as necessidades das crianças e famílias e prestar cuidados adequados a estas, pode ocorrer em erro, tomando atitudes menos adequadas que podem colocar em causa a qualidade dos cuidados prestados e o bem-estar da criança e família. A Carta da Criança Hospitalizada salvaguarda esta questão referindo que todas as crianças têm direito a ser atendidas por uma equipe

de saúde com formação adequada que saiba responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e famílias (IAC, 2008).

Shields et al. (2012) refere que segundo o Institute for Patient and Family, os prestadores de cuidados que prestam cuidados centrados na família, reconhecem o papel vital que as famílias desempenham para garantir a saúde e bem-estar das crianças. Eles devem reconhecer que os suportes emocionais, sociais e de desenvolvimento são componentes integrais dos cuidados de saúde, promovendo a saúde e o bem-estar dos indivíduos e das famílias restaurando a sua dignidade e devolvendo-lhe o controle.

Como refere Silva, Torcato, & Ferreira, (2015) os cuidados Centrados na Família são atualmente uma realidade incontornável, reconhecendo-se a importância da permanência da família junto da criança, para melhoria do seu estado de saúde. O Enfermeiro deve reconhecer a família como uma constante na vida da criança e por isso a presença desta mãe era fundamental. Fornecendo-lhe suporte com base no encorajamento, reforço das suas forças e competências permitindo a sua colaboração de modo a alcançar os resultados esperados e bem-sucedidos (Palmer, 2019).

Diz o Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização (OE, 2015), que o enfermeiro, estando inserido numa equipa multidisciplinar, deve ser ativista deste processo de aceitação e integração dos pais, de forma sólida através de informação e orientação em tempo oportuno, de modo que os pais, no hospital, possam continuar a ser pais. Todo o processo deve ser negociado e esta mãe manifestou vontade de se manter presente. Diz ainda o referido Guia que as crianças necessitam de amor cuidado e empenho, de se sentir amadas de forma incondicional e consciente. Uma das medidas que deve ser salvaguardada para tal é garantir a presença dos pais, quando uma criança recorre a cuidados hospitalares.

Deste modo faz todo o sentido a forma como foi negociada a presença desta mãe, que infelizmente não pode ser concretizada na sua globalidade. Levando-me a refletir no assunto, compreendo que profissionais esclarecidos e com formação adequada para os cuidados em pediatria são uma mais-valia para as crianças e família e que este processo de formação pessoal e profissional em que me encontro, trará sempre uma contribuição positiva para os cuidados por mim prestados, sendo que este tipo de experiências me faz refletir e compreender as melhores atitudes a tomar em momentos específicos dos cuidados às crianças e família.

5 – Conclusão - Que mais poderia ter feito?

Como membro da equipa de saúde poderia, com a EEESIP, ter pedido para falar com o médico que solicitou a saída da mãe, assim que este manifestou essa vontade de modo a perceber o porquê deste pedido e falar-lhe sobre a importância da permanência da mesma. Seria a mesma conversa que foi realizada no fim do procedimento, mas que poderia ter alterado o seu comportamento e até permitido que a mãe pudesse ficar.

Por outro lado e numa perspetiva de melhoria contínua dos cuidados, tendo ficado junto da criança, poderia ter recorrido a alguma estratégia não farmacológica para ajudar no controle da dor da criança antes de esta ser submetida à administração do protóxido de azoto por máscara. Mas não tive essa iniciativa. A utilização do protóxido de azoto já tinha sido discutida entre mim e a EEESIP que acompanhava, e já tínhamos falado do assunto á mãe da criança, antes de este ser proposto ao médico.

6 – Planear a ação - Se isto surgisse de novo o que é que faria?

No surgimento de uma situação similar o que faria seria manter a minha atitude de preservar a presença da mãe, procurando com esta negociar todos os cuidados á criança e a sua participação nos mesmos. Procuraria, integrado na equipa multidisciplinar, esclarecer outros profissionais sobre as vantagens do mesmo, contribuindo para os cuidados centrados na família e para a promoção de uma parentalidade que se quer seja positiva. Termino com um excerto do Guia Orientador de boa prática “Adaptação à parentalidade durante a Hospitalização” e que me faz todo o sentido, que diz:

Os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos, e tendo como propósito a promoção e adequação da parentalidade em todas as dimensões, é responsabilidade dos enfermeiros pediátricos promover a adaptação dos pais a esta realidade. O seu compromisso passa pela colaboração com cada família na adaptação ao seu processo de saúde, interagindo através do apoio, ensino, instrução e treino, dotando-os de conhecimentos e aprendizagem de habilidades, capacitando-os para que eles possam vir a ser os melhores gestores do regime terapêutico dos seus filhos. (OE, 2015, p11)

Referencias Bibliográficas

Decreto-lei nº 24 (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Assembleia da República. *Diário da República*, I série (nº 57 de 21 de março de 2014), 2127-2131.

Instituto do Apoio à Criança (IAC), (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. 4ª Edição. Lisboa: Edição IAC. Disponível em:
<http://www.iacrianca.pt/index.php/setores-iac/carta-da-crianca-hospitalizada>

Mendes, M.G. (2016). Parceria de cuidados em pediatria: ganhos em saúde para as crianças, para os pais e para os enfermeiros, *In Disenos de la moderna investigación universitaria*, (pp.531-542). Madrid: McGraw- Hill Education

Ordem dos Enfermeiros (OE), (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Regulamento nº 422/2018, Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República* (II Série, nº 133 de 12-07-2018). Pág. 19192- 19194. Disponível em:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>

Ordem dos enfermeiros, (OE) (2015). *Guia orientador de boa prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde da Ordem dos Enfermeiros Portugueses Infantil e Pediátrica (MCEESIP). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_ParentalidadePositiva_vf.pdf

Silva, E., Torcato, E., Ferreira, R. (2015). A intervenção do enfermeiro na promoção da parentalidade: pais com criança em situação de doença. *Revista da UIIPS*. Vol. 3; Issue 5, p134-147. Disponível em:
<http://widgets.ebscohost.com/prod/customerspecific/ns000290/authentication/index.php?url=https%3a%2f%2fsearch.ebscohost.com%2flogin.aspx%3fdirect%3dtrue%26AuthType%3dip%2ccookie%2cshib%2cuid%26db%3dedsrca%26>

[AN%3drcaap.openAccess.10400.15.1346%26lang%3dpt-pt%26site%3dedslive%26scope%3dsite](https://openaccess.10400.15.1346%26lang%3dpt-pt%26site%3dedslive%26scope%3dsite)

Shields, L., Zhou, H., Taylor, M., Hunter, J., Munns, A., Watts, R. (2012). Family-centred care for hospitalized children aged 0-12 years: a systematic review of quasi-experimental studies. *JBI Library of Systematic Reviews*. P.2559-2592

Palmer, L.L. (2019). *Pediatric nursing care. A concept-based approach*. Burlington. Jones & beartlett learning.

Apêndice 7- Jornal de aprendizagem - Comunicação com o adolescente na Consulta de Saúde Infantil e Pediatria.



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Pólo Artur Ravara

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

Unidade Curricular Estágio com Relatório

Jornal de aprendizagem - Comunicação com o adolescente na Consulta
de Saúde Infantil e Pediatria

Elaborado por:

Nuno Branco, nº8970

Lisboa

Novembro de 2019

ÍNDICE

1- Descrição da Situação	3
2- Sentimentos	4
3- Avaliação	4
4- Análise	5
5- Conclusão	7
6- Planear a ação	8
Referências Bibliográficas	

1 - Descrição da Situação - O que aconteceu?

Uma adolescente de 15 anos vem à Consulta de Saúde Infantil, acompanhada pela mãe. Trata-se de uma consulta de rotina que estava programada. A adolescente entra para a consulta com a mãe e a enfermeira especialista, que já conhece a família, cumprimenta a adolescente e a mãe e apresenta-me como colega que está a fazer o estágio. A consulta decorre de forma tranquila, são avaliados os parâmetros antropométricos necessários sempre com a colaboração da adolescente, que mantém uma postura comunicativa, o que proporciona o desenvolvimento de um diálogo. A consulta segue falando-se de aspetos da vida da adolescente, como a alimentação, aproveitamento escolar, actividade física, aproveitando-se o momento para esclarecer dúvidas e para fazer alguns ensinamentos no âmbito de orientação antecipatória.

No decorrer da conversa a adolescente refere que nas últimas semanas tem momentos em que se sente “a tremer”, sentido-se fraca e sem vontade de realizar algumas atividades não associando estes momentos a nenhum fator relevante. Surgem inesperadamente e em qualquer lugar. A mãe que foi participando na consulta, manteve sempre uma postura de retaguarda, deixando a adolescente responder às questões e expressar-se livremente. A enfermeira que dirigia comigo a consulta tenta perceber melhor esta questão que a adolescente refere e que lhe tem causado algum transtorno, tentando perceber se existiria algum problema que pudesse estar a funcionar como motivo para o desenvolvimento desses momentos em que não se sente bem. A mãe interveio referindo que é provável que existisse um motivo forte e do qual a adolescente não queria falar. A enfermeira e eu mostramos disponibilidade para auscultar a adolescente, sem qualquer juízo de valor, numa postura de inteira disponibilidade, com o objetivo de poder ajudar. A adolescente estimulada pela mãe, acabou por conseguir falar daquilo que a preocupava, contando uma situação recente, por que tinha passado, de violência no namoro.

O acontecimento era do conhecimento da mãe e já tinha inclusive sido comunicado às autoridades. Apesar de ser algo que aparentemente estava resolvido, a adolescente conversando sobre o assunto percebeu que ainda a afetava, apesar de inicialmente dizer que não. Conversamos descontraidamente sobre o assunto, relatou o que aconteceu e como o tinha ultrapassado. Falamos nas medidas que tinha adotado, inclusive em não voltar a ver o ex namorado e a evitar frequentar os sítios que ele frequentava. Falamos sobre como se focar em aspetos que pudesse gostar, e que pudesse ajudar a restabelecer a sua vida ultrapassando esses momentos em que não se sentia bem. Refere que gostava muito de ir ao ginásio e que tinha deixado

de ir. Falamos sobre a ida ao ginásio e o que nele gostava de fazer e como era importante voltar, sendo uma coisa que a deixava feliz. Sugeri ainda que procurasse fazer outras modalidades como Yoga, sugestão que gostou bastante, e que a mãe inclusive demonstrou vontade em fazer em conjunto com ela. Visivelmente mais descontraída, no fim da consulta agradece pela conversa e pela forma como a tentamos perceber e entender. Saiu com vontade de tornar a fazer as coisas que gostava e que a deixavam feliz. Referimos ainda que sempre podia procurar ajuda profissional para ultrapassar estes momentos e que conversasse com a mãe sempre que não se sentisse bem e que a Enfermeira estaria sempre também disponível para a receber e falar e ajudar.

2- Sentimentos - Em que pensei e o que senti?

Sendo a adolescência um momento importante da fase da vida humana, mas também habitualmente uma fase conturbada, e não conhecendo a adolescente estava inicialmente constrangido, procurando demonstrar uma atitude profissional, mas também acessível, pensei que seria apenas mais uma consulta, deixando que fluísse dentro do que era esperado. No decorrer da mesma senti que a adolescente precisava de falar de si e do que a afligia e que no decurso da conversa se sentia à vontade para o fazer, senti que deveria ouvi-la e que o meu papel como enfermeiro era fundamental neste caso, poderia não só escutá-la, mas procurar encontrar formas de a ajudar.

Senti que o papel do enfermeiro especialista é fundamental, compreendendo as necessidades dos adolescentes e procurando dar-lhes resposta. Senti-me verdadeiramente útil e que era possível criar uma ligação com esta adolescente favorecendo o diálogo e procurando conjuntamente respostas que fossem úteis para o seu caso específico. Pensei que as consultas, através destas experiências são mais do que meras avaliações do desenvolvimento, são momentos de partilha que podem ser construtivos e que dão valor ao trabalho do enfermeiro compreendendo neste caso a adolescente como um todo, permitindo cuidados humanizados, personalizados e individualizados.

3 – Avaliação - O que foi bom e o que foi mau na experiência?

Nesta experiência compreendi que o aspeto da comunicação é fundamental, foi bom perceber que através da comunicação adequada ao estágio de desenvolvimento se consegue compreender e conhecer mais do adolescente, através

de aspetos que são importantes para o adolescente e para a sua vida. Foi importante perceber que perante uma manifestação preocupante da adolescente a enfermeira procurou perceber o que poderia estar por detrás dessa mesma manifestação e que através do diálogo se procurou compreender e ajudar. Não encontro aspetos negativos nesta experiência.

4 – Análise - Que sentido posso retirar da experiência vivida?

Favorecer a comunicação com o adolescente é uma estratégia no cuidar que deve ser primordial para o enfermeiro que pretende ser EEESIP. Esta experiência foi importante para reforçar essa ideia, que estando presente na minha atuação como enfermeiro, foi deste modo reforçada. Os enfermeiros no cuidar de crianças e adolescentes devem procurar adaptar a sua comunicação às suas necessidades de desenvolvimento. Deixando estereótipos de lado que são comuns na sociedade e procurar cuidados personalizados e individualizados de forma a diminuir barreiras e atitudes negativas no sentido de criar uma comunicação efetiva. Os adolescentes esperam que os enfermeiros estejam disponíveis e informados, aceitando-os, e informando-os nas suas dúvidas, criando uma empatia. Um enfermeiro que lida com crianças e adolescentes deve criar oportunidades e investir tempo para a construção de relacionamentos com o adolescente (Fallon, 2012, citado por Price & Mcalinden., 2018).

Nesta situação concreta que descrevo houve oportunidade de criar empatia com a adolescente que permitiu que esta pudesse falar sobre aquilo que a afligia. Ao perceber que haveria alguma coisa que esta adolescente precisava de conversar, a enfermeira EEESIP e eu procuramos demonstrar uma atitude de total disponibilidade e de escuta, procurando criar um ambiente propício ao diálogo que permitisse a adolescente conversar. O tempo para estas consultas é pouco, mas neste caso foi necessário esquecer essa questão deixando que a conversa com a adolescente fluísse sem imperativos e constrangimentos. Era essencial que assim fosse. Hockenberry (2014) recorda que o adolescente frequentemente encontra-se mais disposto a conversar sobre as suas preocupações com um outro adulto que não seja da família e que muitas vezes vêm com satisfação a oportunidade de poder interagir com os enfermeiros nesse sentido, se sentirem que estes têm um genuíno interesse por si. Mesmo que a mãe estivesse presente, o que poderia ter constrangido a conversa, mas não aconteceu. O mesmo autor recorda que preferencialmente a

conversa com os adolescentes deve ser feita a sós se este assim o quiser e a família o aceitar. Neste caso concreto a mãe manteve sempre uma atitude de retaguarda permitindo que fosse a adolescente a falar, a própria mãe sentindo que a adolescente queria falar sobre o seu problema sugeriu sair da sala e deixar a filha a sós com os enfermeiros. Contudo a própria adolescente referiu que não era necessário que a mãe saísse e que esta podia estar presente. Foi respeitada essa sua vontade.

Ao comunicar com o adolescente existem alguns pré-requisitos para o estabelecimento da relação que permitem o desenvolvimento dessa mesma comunicação. Analisando esses mesmos pré-requisitos que são descritos no Guia Orientador de Boa Prática: Entrevista ao Adolescente (OE, 2010), compreendo a sua importância e a sua pertinência na prática e que o EEESIP deve sempre ter em conta na sua atuação. Diz este guia que é essencial que o entrevistador possua conhecimentos sobre o desenvolvimento do adolescente que conheça estratégias de comunicação, recursos, sentir-se confortável com o adolescente e deter alguma experiência na comunicação com estes. Para além disso deve acolher de forma compreensiva e cordial, demonstrando disponibilidade, assegurando confidencialidade e o direito á privacidade, o que nesta situação foi feito.

Foi possível ainda nesta situação dirigir as questões diretamente à adolescente, utilizando uma linguagem simples e realista, adequando palavras, expressão facial, gestos e tom de voz calma. Escutar a adolescente foi fundamental. Foram utilizadas técnicas de apoio narrativo no diálogo, como as perguntas abertas a escuta reflexiva. Também reestruturação positiva, destacando do diálogo os seus pontos fortes e exprimindo compreensão e afirmações de automotivação buscando naquilo que a faz sentir bem e que gosta de fazer oportunidades de melhoria e mudança. Foi fundamental não fazer juízos de valor e não induzir as respostas, reforçando as suas competências e as suas capacidades, comportamentos positivos e auto-estima (como é o gosto que tem pelo ginásio e pelo exercício físico) tal como é preconizado pelos princípios gerais na entrevista ao adolescente (OE, 2010).

Nesta situação foi possível compreender a importância da aplicação destes princípios fundamentais para a comunicação com o adolescente. Foi uma situação que surgiu no decorrer de uma consulta e que foi mais além do que estava previsto, permitindo assim um melhor conhecimento da adolescente do seu relacionamento com a família numa perspetiva sempre de melhoria dos cuidados e de cuidados especializados e humanizados e individualizados, tal como devem ser os cuidados prestados pelo enfermeiro que quer ser EEESIP, indo ao encontro das suas

competências, nomeadamente a unidade de competência “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”. (OE, 2018, p.19194)

Hockenberry (2014) fala também destes princípios e reforça assim a sua importância referindo que na comunicação com o adolescente é por um lado necessário “Construir os Alicerces” que pode ser feito através de “passar tempo com o adolescente; encorajar a expressão de ideias e sentimentos; respeitar as suas perspectivas; tolerar as diferenças; reforçar aspectos positivos; respeitar a sua privacidade; usar um bom exemplo”, (Hockenberry, 2014, p.130). Por outro lado, “Comunicar efectivamente” passa por

dar atenção exclusiva; ouvir, ouvir, ouvir; ser delicado, ter calma e mente aberta; procurar não reagir exageradamente. Se o fizer deve fazer uma pausa; evitar julgamentos ou críticas; evitar perguntas de terceiro grau; escolher assuntos importantes quando se toma uma posição; Depois de tomar uma posição; pensar em todas as opções/tomar claras as expectativas. (Hockenberry, 2014, p.130).

Esta consulta com esta adolescente foi de facto uma oportunidade para mobilizar estes princípios.

5 – Conclusão - Que mais poderia ter feito?

O decurso desta consulta proporcionou que a comunicação com a adolescente respeitando princípios adequados, desenvolvesse uma oportunidade de a adolescente falar sobre si e sobre os seus problemas, partilhando com os enfermeiros aquilo que a preocupava. Como EEESIP é fundamental criar oportunidades para que situações como esta ocorram e que sejam construtoras de melhoria nas práticas de cuidados. Neste caso concreto mesmo tendo a adolescente falado sem barreiras sobre a sua situação, contou-nos a sua versão. Mesmo na presença da mãe que deixou a adolescente falar livremente, teria sido importante também conhecer a versão da mãe, que tinha já conhecimento do assunto e que acompanhou a situação de perto. Neste sentido poderia ter-se incluído a mãe na conversa de modo mais ativo, mesmo que esta tenha optado por manter uma atitude de retaguarda deixando a adolescente falar. Em alguns momentos interveio, como sugerindo no final que gostava de poder fazer aulas de yoga com a filha.

Não tendo havido oportunidade nesta consulta, poder-se-ia ter marcado um outro momento para a mãe falar com os enfermeiros sobre o assunto, numa atitude de compreender como esta situação afetou a família, numa perspectiva de Cuidados

Centrados na Família. Hockenberry (2014) refere que numa situação de comunicação com o adolescente abordar os pais inicialmente pode favorecer a relação com a família e que deve proporcionar-se a oportunidade de ambas as partes serem incluídas na entrevista. É importante o desenvolvimento de uma relação positiva entre pais e enfermeiros, como chave para o sucesso no aperfeiçoamento de alianças entre a tríade criada com o objetivo final da melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Price & Mcalinden, 2018)

6 – Planear a ação - Se isto surgisse de novo o que é que faria?

Numa outra oportunidade, procurarei estar atento ao discurso verbal e não-verbal dos adolescentes, procurando criar oportunidades para que se sintam confortáveis e integrados, respeitados, de forma a poderem exprimir-se livremente. Procurarei aplicar e respeitar princípios incluindo todos os elementos da família presentes e relevantes. Manteria a mesma postura de disponibilidade de escuta e de empatia que favorecesse o diálogo ou a colocação de questões, a expressão de sentimentos e o esclarecimento de dúvidas. Procurarei dar resposta aquilo que me for exigido como enfermeiro que pretende ser EEESIP, dando relevância às suas competências de forma a promover os melhores cuidados possíveis.

Referências Bibliográficas

- Hockenberry, M. J., (2014). Comunicação e avaliação inicial da criança. In M. J. Hockenberry & D. Wilson. *Wong's, Enfermagem da criança e do adolescente*, 9ª edição. (pp.122-137) Loures: Lusociência
- Ordem dos Enfermeiros (OE), (2010). Guia orientador de boa prática: entrevista ao adolescente. Promover o desenvolvimento Infantil da Criança. *Guias Orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Série 1: nº1: vol. 1. (pp. 11-61). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (OE), (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Regulamento nº 422/2018, Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República* (II Série, nº 133 de 12-07-2018). Pág. 19192- 19194. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>
- Price J. & Mcalinden O., (2018). *Essentials of nursing children and young people*. UK: Becky Taylor

**Apêndice 8- Jornal de aprendizagem - Gestão da dor do RN
durante a realização do rastreio de doenças metabólicas**



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Pólo Artur Ravara

**10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
Unidade Curricular Estágio com Relatório**

Jornal de aprendizagem - Gestão da dor do RN durante a realização do
rastreo de doenças metabólicas

Elaborado por:

Nuno Branco, nº8970

Lisboa

Outubro de 2019

ÍNDICE

1 - Descrição da Situação	3
2- Sentimentos	4
3- Avaliação	4
4- Análise	4
5- Conclusão	6
6- Planear a ação	6
Referências bibliográficas	

1- Descrição da Situação – o que aconteceu?

No decorrer do estágio realizado no contexto de cuidados de saúde primários, numa Unidade de Saúde Familiar (USF), colaborei nas consultas de enfermagem no âmbito da vigilância de saúde infantil, nomeadamente naquelas que são efetuadas aos recém-nascidos (RN) após alta da maternidade. Estas primeiras consultas que são essencialmente de orientação antecipatória para os pais, onde se esclarecem dúvidas e são realizados os ensinamentos que se demonstrem ser essenciais, são também habitualmente aquelas em que se realiza o rastreio de Doenças Metabólicas ao RN.

Esta consulta em particular seria realizada pela Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) conjuntamente com a minha colaboração. O RN de sexo masculino, nascido há cerca de 5 dias, encontrava-se dentro do período previsto para a realização deste rastreio, veio á consulta acompanhado pelos pais, primeiro filho do casal. No acolhimento realizado á família, no gabinete onde se efetuam habitualmente as consultas de saúde infantil, decorado e preparado para as mesmas, a enfermeira cumprimentou os pais pois já os conhecia como enfermeira de família e apresentou-me. Esta família encontrava-se calma e aparentemente receptiva á abordagem efetuada, fluindo uma conversação que se desenvolveu em torno da orientação antecipatória e esclarecimento de dúvidas que se demonstraram pertinentes. Depois foi explicado aos pais que seria necessário fazer a colheita de sangue para a realização do Rastreio de doenças metabólicas, que mesmo sendo um procedimento simples poderia originar desconforto e dor ao RN, pelo que a enfermeira sugeriu a mãe que colocasse o bebé á mama como estratégia não farmacológica no alívio da dor durante o procedimento.

Expliquei aos pais o objetivo deste rastreio e o procedimento que se iria realizar. Explicando também que o facto de proporcionar ao RN amamentação durante o procedimento poderia reduzir o desconforto e a dor do RN decorrente do procedimento. Os pais aceitaram bem. A mãe posicionou o bebé de forma a este ficar confortável ao colo e colocou o bebé a mamar deixando os membros inferiores de forma a poderem ser facilmente acessíveis. Após alguns minutos de ter começado a amamentação foi puncionado o calcanhar direito, recorrendo a uma lanceta e realizei a colheita. O bebé apesar de ter reagido, mexendo-se, continuou a sua amamentação e não chorou. O que deixou os pais visivelmente satisfeitos, referindo admiração pelo facto. Não só os pais ficaram admirados pela estratégia ter resultado, mas também eu, tendo em conta que foi a primeira vez que tive a oportunidade de aplicar esta medida.

A consulta terminou, com o agradecimento dos pais, tendo sido orientados para as próximas consultas.

2- Sentimentos – Em que pensei e o que senti?

Nesta experiência o principal sentimento que me assolou foi o de dúvida. Tendo consciência que a dor neste procedimento existe e que além da dor sentida pelo RN é um momento de grande desconforto para os pais e que a aplicação de medidas que possam atenuar esses efeitos são sempre uma mais-valia, nunca tinha vivenciado ou mesmo aplicado esta medida durante a realização do rastreio de doenças metabólicas. Pensei e duvidei que pudesse resultar, embora não o tivesse obviamente expressado. No resultado final a admiração e a satisfação de poder vivenciar a aplicabilidade desta medida esteve também presente.

3- Avaliação – O que foi bom e o que foi mau na experiência?

Não encontro pontos negativos nesta experiência, a não ser a minha dúvida. Da experiência concreta resultou um momento muito importante de aprendizagem, tendo não só a oportunidade de aplicar uma medida não farmacológica no controlo da dor que nunca tinha utilizado, mas também testemunhar o seu resultado positivo e a sua utilidade não só no controle da dor do RN, mas também para a melhoria do desconforto/ansiedade dos pais com a realização de procedimentos dolorosos ao seu filho. No resultado final demonstrou-se uma experiência bastante positiva e que me poderá orientar e ajudar a ganhar confiança em futuros procedimentos.

4- Análise – Que sentido posso retirar da experiência vivida?

Como enfermeiro que pretende ser EEESIP, deverei rentabilizar todas as experiências do meu percurso formativo de forma a construir esse mesmo percurso. Este foi um desses momentos. Como EEESIP devo fazer gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e do jovem, otimizando respostas (OE, 2018), nomeadamente “Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” (OE, 2018, p.19193). A aplicabilidade das estratégias não farmacológicas no controlo da dor da criança, exigem conhecimento sobre as mesmas por parte do enfermeiro e implica que o enfermeiro perceba a sua utilidade estando

atento às características da situação e a origem e tipo de dor e personalizando e individualizando a sua aplicação de acordo com a criança e sua família.

O guia orientador de boa prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança, é um bom instrumento de orientação para o enfermeiro, permitindo a este conhecimento que promove a aplicação dessas estratégias. Recorda este guia que muitas vezes a dor é menosprezada e sendo uma experiência subjetiva por definição, a forma como é vivida e avaliada por cada um deve ser única e intransmissível, o que sugere uma intervenção personalizada que seja mais do que uma intervenção recorrendo a analgésicos (OE, 2013). Foi neste sentido que a atuação perante a realidade que se iria vivenciar que a estratégia de colocar o bebé à mama foi escolhida e aplicada. O leite materno é reconhecido como tendo importantes vantagens do ponto de vista nutricional, mas também como sendo uma “potente intervenção para o alívio da dor” (OE, 2013, p.38). Além de que ao fazê-lo o RN ao estar a mamar encontra-se numa posição de maior conforto, estando ao colo, embalado pela mãe, numa situação de aproximação e de maior conforto.

Este método apesar de ser reconhecido pelos enfermeiros como eficaz é segundo Maciel, et al. (2019), ainda pouco utilizado, apesar da existência de estudos que o referem como sendo eficaz e seguro como medida analgésica. Os mesmos autores recordam que para ser eficaz o RN deve iniciar a amamentação cerca de 5 minutos antes do procedimento doloroso ser efetuado e manter uma sucção eficaz durante e após a realização do procedimento, o que na realidade da situação descrita aconteceu, que poderá ter adjuvado a eficácia da mesma.

Apesar de direcionado para outro procedimento, mas sendo também doloroso, a vacinação, a WHO (2015) refere a amamentação como uma medida específica adicional eficaz no combate à dor durante esse procedimento, desde que culturalmente aceite, não havendo descritos efeitos adversos pela sua utilização, o que na situação descrita se comprovou.

Como profissional de saúde o EEESIP deve saber que nem sempre é possível eliminar a dor em resultado de alguns procedimentos que efetua, antes durante e após a execução dos mesmos. Mas deve ter a consciência, sustentada na evidência científica, de que existem medidas não farmacológicas que podem ser adjuvadas às medidas farmacológicas no combate a essa dor e desse modo direcionar a sua atuação para o estabelecimento de medidas adicionais de conforto durante os procedimentos que executa (Czarnecki, Turner, Collins, Doellman, Wrona & Reynolds, 2011).

Ao estar atento á situação e tendo adequado a atuação como enfermeiro àquele RN e família e ao procedimento em questão, acredito que contribuí também para respeitar um dos direitos das crianças que é preconizado na carta dos direitos da criança hospitalizada (IAC, 1998) que menciona no artigo 4: “as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (p. 9)

5- Conclusão – Que mais poderia ter feito?

A situação em concreto descrita proporcionou que pudesse vivenciar a aplicabilidade de uma medida não farmacológica para o controle da dor; nesta situação poderiam ter sido tomadas outras decisões diferentes da escolhida, a amamentação. Poderiam ser utilizadas outras medidas como a sucção não nutritiva ou a utilização de sacarose a 24%, mas havendo um conhecimento prévio do RN e da sua família, foi possível selecionar e individualizar a intervenção a usar. Poderia ter sido eu a sugerir a utilização da medida. Mas a iniciativa foi tomada pela Enfermeira EEESIP.

6- Planear a Ação – Se isto surgisse de novo o que é que faria?

Esta aprendizagem serviu por um lado para compreender na prática a importância da aplicação destes métodos e por outro lado para combater as dúvidas que tinha em relação ao assunto. Com esta aprendizagem sei que no futuro estarei mais atento permitindo-me assim compreender e planear os cuidados podendo aplicar as medidas que são preconizadas e descritas no Guia Orientador de Boa Prática “Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança” (OE, 2013). Perante uma nova situação com características idênticas tentarei adequar estas mesmas medidas e passar a aplicá-las.

Referências Bibliográficas

Czarnecki M., Turner H., Collins P., Doellman D., Wrona S., Reynolds J., (2011).
Procedural pain management: a position statement with clinical practice
recommendations. *Pain Management Nursing*, vol 12, n 2 (june). Pp 95-111
Doi: 10.106/j.pmn.2011.02.003

Instituto de Apoio á Criança (IAC), (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. 4º
Edição. Edição do IAC, Lisboa. Disponível em:
<http://www.iacrianca.pt/index.php/setores-iac/carta-da-crianca-hospitalizada>

Maciel A., Costa H., Costa M., Marcatto A., Manzo J., Bruna M., Bueno, M. (2019).
Medidas farmacológicas e não farmacológicas de controle e tratamento da dor
em recém-nascidos. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*. 31(1); 21-26
Doi: 10.5935/0103-507X.20190007

Ordem dos Enfermeiros (OE), (2013). Estratégias não farmacológicas no controle da
dor na criança. *Guia orientador de boa prática*. Caderno OE, série 1: número 6.
Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontroldorcrianca.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE), (2018). *Regulamento de competências específicas do
enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*.
Regulamento nº 422/2018, Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República* (II
Série, nº 133 de 12-07-2018). Pág. 19192- 19194. Disponível em:
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>

World Health Organization (WHO), (2015). Reducing pain at the time of vaccination:
WHO position paper. Edição WHO, Geneve.

Apêndice 9- Jornal de aprendizagem – Associação de medidas farmacológicas e não farmacológicas no controle da dor da criança em IP



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Pólo Artur Ravara

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

Unidade Curricular Estágio com Relatório

Contexto de estágio Internamento de Pediatria

Jornal de aprendizagem – Associação de medidas farmacológicas e não
farmacológicas no controle da dor da criança em IP

Elaborado por:

Nuno Branco, nº8970

Lisboa

Novembro de 2019

Índice

1- Descrição da Situação	3
2- Sentimentos	4
3- Avaliação	5
4- Análise	5
5- Conclusão	7
6- Planear a ação	7
Referências Bibliográficas	

1 - Descrição da Situação - O que aconteceu?

No âmbito do contexto de estágio internamento de pediatria, foi possível durante a participação nos cuidados às crianças internadas, deparar-me com situações em que por motivos da realização de procedimentos invasivos potencialmente dolorosos nos cuidados a essas crianças, ser necessário efetuar uma gestão diferenciada da dor na criança, em que o recurso à aplicação de estratégias não farmacológicas associadas a estratégias farmacológicas foi essencial. Colaborando com o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria (EEESIP), procurei dar resposta através destas medidas à dor que esses procedimentos causam à criança.

Numa situação de internamento de uma criança com 4 anos de idade, com uma patologia crónica associada e com múltiplos internamentos anteriores, foi necessário efetuar alguns procedimentos invasivos no decurso dos cuidados que necessitava. A criança que estava acompanhada pela mãe manifestava algum desconforto na presença dos profissionais de saúde, chegando mesmo a chorar. A mãe refere que o filho fica assustado porque tem medo dos procedimentos dolorosos a que costuma ser sujeito quando fica internado. Conversei com a EEESIP que me acompanhava sobre a situação e procuramos juntos preparar estratégias que promovessem a diminuição e ou ausência de dor desta criança nos procedimentos que se iriam efetuar.

A enfermeira EEESIP e eu escutamos com atenção a mãe e as suas preocupações, aproveitando para lhe explicar e à criança os procedimentos que iriam ser necessários fazer e as atitudes e cuidados que se pretendiam tomar e que poderiam ajudar a prevenir e a diminuir a dor desses mesmos procedimentos. A mãe compreende e agradece. Para esta criança estava previsto a colocação de soroterapia em curso, pelo que seria necessária a colocação de um acesso venoso periférico como também a realização de um enema de limpeza. Foi negociado com a mãe estes cuidados explicando que de forma a diminuir a ansiedade da criança iríamos efetuar estes cuidados num só momento, concentrando os cuidados, na sala de tratamentos ou seja fora do ambiente em que estava, que era um quarto individual. A mãe concordou.

Para preparar e prevenir a dor que a punção venosa iria causar foi colocado um penso anestésico no dorso da mão direita (penso de Emla®), aguardando-se o tempo estipulado para o seu efeito. Depois a criança e a mãe foram acompanhadas por nós até a sala de tratamentos onde a criança no colo da mãe foi distraída através

da colocação de um filme de animação na televisão que existe nesta sala, embora não tenha sido eficaz pois não era do seu agrado. Foi sugerido à mãe a utilização do telemóvel para a distração com um conteúdo de animação que fosse do seu agrado e que na realidade surtiu o efeito desejado. Não sendo a primeira vez neste internamento era do conhecimento desta família a existência do gás sedativo Protóxido de azoto (Livopan®) e conhecidos os seus resultados na utilização para a realização destes procedimentos invasivos, pelo que não constituiu impedimento à sua utilização através de máscara facial colocada à criança, que também a aceitou sem grandes obstáculos. O enfermeiro EEESIP reforçou a utilidade da utilização deste gás e da mais-valia que constitui no controle da dor da criança. Depois de cerca de 3 minutos a criança que se mantinha ao colo da mãe, foi puncionada sem intercorrências e sem manifestações de dor no local previamente preparado com o penso anestésico.

Seguidamente a criança mantendo-se relaxada e descontraída sob o efeito do gás sedativo, mas sempre consciente e interagindo com a mãe e os enfermeiros foi colocada sobre a marquesa tendo-se passado a execução do enema de limpeza que estava previsto. Decorreu também sem intercorrências, tendo sido possível realizar o procedimento com algum desconforto para a criança, mas sem reações que impossibilitassem a sua realização. Depois do procedimento terminado e de acordo com avaliação da dor efetuada com recurso à escala de Faces foi administrada analgesia à criança que foi eficaz.

2- Sentimentos - Em que pensei e o que senti?

Ao deparar-me com esta situação depressa percebi que a criança em causa pelo seu historial anterior já teria medos associados aos procedimentos que sabia lhe causavam dor, o que me fez pensar que a abordagem e os cuidados a realizar deveriam ser bem planeados e preparados de forma a reduzir esta dor, que o fazia ficar apreensivo e com medo. Neste sentido pensei que todas as crianças deviam ter a oportunidade de ter cuidados que lhes permitissem a ausência de dor. Como diz o artigo 3 da Carta da Criança Hospitalizada “As crianças e os pais têm o direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo (IAC, 2008). Como futuro EEESIP, esta era uma questão primordial que deveria merecer sempre a minha atenção e dedicação. Senti que esta questão da prevenção da dor e minimização da dor estava muito presente nos cuidados prestados neste serviço e em particular nos cuidados prestados pelos EEESIP.

3 – Avaliação - O que foi bom e o que foi mau na experiência?

Esta experiência do ponto de vista dos cuidados por mim prestados em colaboração com o EEESIP foi, de facto, uma experiência positiva onde não encontro pontos negativos. Pretendia-se diminuir o impacto que os procedimentos invasivos iriam causar a esta criança e família e que o planeamento e aplicação de medidas farmacológicas associadas a não farmacológicas ajudou a concretizar. Foi bom poder ter identificado as necessidades desta criança e família e assim poder planear de forma adequada e individualizada os cuidados a prestar, com resultados satisfatórios para o seu bem-estar. Foi bom poder ter compreendido a importância das medidas aplicadas na prática e da sua eficácia em conjugação e a verificação da eficácia da utilização do gás protóxido de azoto.

4 – Análise - Que sentido posso retirar da experiência vivida?

Como enfermeiro que pretende ser Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), deverei rentabilizar todas as experiências do meu percurso formativo de forma a construir esse mesmo percurso. Este foi mais um desses momentos. Como EEESIP devo fazer gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e do jovem, otimizando respostas (OE, 2018), nomeadamente “Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor”, mas também “Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor” (OE, 2018, p.19193).

A aplicação das estratégias não farmacológicas no controlo da dor da criança, exigem conhecimento sobre as mesmas por parte do enfermeiro e implica que o enfermeiro perceba a sua utilidade estando atento às características da situação e a origem e tipo de dor e personalizando e individualizando a sua aplicação de acordo com a criança e sua família. O guia orientador de boa prática – estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança da Ordem dos Enfermeiros é um bom instrumento de orientação para o enfermeiro, permitindo a este conhecimentos que podem promover a aplicação dessas estratégias. Recorda este guia que muitas vezes a dor é menosprezada e sendo uma experiência subjetiva por definição, a forma como é vivida e avaliada por cada um deve ser única e intransmissível, o que sugere uma intervenção personalizada que seja mais do que uma intervenção recorrendo a analgésicos (OE, 2013).

Nesta situação optou-se pela utilização da técnica de distração, permitindo que a criança se distraísse com um vídeo do seu agrado individualizado ao seu gosto. A associação destas medidas a medidas farmacológicas vai ao encontro dos critérios de boa prática das Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos) estabelecidas pela Direção Geral de Saúde em 2012, nomeadamente o critério j): “Às intervenções não-farmacológicas são associadas intervenções farmacológicas dependendo da invasividade e duração do procedimento, da dor esperada, do nível de ansiedade da criança, do grau de imobilidade necessário e da previsão de repetição do procedimento” (DGS,2012,p.3). Dizem ainda estas orientações da DGS que em todas as situações em que se pretende o controle da dor em procedimentos invasivos, se deve proceder ao planeamento e agrupamento dos procedimentos invasivos, preparar e informar a família e criança de forma adequada ao seu desenvolvimento cognitivo. Na situação descrita ouve esse cuidado. De qualquer forma estas orientações referem também que a avaliação da dor deve ser realizada antes, durante e após os procedimentos, mas na realidade neste caso concreto a avaliação só foi executada no fim dos procedimentos.

No que diz respeito á utilização de analgesia é descrito pela DGS (2012) como aconselhável a utilização de anestesia tópica de pele para os procedimentos invasivos simples da pele, tendo-se recorrido à utilização de penso de lidocaína e prilocaina (Emla®) e também a possibilidade de utilização de sedação consciente quando se pretende executar procedimentos moderadamente dolorosos. Nesta situação foi utilizado o protóxido de azoto em mistura de 50% com oxigénio (Livopan©). Foi o meu primeiro contacto, como enfermeiro, na utilização deste gás. Sendo recomendado pela DGS é também reconhecido como sendo um gás de utilização segura e de simples administração por via inalatória com reduzidos efeitos secundários e facilmente reversíveis, sendo bastante eficaz para a redução dos níveis de ansiedade e de dor na criança (Almeida, 2018; Tsze, Mallory & Cravero, 2016).

Desta forma a experiência vivida permitiu-me compreender a importância e a vantagem da utilização em conjunto de medidas farmacológicas e não farmacológicas, adaptadas e individualizadas a cada caso. Abriu o meu horizonte de conhecimentos sobre a sua implementação, permitindo-me adquirir novos conhecimentos como a utilização do gás sedativo e analgésico, levando-me a pesquisar sobre o assunto, além de ter compreendido a importância da existência de um núcleo hospitalar que se preocupa com as questões relacionadas com a dor, como o que existe na instituição

em causa. Através dele é possível existir no serviço, informação, materiais adequados e pessoal clínico com formação que permite ao EEESIP melhorar de forma contínua os cuidados que presta às crianças internadas, gerindo de forma adequada a sua dor.

5 – Conclusão - Que mais poderia ter feito?

Neste contexto específico onde a procura do bem-estar e do controle da dor da criança era fundamental, segundo as orientações da DGS relativas a dor, dever-se-ia ter efetuado a avaliação da dor de acordo com o preconizado e que consiste na avaliação antes durante e depois da execução dos procedimentos. Para tal deve-se recorrer aos instrumentos de medida existentes (escalas de avaliação) e que são utilizados na instituição. Não foi feita avaliação antes nem durante a execução dos procedimentos, foi somente executada a avaliação no final. Este aspeto não foi salvaguardado pelo que poderia ter sido feito, o que teria permitido por exemplo o ajuste das medidas farmacológicas a adotar caso fosse necessário. No contexto em questão existem também materiais de apoio (livros, brinquedos, jogos,...) distribuídos num *kit* de gavetas, que pode ser utilizado na aplicação de medidas não farmacológicas de acordo com a idade das crianças, como por exemplo para a imaginação guiada. Neste caso também não foi feito o recurso a esses materiais, optando-se pela utilização de um método audiovisual que não tendo resultado, foi substituído por outro através do telemóvel. Poder-se-ia ter recorrido à utilização destes materiais existentes, na expectativa de poderem ser eficazes.

6 – Planear a ação - Se isto surgisse de novo o que é que faria?

Este momento de aprendizagem foi útil no sentido em que permitiu, na prática, a aplicação de métodos farmacológicos e não farmacológicos e a constatação da sua eficácia e utilidade quando aplicados em conjunto, o que me permitirá, numa situação futura em que seja espectável o surgimento de dor a partir dos procedimentos e cuidados necessários à criança, a sua aplicação, procurando de forma individualizada prestar os melhores cuidados possíveis à criança e família, onde a dor possa ser prevenida, avaliada e tratada. Se uma situação semelhante surgir de novo irei ter a preocupação e o cuidado de poder aplicar estas medidas, recorrendo aos conhecimentos adquiridos e aos recursos e materiais existentes.

Referências Bibliográficas

Almeida, R. B. F. (2018). *Utilização de protóxido de azoto na urgência de pediatria*. (Artigo de Revisão). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/82550>

Direção Geral de Saúde (DGS), (2012). *Orientações técnicas sobre o controle da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Nº 022/2012. Lisboa. Ministério da Saúde.

Instituto do Apoio à Criança (IAC), (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. 4ª Edição. Lisboa: Edição IAC. Disponível em: <http://www.iacrianca.pt/index.php/setores-iac/carta-da-crianca-hospitalizada>

Ordem dos Enfermeiros (OE), (2013). *Estratégias não farmacológicas no controle da dor na criança. Guia orientador de boa prática*. Caderno OE, série 1: número 6. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontroldorcrianca.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE), (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Regulamento nº 422/2018, Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República* (II Série, nº 133 de 12-07-2018). Pág. 19192- 19194. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>

Tsze, D.S., Mallory, M.D., Cravero, J.P. (2016). Practice patterns and adverse events of nitrous oxide sedation and analgesia: A Report from the pediatric sedation research consortium. *The Journal of Pediatrics*. Volume 169, 260-265. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26547401>

Apêndice 10- Participação no *Jornal Club* em centro de desenvolvimento



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**1º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

Participação no *Jornal Club em centro de desenvolvimento*

**“A importância da promoção de um ambiente neuroprotector no
desenvolvimento do recém-nascido prematuro”**

“Dia internacional da prematuridade – 17 de novembro”

Aluno: Nuno Branco, nº8970

Orientadora: Profª Doutora MariaTeresa Magão

Orientadora de estágio: [REDACTED]

Lisboa

Dezembro de 2019

ÍNDICE

1- Nota introdutória	3
2- Imagens da Apresentação	5
Referências Bibliográficas	

1. NOTA INTRODUTÓRIA

A participação no *Jornal Club* do Centro de desenvolvimento da Criança, surge como uma oportunidade de partilha com a equipe multidisciplinar de uma pesquisa e análise realizada em torno do tema do meu projecto, de artigos e estudos que fossem relevantes para apresentar neste momento, cruzando o tema com a data comemorada recentemente do dia internacional da prematuridade, 17 novembro de 2019. Desta pesquisa e deste cruzamento de ideias surge a apresentação com o tema “A importância da promoção de um ambiente neuroprotector no desenvolvimento do recém-nascido prematuro”, que será feita utilizando a plataforma Prezi®, dividindo a apresentação em sete pontos.

Nos dois primeiros pontos é feita uma breve introdução com enquadramento teórico. No terceiro ponto é feita a apresentação de artigo publicado no dia 17 de novembro (dia internacional da prematuridade), com o título “Por dia nascem em média 19 bebés prematuros em Portugal” alertando para o aumento de número de prematuros em Portugal, informação que vai ao encontro do que é referenciado no relatório Health at a Glance 2019, OECD Indicators, colocando Portugal no 5º lugar dos países com mais nascimentos de bebés com baixo peso. No ponto quatro é referenciado um outro artigo de opinião publicado na mesma data que o anterior, com o tema “Percepção de fragilidade do bebé prematuro: sim! Impotência dos pais: não!”, reforçando a ideia de que o bebé prematuro é um bebé frágil, mais susceptível á influência do meio envolvente, incluindo o dos cuidados neonatais. Salvaguarda também a necessidade da existência de cuidados centrados no desenvolvimento e na família.

No quinto ponto é apresentado um artigo publicado a 1 de dezembro que reforça a ideia de que temos crianças mais vulneráveis e mais frágeis com o título “Temos crianças mais vulneráveis e mais frágeis” sendo a prematuridade uma dessas causas.

No sexto ponto é apresentado um artigo científico de 2017, resultado de uma scoping review, com o título “*The impact of the Neonatal Intensive Care Unit on sensory and developmental outcomes in infants born preterm: A scoping review*”. Neste artigo os autores referem que os bebés nascidos prematuros e internados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais apresentam maior risco de problemas neuro-desenvolvimentais e de resultados sensoriais. Importa compreender se estes bebés nascidos prematuros, estando expostos aos elementos do ambiente sensorial

da Unidade, podem ser influenciados no seu desenvolvimento sensorial e global, por esses elementos ambientais, a curto e a longo prazo.

No sétimo ponto é apresentado um artigo científico com o título “Desempenho motor e sensorial em prematuros de alto risco”, neste os autores destacam a importância dos primeiros anos de vida para o desenvolvimento infantil dos bebês nascidos prematuros e a importância da avaliação desse desenvolvimento de forma a identificar potenciais problemas e planejar intervenções adequadas, sugerindo e mostrando a aplicabilidade de dois instrumentos de avaliação a ITSP (Infant/Toddler Sensory Profil) e a AIMS (Escala motora infantil de Alberta).

2. Imagens da Apresentação

A importância da promoção de um ambiente neuroprotector no desenvolvimento do recém-nascido prematuro

19/12/2019

Dieta Mundial da Prematuridade
19 de dezembro
Nascer 37 semanas não garante 36 semanas de vida

ESEL
Nuno Branco, aluno do 12º Mestrado EESP

Introdução

"Estatísticas Demográficas 2018"
O número de nascidos vivos prematuros com menos de 37 semanas de gestação, aumentou de 7,8% em 2013 para 8% em 2018.
(Instituto Nacional de Estatística, 2018)

Ao nascer, o bebé prematuro deixa de ter a proteção que o útero lhe garantia.

O desenvolvimento cerebral do feto passa por várias fases, importantes para seu desenvolvimento e organização. O nascimento prematuro pode comprometer essas fases.

Ativar o Windows
Acceda a Definições para ativar o Windows.
© Microsoft 2019

Ponto 2

O cérebro do recém-nascido prematuro, vai ser altamente influenciável pelos estímulos sensoriais extrínsecos a que passa a estar sujeito, como os que provêm do ambiente envolvente.

Pressupondo-se assim que o estímulo sensorial desajustado possa alterar o seu desenvolvimento normal.

O internamento em UCIN de um recém-nascido prematuro poderá afectar esse desenvolvimento sensorial, afectando o seu desenvolvimento comportamental e perceptual.

(Tamez, 2013)

#1

#2

#3

Ativar o Windows
Acceda a Definições para ativar o Windows.

#1

The Neonatal Integrative Developmental Care Model

(Altimier & Phillips, 2013)

Proposta de um modelo de 7 medidas para os cuidados de desenvolvimento centrados na família,

o ambiente como primeira medida neuroprotectora dos cuidados, inclui o ambiente físico, a privacidade e a segurança, mas também o ambiente sensorial como a temperatura e toque; propriocepção; cheiro; gosto; ruído e iluminação.

Ativar o Windows
Acceda a Definições para ativar o Windows.

#2

Promoção de um ambiente seguro

Ativar o Windows
Acceda a Definições para ativar o Windows.

#3

Promover cuidados de enfermagem que tenham como objectivo:

reduzir o stress, protegendo o sono, diminuindo a dor, prevenindo a agitação, preservando a energia, mesurando as manipulações,

estabelecendo intervenções e parcerias com as famílias, de modo a promover o desenvolvimento e o crescimento saudável, facilitando as capacidades de auto-regulação, do recém-nascido prematuro.

(Altimier & White, 2013;
Tamez, 2013)

Ativar o Windows
Acceda a Definições para ativar o Windows.

Ponto 3

Notas ponto 3



Por dia nascem em média 19 bebês prematuros em Portugal


No dia Mundial da Prematuridade, o JPP faz a leitura à luz da Organização Mundial da Saúde e analisa o impacto de 20 semanas de gestação. Há cerca de 15 milhões de recém-nascidos prematuros em todo o mundo.

Por Ana Catarina Soares, Catarina Pereira e Catarina Pereira | 17/11/2019

Jornal Público - 17/11/2019
<https://www.publico.pt/2019/11/17/sociedade/reportagem/dia-nascimento-19-bebes-prematuros-portugal-1893973>

Ativar o Windows
Aceda a Definições para ativa

Japan, Greece and Portugal have the greatest share of lowbirthweight infants among OECD countries. There are fewer low birthweight infants in the Nordic (Iceland, Finland, Sweden, Norway, Denmark) and Baltic (Estonia, Latvia, Lithuania) countries.




Country	Change 2000-17 in %
United States	0
Hungary	-1
Spain	4
Portugal	15
Greece	25
Japan	0
Colombia	0
Indonesia	23

Health at a Glance 2019, OECD Indicators
<https://www.oecd.org/health/indicators/462625e4/17>
pages=5380708&46-4&Access=asset&checksum=30150322820127482108490538


Ativar o Wi
Aceda a Defini

Ponto 4



Percepção de fragilidade do bebé prematuro: Sim! Impotência dos pais: Não!

Para todos os bebés prematuros há o mesmo tipo de problemas, as possibilidades de sobrevivência dependem da idade gestacional, do peso e dos problemas gerais ao nascimento, como alguns respiratórios, cardíacos, infecciosos e metabólicos. De todos eles, os mais importantes e a mais graves são:



O nascimento de um filho é um momento único de alegria e de esperança.

A chegada de um bebé prematuro, de todos, é o mais triste e triste de todos os dias da vida. Primeiro, porque não há tempo para se preparar, a gravidez acaba prematuramente e o bebé chega ao mundo muito antes do tempo previsto.

Jornal Público - 17/11/2019
<https://www.publico.pt/2019/11/17/imp/par/opiniaao/percepcao-fragilidade-bebe-prematuro-sim-impotencia-pais-nao-1893646>

Ativar o Windows
Aceda a Definições para ativa

Notas ponto4

"O bebé prematuro não só tem menos peso e é mais pequenino, como nasce com imaturidade dos seus órgãos e sistemas — pelo que pode ter problemas respiratórios, de controlo de temperatura, dificuldade alimentar, menor defesa às infeções. Tudo isto torna-o mais vulnerável às doenças e mais sensível aos estímulos externos, como a luz e o som."

(Matos, C., 2019. Percepção de fragilidade do bebé prematuro: sim! impotência dos pais: não!. *Jornal Público*. Artigo de opinião. Lisboa.)

Ativar o Windows
Aceda a Definições para ativa

"A humanização das Unidades, os cuidados centrados no desenvolvimento e na família, a par da elevada tecnologia que hoje dispomos, são fundamentais para a sobrevivência com qualidade de vida dos bebés prematuros."

(Matos, C., 2019. Percepção de fragilidade do bebé prematuro: sim! impotência dos pais: não!. *Jornal Público*. Artigo de opinião. Lisboa.)

Ativar o Windows
Aceda a Definições para ativa

Ponto 5



Notas

Jornal Expresso, 1/12/2019
<https://expresso.pt/sociedade/2019.12.01-Temos-criancas-mais-vulneraveis-e-mais-frageis>

Notas ponto 5

"Temos dos piores índices da Europa de baixo peso ao nascer e de prematuridade. E como para engravidar muitas dessas mães têm de ser ajudadas, temos altos índices de gemelaridade (gémeos) em mães com mais de 30 anos."

"Temos menos crianças e crianças mais vulneráveis, mais frágeis."

(Ferreira, G., C., 2019. Temos crianças mais vulneráveis e mais frágeis. *Jornal Expresso, sociedade e família*. Lisboa)

Ponto 6



Robinson, K. P., et al. (2017) The impact of the Neonatal Intensive Care Unit on sensory and developmental outcomes in infants born preterm: A scoping review. *British journal occupational therapy*, Vol. 80(8) 459-469

Introduction: Preterm infants admitted to the Neonatal Intensive Care Unit are at higher risk of poor neurodevelopmental and sensory outcomes. There is interest in establishing whether elements of the Neonatal Intensive Care Unit sensory environment may influence the sensory and overall development of these infants.

Method: The purpose of this scoping review was to provide a comprehensive overview of relevant research regarding the sensory elements of the Neonatal Intensive Care Unit, and their short- and long-term influence on preterm infants. This scoping review is underpinned by the six-stage framework by Arksey and O'Malley.

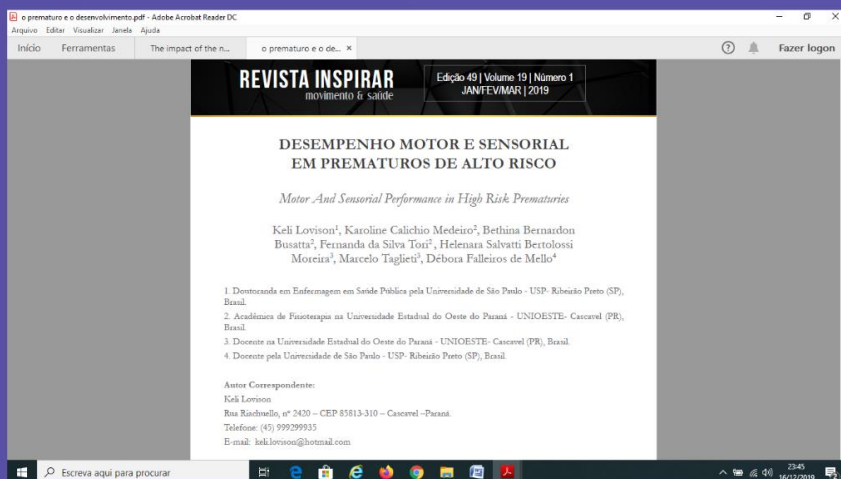
Results: There are few studies that have directly examined the influence of the Neonatal Intensive Care Unit environment upon the sensory and developmental outcomes of infants born preterm, in infancy. The findings of the studies included in this review suggest that the Neonatal Intensive Care Unit sensory environment may alter developmental trajectories of preterm infants. However, low-quality evidence exists in this field, with much of the literature being preliminary.

Robinson, K. P., et al. (2017) The impact of the Neonatal Intensive Care Unit on sensory and developmental outcomes in infants born preterm: A scoping review. *British journal occupational therapy*, Vol. 80(8) 459-469

Conclusion: Further experimental studies are required that combine multiple methods of assessment to more rigorously understand the sensory characteristics of the Neonatal Intensive Care Unit, and their relationship with developmental outcomes across early childhood.

Robinson, K. P., et al. (2017) The impact of the Neonatal Intensive Care Unit on sensory and developmental outcomes in infants born preterm: A scoping review. *British journal occupational therapy*, Vol. 80(8) 459-469

Ponto 7



Lovison, K., et al.. (2019). Desempenho motor e sensorial em prematuros de alto risco. *Revista Inspirar*, edição 49, vol. 19, nº1. 1-17

Resumo

Os primeiros anos de vida são fundamentais para o desenvolvimento infantil. O estudo visou avaliar o perfil sensorial e o desenvolvimento motor em prematuros de alto risco através do ITSP e da AIMS.

É importante avaliar o perfil motor e sensorial dos lactentes nascidos prematuros pois a integridade do sistema sensorial é essencial para o adequado desenvolvimento da função motora, visto que habilidades motoras são refinadas por meio das experiências sensoriais vivenciadas.

A amostra foi composta por 48 lactentes prematuros (...) Foram divididos em dois grupos de ambos os sexos: o grupo pré-termo com desempenho motor normal (...) e o grupo pré-termo com desempenho motor suspeito e anormal.

Lovison, K., et al.. (2019). Desempenho motor e sensorial em prematuros de alto risco. *Revista Inspirar*, edição 49, vol. 19, nº1. 1-17

conclusão

É importante avaliar o perfil motor e sensorial dos lactentes nascidos prematuros pois a integridade do sistema sensorial é essencial para o adequado desenvolvimento da função motora, visto que habilidades motoras são refinadas por meio das experiências sensoriais vivenciadas. Esse estudo sugere que o ITSP é uma escala útil, prática e auxilia na identificação precoce dos problemas de processamento da informação sensorial, e que, se não forem diagnosticados e tratados, podem trazer prejuízos ao longo da vida.

(ITSP - Infant Toddler Sensory Profile - Perfil Sensorial Infantil)
(AIMS - Escala motora Infantil de Alberta)

Lovison, K., et al.. (2019). Desempenho motor e sensorial em prematuros de alto risco. *Revista Inspirar*, edição 49, vol. 19, nº1. 1-17

Referências Bibliográficas

Altimier, L., White, R.D. (2013). The neonatal intensive care unit (NICU) environment. In C. Kenner & J.W. Lott, *Comprehensive neonatal nursing care*. (5ª edição): 721-737. Nova York: Springer Publishing Company

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

Ferreira, G., C., 2019. Temos crianças mais vulneráveis e mais frágeis. *Jornal Expresso*. Sociedade e família. Lisboa. Disponível em: (código de abertura MF726)
<https://expresso.pt/sociedade/2019-12-01-Temos-criancas-mais-vulneraveis-e-mais-frageis>

Instituto Nacional de estatísticas, (2019). *Estatísticas demográficas – 2018*. Lisboa. Disponível em:
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=358632586&PUBLICACOESmodo=2

Lovison, K., et al. (2019). Desempenho motor e sensorial em prematuros de alto risco. *Revista Inspirar*, edição 49, vol. 19, nº1. 1-17. Disponível em:
<https://www.inspirar.com.br/revista/desempenho-motor-e-sensorial-em-prematuros-de-alto-risco/>

Maia, A. (2019). Por dia nascem em média 19 bebés prematuros em Portugal. *Jornal Público*. Reportagem. Lisboa. Disponível em:
<https://www.publico.pt/2019/11/17/sociedade/reportagem/dia-nascem-media-19-bebes-prematuros-portugal-1893973>

Matos, C., 2019. Percepção de fragilidade do bebé prematuro: sim! impotência dos pais: não! . *Jornal Público*. Artigo de opinião. Lisboa. Disponível em:
<https://www.publico.pt/2019/11/17/impar/opiniao/percepcao-fragilidade-bebe-prematuro-sim-impotencia-pais-nao-1893646>

OECD Indicators, (2019). *Health at a Glance 2019*. Disponível em:

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en

Robinson, K. P., et al. (2017). The impact of the Neonatal Intensive Care Unit on sensory and developmental outcomes in infants born preterm: A scoping review. *British journal occupational therapy*. Vol. 80(8) 459–469. Disponível em:

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0308022617709761?journalCode=bjod>

Tamez, R. (2017). *Enfermagem na UTI neonatal, assistência ao recém-nascido de alto risco* (6ª Edição). Rio de Janeiro: Guanabara.

Apêndice 11- Sessão de Formação para enfermeiros - A promoção do ambiente seguro do recém-nascido pré-termo. Intervenção especializada de enfermagem nos cuidados não traumáticos



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

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

Sessão de Formação

A Promoção do ambiente seguro do recém-nascido pré-termo.

Intervenção especializada de enfermagem nos cuidados não
traumáticos

Formandos: Enfermeiros da Unidade de Cuidados Neonatais

Formador: Enf.º Nuno Branco

Supervisão Clínica: [REDACTED]

Professora Orientadora: Prof^a. Doutora Maria Teresa Magão

Data: 31/01/2020

Hora: 14h30- 16h

Local: sala de atividades da Unidade

ÍNDICE

Plano de sessão de formação	3
1- Fundamentação	4
2- Apresentação da formação	11
3- Avaliação da formação	23
Referências bibliográficas	

ANEXOS

Anexo 1- Formulário para avaliação de formação

APÊNDICES

Apêndice 1- Questionário aplicado à equipa de Enfermagem da UCN

Apêndice 2- Autorização para aplicar questionário na UCN

Plano de Sessão de Formação

Tema	“A Promoção do ambiente seguro do recém-nascido pré-termo. Intervenção especializada de enfermagem nos cuidados não traumáticos”
Formador	Nuno Branco
Destinatários	Enfermeiros da Unidade de Cuidados Neonatais
Duração	1h 30 minutos
Local	Sala de atividades da Unidade
Data	31/01/2020

Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Recursos Didáticos	Avaliação
<p>Uniformizar procedimentos e cuidados ao recém-nascido pré-termo</p> <p>Promover Ambiente seguro e neuroprotector do recém-nascido pré-termo na UCN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A pertinência do tema • Breve fundamentação teórica • Apresentação dos resultados dos questionários aplicados aos enfermeiros da Unidade de Cuidados Neonatais • Identificação de stressors provenientes do ambiente e dos cuidados na Unidade • Estratégias e medidas promotoras de um ambiente seguro do recém-nascido pré-termo na Unidade • Discussão com os elementos da equipe das estratégias e medidas a promover e implementar 	<p>Expositiva e participativa</p>	<p>Computador e Projetor</p>	<p>Preenchimento de questionário sobre a formação apresentada</p>

1. Fundamentação

Nos últimos anos o número de nascimentos de recém-nascidos nascidos pré-termo (RNPT) representa uma parte relevante dos nados vivos. O Instituto Nacional de Estatísticas revela no seu relatório de 2019 que os nados vivos nascidos de pré-termo, ou seja, abaixo das 37 semanas de gestação, de acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (WHO,2018), passaram de 7,8% em 2013 para 8% em 2018 (INE,2019). A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2019) no seu relatório *Health at a Glance 2019*, coloca também Portugal entre os cinco primeiros países, dos seus membros, com maior número de nascimentos de recém-nascidos com peso inferior a 2500g. No caso concreto dos RNPT internados na Unidade de Cuidados Neonatais, verificou-se um aumento ao longo dos últimos anos. De acordo com os dados recolhidos no Relatório Anual da Qualidade realizado por esta Unidade os RNPT representaram cerca de 36% em 2018 e 39% em 2019 dos recém-nascidos internados.

O recém-nascido ao nascer pré-termo deixa de ter a proteção que o útero lhe garantia, onde o ambiente intra-uterino lhe proporcionava os estímulos sensoriais positivos necessários para o desenvolvimento normal do seu cérebro e que ocorriam numa determinada sequência. Este desenvolvimento cerebral do feto passa por várias fases e ao nascer prematuro estas fases importantes do seu desenvolvimento e organização ficam comprometidas (Altimier & White, 2013; Tamez, 2017). O cérebro do recém-nascido pré-termo, dependendo da idade gestacional, vai ser altamente influenciável pelos estímulos sensoriais extrínsecos a que passa a estar sujeito, como os que provêm do ambiente envolvente, pressupondo-se assim que o estímulo sensorial desajustado possa alterar o seu desenvolvimento normal, tanto por excesso como por falta de estímulos, podendo assim causar danos permanentes. O internamento numa unidade de cuidados neonatais de um recém-nascido, irá afetar esse desenvolvimento sensorial, afetando o seu desenvolvimento comportamental e perceptual (Tamez, 2017).

Estas unidades pelas suas características e toda a tecnologia que as envolvem tornam-se fontes de diversos estímulos considerados stressantes, como ruídos nocivos ou luzes demasiado intensas e procedimentos muitas vezes dolorosos assim como manipulações; estes ambientes sendo híper estimulante criam uma sobrecarga sensorial nos recém-nascidos pré-termo (Reid & Freer, 2010). Um Ambiente seguro onde se desenvolvem os cuidados de enfermagem resulta das

medidas apropriadas estabelecidas tendo em conta o ambiente físico, o ambiente sensorial e outras dimensões especiais e estéticas. A combinação destes atributos demonstra um respeito pela dignidade humana, apoiam o impacto sócio emocional através da presença contínua da família e fornecem neuroproteção para o desenvolvimento dos sistemas somatossensoriais e interoceptivos do recém-nascido (Coughlin, 2017). É por isso importante a promoção de um ambiente seguro, onde o RNPT possa se desenvolver, onde o impacto provocado pelos fatores envolventes resultantes da sua prematuridade e do internamento numa unidade de cuidados neonatais possam ser atenuados e minorados.

Se as necessidades em termos de um ambiente seguro e neuroprotetor não forem respeitadas, podem-se tornar fatores de stresse para o RNPT, tornando-se assim nocivos para o seu desenvolvimento. Embora o assunto precise de ser aprofundado e estudado existe evidência que nos diz que o ambiente sensorial que envolve os RNP, pode ter influencia a curto e longo prazo no seu desenvolvimento (Robinson, et al. 2017).

Altimier & Phillips (2013) propõem um modelo de medidas para os cuidados de desenvolvimento centrados na família, *The Neonatal Integrative Developmental Care Model*, referindo que para melhor compreender os problemas de desenvolvimento relacionados com a prematuridade e outros eventos de alto risco é essencial compreender as bases do desenvolvimento neuro sensorial do recém-nascido. Neste modelo são descritas 7 medidas para o desenvolvimento dos cuidados neonatais neuroprotetores, nomeadamente o ambiente dos cuidados; parcerias com as famílias; manipulação e posicionamento; a salvaguarda do sono; minimização do stresse e da dor; a proteção da pele e a otimização da nutrição. O ambiente como primeira medida neuroprotetora dos cuidados inclui o ambiente físico, a privacidade e a segurança, mas também o ambiente sensorial como a temperatura e toque; propriocepção; olfato; paladar; ruído e iluminação.

Para promover este ambiente como medida neuroprotetora do desenvolvimento do RNPT é preciso ter em conta diversas medidas e estratégias que ao serem aplicadas se tornam promotoras desse mesmo desenvolvimento, reduzindo os fatores de stresse existentes e que podem provir desse mesmo ambiente. É importante para a promoção de um ambiente físico onde a privacidade e a segurança seja mantida, garantir e manter um ambiente estético que reflita o respeito pela dignidade humana, é também importante criar e manter espaços que protejam a privacidade, que permitam a presença da família e suportem a sua participação nos

cuidados e promovam experiências interpessoais com a equipa de saúde e permitam a prestação de cuidados com segurança (Coughlin, 2017). Relativamente ao ambiente sensorial, a temperatura deve ser monitorizada de forma contínua. Mantendo a temperatura do ambiente entre 22°C e 26°C e a humidade entre 30% e 60% e a temperatura do Recém-nascido entre 36,5°C e 37,5°C. É importante também promover experiências de pele a pele (utilizando por exemplo o método canguru) ou outras experiências positivas de toque entre os pais e o recém-nascido como providenciar colo. Providenciar sucção não nutritiva. Se necessário recorrer a métodos de contenção que possam contribuir para o seu conforto e privilegiar sempre a utilização de fibras naturais e suaves no contacto com a pele do recém-nascido (Coughlin, 2017; Bliss, 2011; Tamez, 2017).

Relativamente à manipulação e propriocepção, o RNPT deve ser manipulado, com movimentos contidos e suaves e mobilizado de forma aninhada e suportada, devendo também ser posicionado de forma a promover a sua auto-organização utilizando métodos de contenção e alternância de posicionamentos. Deve-se promover uma manipulação mínima, concentrando os cuidados (Coughlin, 2017; Bliss, 2011; Reid, T., Feer, Y., 2010).

O olfato e o paladar do RNPT devem ser promovidos recorrendo a experiências olfativas e gustativas positivas; para tal pode-se utilizar o leite materno e o contacto pele a pele com a mãe. Pode-se estimular o olfato com compressa embebida em leite materno e o gosto com gotas de leite materno. A colocação de fralda de tecido que tenha estado em contacto com a pele da mãe junto do recém-nascido é outro recurso que pode ser utilizado. É importante a limpeza regular das incubadoras, prevenindo odores provenientes de sujidades (limpeza diária e mudança semanal do RNPT de incubadora). Deve-se evitar a utilização de odores tóxicos no microambiente do recém-nascido, privilegiando o uso de compressas embebidas para desinfeção de pele em vez de aerossóis e evitar o uso de desinfetantes de odores intensos e potencialmente nocivos provenientes de produtos de limpeza no microambiente do RNPT (Coughlin, 2017; Bliss, 2011; Tamez, 2017).

O ruído, quando elevado, é outro dos aspetos que pode influenciar de forma negativa o desenvolvimento dos RNPT. Ruídos como os que provêm de alarmes de monitores, toques de telemóveis, funcionamento de alguns equipamentos e de conversações entre elementos da equipa e das próprias visitas, devem ser reduzidos na sua intensidade e duração, de forma a providenciar um ambiente que se quer promotor do desenvolvimento saudável dos recém-nascidos (Altimier & White, 2013).

É fundamental manter o ruído num nível igual ou inferior a 45 dB, e não mais de 65dB (Tamez, 2017), para tal importa promover a conversação pais-filhos (de forma suave e calma), respeitando períodos de repouso e sono, evitando conversas desnecessárias junto das incubadoras ou falar de forma tranquila e em tom baixo. Responder prontamente aos alarmes sonoros dos equipamentos, reduzir o nível dos alarmes e suspender ou desligá-los sempre que possível é também fundamental. Evitar o uso de telemóveis ou outros equipamentos sonoros no microambiente do recém-nascido e não colocar equipamentos (bombas infusoras, etc.) dentro ou em cima das incubadoras, manipulando estas de forma a promover a ausência de ruído tendo cuidado com a abertura e fecho das portas, evitando bater nas suas paredes (Bliss, 2011; Coughlin, 2017; Reid, T., Feer, Y., 2010; Tamez, 2017).

Santos, (2018) através do Consenso Clínico “A luz e o desenvolvimento do RN prematuro” para a Sociedade Portuguesa de Neonatologia, alerta para associada a outros fatores que podem intervir com o desenvolvimento do RNPT, a questão da iluminação e da exposição do mesmo á luminosidade e a influência desta no seu desenvolvimento visual, referindo que existem recomendações que podem ser adotadas e que contribuem para apoiar e proteger o desenvolvimento do sistema visual do RNPT internado, bem como dos ritmos circadianos. Algumas dessas recomendações passam por manter níveis de luminosidade entre os 10lux e os 600lux. Para tal deve-se promover a existência de reguladores de intensidade de luz (interruptor/regulador). Promover ciclos de iluminação (dia – 250 /500lux e noite - 10/20lux), contribuindo para a promoção do sono. Proteger a exposição direta dos olhos do recém-nascido à luz intensa utilizando coberturas nas incubadoras que devem ser adaptadas á idade gestacional e ao estímulo a que o recém-nascido deve ser sujeito. Após as 32 semanas de gestação a cobertura deve ser aliviada progressivamente. Privilegiar nos cuidados o uso de focos de luz individual, evitando os olhos do recém-nascido (protegendo-os se necessário). Colocar os RNPT com menos de 32 semanas de gestação longe de janelas que recebem luz solar direta e recorrer ao uso de estores para diminuir a exposição da sala e das incubadoras á luz solar direta. Não esquecer que os estímulos devem ser ajustados e por isso é importante diminuir a intensidade da luz para promover a abertura dos olhos do RNPT, quando estiver desperto, promovendo assim por exemplo a interação com os pais (Bliss, 2011; Coughlin, 2017; Reid & Feer, 2010; Tamez, 2017).

Ao discutir o guia orientador de estágio com a EEESIP orientadora e a enfermeira responsável pela UCN foi possível identificar alguns stressores existentes

na Unidade, provenientes do ambiente dos cuidados e dos próprios cuidados e que confrontados com a evidência científica podiam por em causa o desenvolvimento saudável dos RNPT. Nomeadamente não existia qualquer medição do nível de ruído ou da intensidade da luz no ambiente da UCN onde se prestam cuidados a estes recém-nascidos. Com base nesses stressores identificados e na experiência vivida na prestação de cuidados ao longo dos anos, foram resumidos os stressores identificados e planeadas as medidas e estratégias que á luz da evidência científica e dos autores consultados lhe podiam dar resposta e resolução, diminuindo ou erradicando os mesmos. Foi necessário adquirir um luxómetro e um sonómetro. Com estes foram efectuadas medições ao longo das 24h do dia nos diferentes espaços e momentos do cuidar do RNPT. Isto permitiu compreender os ajustes que eram necessários fazer para manter os níveis dentro do que é preconizado. Estas medições são fundamentais para melhor compreender o ambiente que se quer promotor de cuidados neuroprotetores. A avaliação específica em cada unidade neonatal, destes níveis, facilita o planeamento de intervenções que os regulam (Tamez, 2017).

Na leitura do nível de ruído em diferentes momentos ao longo de 24h resultaram os valores que a seguir se apresentam:

Sala de incubadoras		Incubadoras		Alarmes equipamentos	
Sala sem ruídos adversos	43dB	Vazia	45dB	Monitores volume 6	75dB
Limpeza do chão (manhã e tarde)	55dB	Bater na incubadora	72 a 82dB	Monitores volume 3	70dB
Conversações (2pessoas)	70dB	Bater com as portas	80db	Seringas infusoras	88dB
Choro de bebé em berço	80dB	Choro de bebé	50 a 80dB		
		Alarmes exteriores	59dB		

Quadro 1 – leitura de nível de ruído em diferentes situações

Na leitura dos níveis de iluminância ao longo de 24h resultaram os seguintes valores:

		Período Diurno	Período noturno
Sala com luz natural (sem sol direto)		54 a 83 lux	
Sala /iluminação teto		185 a 350 lux	185 a 350 lux
Cadeiras junto à janela (sem sol direto)		1600 lux	
Zona de berços	Com luz teto	185 a 350 lux	198 lux
	Sem luz teto	54 a 83 lux	
Incubadoras	Com luz teto	120 a 250 lux	36 a 100 lux
	Com luz teto e de cabeceira	180 a 380 lux	130 a 188 lux
	Com luz cabeceira		130 a 240 lux
	Com cobertura	22 a 74 lux	10 lux
Bancadas muda fraldas	Com luz teto	300 lux	102 lux
	Com luz teto e de cabeceira	340 lux	102 a 190 lux

Quadro 2 – Leitura da luminosidade em diferentes locais

A partir dos dados recolhidos foram, de acordo com a literatura consultada, estabelecidas medidas e estratégias que se pretendem sejam promotoras de um ambiente seguro e neuroprotetor dos RNPT. Estas medidas e outras que resultaram da identificação de outros stressores que interferem com as medidas neuroprotetoras do RNPT, nomeadamente: a manipulação e propriocepção; o ambiente físico a privacidade e a segurança; o olfato e o paladar; a temperatura e o toque, são apresentadas na sessão de formação realizada a toda a equipa de enfermagem. Tamez (2017) refere que a educação da equipa multiprofissional sobre os cuidados desenvolvimentais e seus princípios, é uma das intervenções que importa realizar para se conseguir reduzir o impacto do ambiente no desenvolvimento do RNPT.

Toda a equipa de enfermagem foi envolvida. Para auscultar a sua opinião e as suas necessidades formativas relativamente ao tema, e para preparar a formação a desenvolver, foi entregue previamente a cada enfermeiro um questionário (apêndice 1). Este questionário previamente autorizado pela enfermeira chefe da UCN (apêndice 2) tinha o seguinte objetivo: **“Identificar a percepção que os enfermeiros detêm sobre práticas promotoras de um ambiente seguro e neuroprotector do recém-nascido pré-termo na Unidade”**. Com os resultados foi possível identificar necessidades de formação no âmbito da promoção dos cuidados de desenvolvimento

ao RNPT e redefinir as medidas e estratégias a adotar. Os resultados deste questionário foram apresentados na formação desenvolvida.

2. Apresentação da Formação (PowerPoint)

**PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO.
INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS NÃO TRAUMÁTICOS.**

Nuno Branco
10º Curso de Mestrado em Enfermagem
na Área de Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Santarém

Abrantes , janeiro 2020

Orientadora estágio:
Enf.ª Teresa Vogado

Orientadora UC:
Prof.ª Doutora Teresa Magão

A PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

ÍNDICE

- A pertinência do tema
- Breve fundamentação teórica
- Apresentação dos resultados dos questionários aplicados aos enfermeiros da Unidade de Cuidados Neonatais do CHMT
- Identificação de stressors provenientes do ambiente da Unidade
- Estratégias e medidas promotoras de um ambiente seguro do recém-nascido pré-termo na Unidade
- Discussão com os elementos da equipe das estratégias e medidas a promover e implementar
- Referencias bibliográficas

A PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

A pertinência do tema

Recém-nascidos pré-termo são todos aqueles que nascem antes das 37 semanas de gestação:

- Os nascidos com menos de 28 semanas de gestação são considerados pré- termos extremos;
- Os nascidos entre as 28 e as 32 semanas consideram-se muito pré-termos;
- Os nascidos entre as 32 e as 37 semanas de moderado a tardio pré-termo. (WHO, 2018).

A PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

A pertinência do tema

- O número de nados vivos com menos de 37 semanas de gestação aumentou de 7,8% em 2013 para 8% em 2018 em Portugal. (INE, 2019)
- Portugal ocupa o quinto lugar dos países da OCDE com maior numero de nascimentos de recém-nascidos de baixo peso (<2500g). (OCDE, 2019)
- Internamento em Unidade de Cuidados Neonatais do CHMT segundo o relatório anual de qualidade em 2018 de recém-nascido pré-termo foi de 36% em 2018 e de 39% em 2019. (Roxo, 2018; Roxo, 2019)

A PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

A pertinência do tema

Os cuidados prestados aos recém-nascidos pré-termo numa UCIN devem ser prestados:

- Numa cultura de segurança e não traumáticos, onde o enfoque no seu desenvolvimento não seja esquecido.
- Devendo ser uma prioridade para as instituições que prestam cuidados nesta área, políticas que sejam promotoras de cuidados seguros, identificando erros de modo a corrigi-los e a evitar que voltem a ocorrer.

A perda de segurança e ocorrência de erros nos cuidados podem ter efeitos devastadores na vida do recém-nascido.

(Chatzioannidis, Mitsiakos, Vouzas, 2017).

A PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

A pertinência do tema

É fundamental promover cuidados seguros e não traumáticos ao recém-nascido pré-termo internado em uma UCIN, lembrando que:

- Os cuidados traumáticos não passam só pelos procedimentos invasivos e dolorosos a que o RN está sujeito, mas por todos aqueles cuidados diretos ou indiretos que podem resultar por exemplo do ambiente sensorial envolvente, e que podem incutir alterações significativas no seu processo de desenvolvimento.

(Coughlin, 2017).

A PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

A pertinência do tema

Se as necessidades em termos de um ambiente seguro e neuroprotector não forem respeitadas, podem se tornar fatores de stress para o recém-nascido prematuro.

Tornando-se assim nocivos para o seu desenvolvimento.

Existe evidência que nos diz que a influência do ambiente sensorial sobre os recém-nascidos prematuros pode ter influencia a curto e longo prazo no seu desenvolvimento.

(Robinson, et al. 2017)

A PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

Promoção de um ambiente seguro

Promover cuidados de enfermagem que tenham como objetivo:

Estabelecendo intervenções e parcerias com as famílias, de modo a promover o desenvolvimento e o crescimento saudável, facilitando as capacidades de auto-regulação, do recém-nascido.

Reduzir o stress, protegendo o sono, diminuindo a dor, prevenindo a agitação, preservando a energia, mesurando as manipulações.

(Altimier & White, 2013; Tamez, 2017)

A PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

Breve fundamentação teórica

- O recém-nascido ao nascer pré-termo deixa de ter a proteção que o útero lhe garantia, onde o ambiente intra-uterino lhe proporcionava os estímulos sensoriais positivos necessários para o desenvolvimento normal do seu cérebro e que ocorriam numa determinada sequência.
- Este desenvolvimento cerebral do feto passa por várias fases e ao nascer prematuramente estas fases importantes do seu desenvolvimento e organização, ficam comprometidas.

(Altimier & White, 2013), (Tamez, 2017).

A PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

Breve fundamentação teórica

- O cérebro do recém-nascido prematuro, é altamente influenciável pelos estímulos sensoriais extrínsecos a que passa a estar sujeito, como os que provêm do ambiente envolvente (como os de uma UCIN).
- A exposição a esses estímulos sensoriais que podem ser desajustados, poderá afetar o seu desenvolvimento normal.

O internamento em UCIN de um recém-nascido, poderá assim afetar o seu desenvolvimento sensorial, afetando o seu desenvolvimento comportamental e perceptual

(Tamez, 2017)

A PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

Breve fundamentação teórica

Os stressors que provêm do ambiente da Unidade e dos procedimentos ao recém-nascido contribuem para:

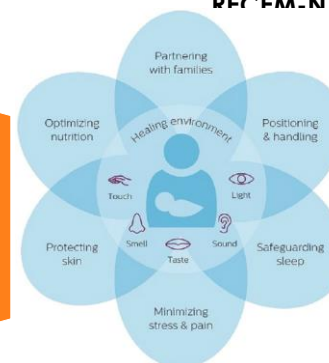
- Instabilidades fisiológicas (apneias, bradicardias, diminuição da Po₂, aumento dos gastos calóricos e por sua vez dificuldade no ganho de peso)
 - comprometem o desenvolvimento neurológico
 - interrompem o crescimento e o desenvolvimento

(Tamez, 2017)

A PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

The Neonatal Integrative Developmental Care Model

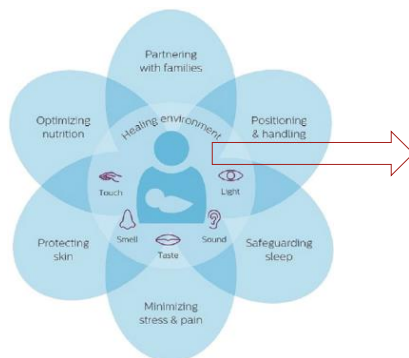
(Altimier & Phillips, 2013)



- o ambiente dos cuidados;
- parcerias com as famílias;
- manipulação e posicionamento;
- a salvaguarda do sono;
- minimização do stress e da dor;
- proteção da pele;
- otimização da nutrição.

7 medidas para os cuidados de desenvolvimento centrados na família;

A PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO



O ambiente como primeira medida neuroprotetora dos cuidados inclui:

- o ambiente físico:
 - a privacidade e a segurança;
- o ambiente sensorial como:
 - temperatura e toque;
 - propriocepção;
 - cheiro;
 - gosto;
 - ruído;
 - iluminação.

(Altimier & Phillips , 2013)

A PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

Breve fundamentação teórica

- Um Ambiente seguro onde se desenvolvem os cuidados de enfermagem resulta **das medidas apropriadas estabelecidas tendo em conta o ambiente físico, o ambiente sensorial e outras dimensões especiais e estéticas.**
- A combinação destes atributos demonstram um respeito pela dignidade humana, apoiam o impacto sócio emocional através da presença contínua da família e fornecem neuroproteção para o desenvolvimento dos sistemas somatossensoriais e interoceptivos do recém-nascido.

(Coughlin, 2017)

A PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

Essas medidas passam por:

O ambiente físico a privacidade e a segurança

- Garantir e manter um ambiente estético que reflita o respeito pela dignidade humana.
 - Criar e manter espaços que protejam a privacidade, que permitam a presença da família e suportem a sua participação nos cuidados, e promovam experiências interpessoais com a equipe de saúde , e permitam a prestação de cuidados com segurança.
- (Coughlin, 2017)

A PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

Temperatura e toque

- Monitorização da temperatura de forma contínua sempre que possível. Manter temperatura do ambiente entre 22° e 26° e humidade entre 30% e 60% e temperatura do Recém-nascido entre 36,5 e 37,5°.
- Promover experiências de "Skin to Skin" (método canguru) ou outras experiências positivas de toque entre os pais e o recém-nascido.
- Providenciar colo e se necessário Contenção de conforto.
- Providenciar sucção não nutritiva.
- Privilegiar utilização de fibras naturais e suaves no contacto com a pele do recém-nascido.

(Coughlin, 2017; Bliss, 2011; Tamez, 2017)

A PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

Manipulação e propriocepção

- Manipular o recém-nascido, com movimentos contidos e suaves.
- Mobilizar o recém-nascido de forma aninhada e suportada.
- Posicionar o recém-nascido de forma a promover a sua auto-organização.
- Executar uma manipulação mínima, concentrando os cuidados.
- Utilizar métodos de contenção e alternância de posicionamentos.

(Coughlin, 2017; Bliss, 2011; Reid, T., Feer, Y., 2010)

A PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

Cheiro e Gosto

- Promover experiências olfativas e gustativas positivas, utilizando o Leite materno e o contacto "Skin-to-skin".
- Estimular o olfato com compressa embebida em Leite materno e o gosto com gotas de Leite Materno.
- Colocação de fralda de tecido que tenha estado em contacto com a pele da mãe junto do recém-nascido.
- Limpeza regular das incubadoras, prevenindo odores provenientes de sujidades (limpeza diária e mudança semanal do RN de incubadora).
- Evitar a utilização de odores tóxicos no microambiente do recém-nascido. (privilegiar o uso de compressas embebidas para desinfeção de pele em vez de aerossóis; evitar o uso de desinfetantes e produtos de limpeza no microambiente do RN).

(Coughlin, 2017; Bliss, 2011; Tamez, 2017)

A PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

Ruído

- Manter o ruído num nível igual ou inferior a 45 dB, e não mais de 65dB.
- Promover a conversação pais-filhos (de forma suave e calma), respeitando períodos de repouso e sono.
- Responder prontamente aos alarmes sonoros dos equipamentos.
- Reduzir o nível dos alarmes / suspender ou desligá-los sempre que possível.
- Evitar conversas desnecessárias junto das incubadoras ou falar de forma tranquila e em tom baixo.
- Evitar o uso de telemóveis ou outros equipamentos sonoros no microambiente do recém-nascido.
- Não colocar equipamentos (bombas infusoras, etc.) dentro ou em cima das incubadoras
- Desligar os Bip dos monitores.
- Manipular as incubadoras de forma a promover a ausência de ruído (abertura das portas cuidadosa; evitar colocação de objetos em cima destas; evitar bater nas paredes).

(Bliss, 2011; Coughlin, 2017; Reid, T., Feer, Y., 2010; Tamez, 2017)

A PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

Luz e luminosidade

- Manter níveis de luminosidade entre os 10lux e os 600lux.
- Promover a existência de reguladores de intensidade de luz (interruptor/regulador).
- Promover ciclos de iluminação (dia – 250 /500lux/noite -10/20lux), promover o sono.
- Proteger a exposição direta dos olhos do recém-nascido à luz intensa (utilização de coberturas nas incubadoras que devem ser adaptadas à idade gestacional e ao estímulo que o recém-nascido deve ser sujeito, após as 32 semanas de gestação a cobertura deve ser aliviada progressivamente).
- Privilegiar nos cuidados o uso de focos de luz individual, evitando os olhos do recém-nascido (proteger se necessário).
- Colocar os RN Pré-termo com menos de 32 semanas de gestação longe de janelas que recebem luz solar direta.
- Recorrer aos estores para diminuir a exposição da sala e das incubadoras à luz solar direta.
- Diminuir a intensidade da luz para promover a abertura dos olhos do RN, quando estiver desperto, (promover a interação com os pais).

(Bliss, 2011; Cughlin, 2017; Reid, T., Feer, Y., 2010; Tamez, 2017)

Apresentação dos resultados do Questionário

Respostas ao Questionário

		Nunca	Ocasionalmente	Às Vezes	Frequentemente	Sempre	Não sei
Questão 1	Os níveis de som/ruído na área dos cuidados ao recém-nascido são mantidos dentro da faixa recomendada? (<45 decibéis = som de uma biblioteca)	0	1	8	1	0	4
Questão 2	Responde prontamente aos alarmes sonoros ou ao choro do recém-nascido, independentemente do recém-nascido lhe estar atribuído?	0	0	2	6	6	0
Questão 3	Os níveis de luz, são mantidos dentro da faixa recomendada? (luz de 1 a 60 Velas ou não mais brilhante que a sua Sala de estar. Ciclo diurno 250 a 500lux, ciclo noturno 10 a 20 lux)	0	1	4	4	0	5
Questão 4	Proporciona ciclos de iluminação? (a iluminação durante a noite é menor e de dia a iluminação é maior, dentro do recomendado: Ciclo diurno 250 a 500lux, ciclo noturno 10 a 20 lux)	0	0	3	8	3	0
Questão 5	Protege os olhos do recém-nascido da luz direta ao prestar cuidados? (mesmo os que não estão em fototerapia)	0	7	2	3	3	0
Questão 6	Gere a exposição do recém-nascido a odores nocivos? (ex: a abertura de desinfetantes para a pele ou a limpeza de equipamentos com desinfetantes é feita fora do microambiente do recém-nascido?)	0	3	0	6	5	0
Questão 7	Proporciona aos recém-nascidos experiências olfativas e gustativas positivas? (ou seja, através do método canguru; ou providenciando colo dos pais; exploração do gosto com recurso ao leite materno; colocação de materiais com o cheiro dos pais no microambiente do recém-nascido?)	0	1	2	11	0	0

		Nunca	Ocasionalmente	Às Vezes	Frequentemente	Sempre	Não sei
Questão 8	Ao mover um recém-nascido, efetua-o de forma lenta e fornecendo contenção? (por exemplo, ao transferir o bebé de um local para outro, o bebé é trazido para perto do enfermeiro e suportado)	0	0	1	8	5	0
Questão 9	A privacidade dos pais é respeitada e promovida? (por exemplo através do uso de cortinas/biombos ou a utilização de quartos individuais)	1	1	8	4	0	0
Questão 10	Quando os pais estão presentes, estes são estimulados a participar nos cuidados e a promover apoio ao recém-nascido durante procedimentos stressantes e dolorosos?	0	0	2	3	9	0
Questão 11	O ambiente onde se prestam os cuidados é esteticamente agradável, acolhedor e mostra um respeito pela dignidade humana? (por exemplo, há decoração nas paredes; há uma sensação de "calor", harmonia, bem-estar no espaço em que trabalha)	0	5	2	3	4	0
Questão 12	Existe Colaboração entre os profissionais, as tomadas de decisão são compartilhadas e a passagem de informação interprofissionais ocorre diariamente?	0	0	5	5	4	0
Questão 13	As rotinas dolorosas ou atividades stressantes para o recém-nascido são revistas, programadas e modificadas com base nas necessidades individuais de cada recém-nascido? (ou seja, os cuidados são concentrados e centrados no recém-nascido e família e não obedecem a rotinas e horários da Unidade)	0	0	0	11	3	0
Questão 14	Acordar o recém-nascido é ponderado quando não se pretende efetuar um cuidado emergente?	0	0	0	7	7	0
Questão 15	São providenciados cuidados de suporte, para o desenvolvimento e apropriados à idade gestacional do recém-nascido? (por exemplo: cuidados neuroprotectores do recém-nascido pré-termo)	0	6	3	4	1	0

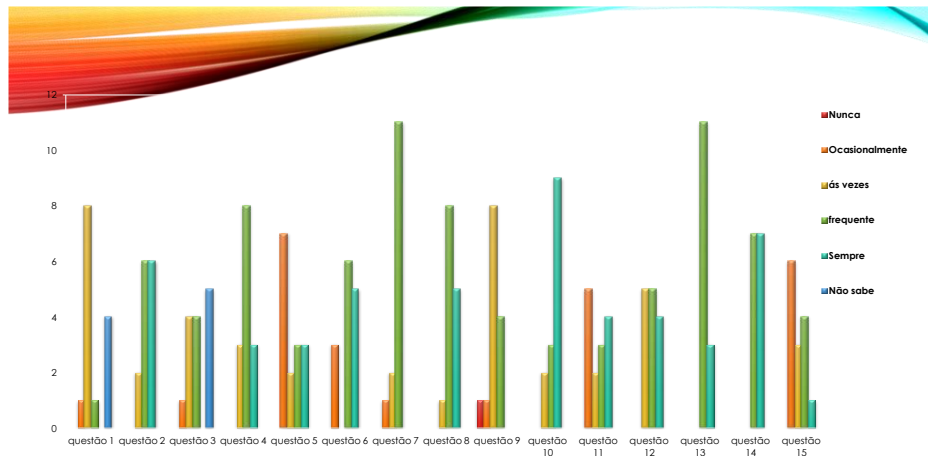


Gráfico 1 – Análise gráfica do número de respostas dadas ao questionário, de acordo com tipo de resposta.

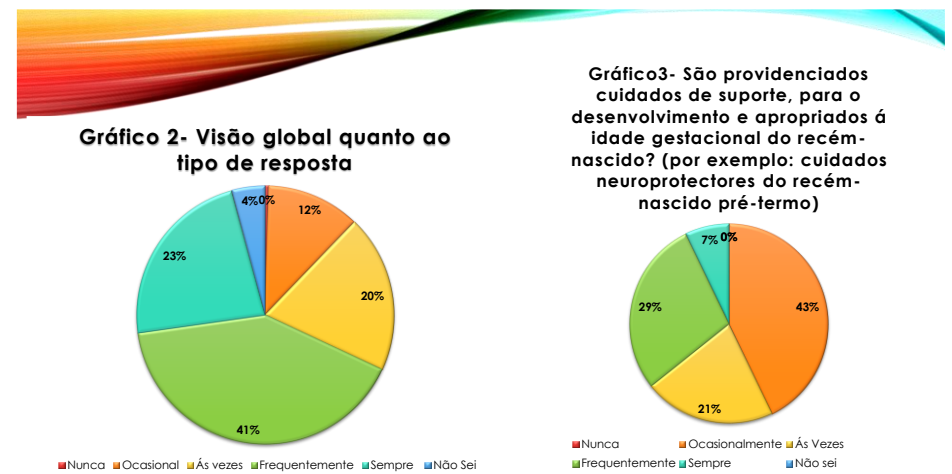
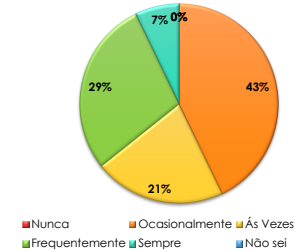


Gráfico3- São providenciados cuidados de suporte, para o desenvolvimento e apropriados à idade gestacional do recém-nascido? (por exemplo: cuidados neuroprotectores do recém-nascido pré-termo)



COMENTÁRIOS / OBSERVAÇÕES FEITAS ÀS QUESTÕES

Embora a maioria das respostas se tenham centrado no Frequentemente e Às vezes

A resposta à questão 15 (que engloba todas as outras) foi maioritariamente Ocasionalmente e Às vezes

Questão 1	"Preocupação em manter os níveis baixos mas sem conhecimento dos níveis de decibéis" "não há medições destes parâmetros"
Questão 3	"Difícil de avaliar parâmetros " ; "Não há avaliação destes parâmetros" ; "Não temos capacidade para avaliar estes parâmetros"
Questão 4	" Não sei se corresponde aos valores estipulados"
Questão 5	"Incubadoras tapadas" ;"Presença de Capas nas Incubadoras"
Questão 8	"Prevenção de infeções(...) uso de batas descartáveis"
Questão 9	"Sempre que possível"; " Não existem biombos nem cortinas (...) as mães não têm privacidade na prestação de cuidados"; "Melhorar poderia existir outra cortina na sala 2"; " Não é possível , de acordo com as condições do serviço..."

COMENTÁRIOS / OBSERVAÇÕES FEITAS ÀS QUESTÕES

Questão 10	"Nos procedimentos dolorosos os pais são convidados a sair para diminuir o stress dos pais"
Questão 11	"Melhorar a decoração das paredes"; " Por indicação superior todos os objetos decorativos foram retirados (sala de neonatologia)"; "Há respeito pela dignidade humana, embora as condições físicas do
Questão 11	"Melhorar a decoração das paredes"; " Por indicação superior todos os objetos decorativos foram retirados (sala de neonatologia)"; "Há respeito pela dignidade humana, embora as condições físicas do espaço pudessem ser melhoradas"
Questão 12 , 14	"Depende do profissional em Causa"; "Sobretudo dos médicos"
Questão 15	"Com matérias adaptados"; " Com adaptação de materiais"

ALGUMAS CONCLUSÕES DA ANÁLISE AO QUESTIONÁRIO

As respostas às questões relacionadas com o nível do ruído revelam que existe dúvidas sobre os níveis existente, que levam a necessidade de efetuar medições e que só às vezes os cuidados com o nível do ruído é respeitado.

As respostas às questões relacionadas com a luz e luminosidade revelam que existe dúvidas sobre a intensidade existente, apesar de haver uma preocupação com os ciclos de luz (dia/noite). Revelam também que a proteção dos olhos do RN á exposição direta da luz intensa precisa de ser melhorada.

A colaboração dos pais surge como pertinente mas as questões da privacidade que lhes é facultade precisa de ser melhorada .

COMENTÁRIOS / OBSERVAÇÕES FEITAS ÀS QUESTÕES

Questão 16	"Práticas de um ambiente seguro e neuroprotector do Recém-nascido(...)nunca foi debatido o nível seguro de luz ou som..."
Tendo em conta as questões abordadas anteriormente na área da promoção do desenvolvimento do recém-nascido de pré-termo, que tema gostaria ver trabalhado em formação em serviço?	"Nível de som/ruído e os níveis de luz" "Procedimentos stressantes (colheitas, entubação)" "Massagem de conforto" "Ambiente terapêutico em neonatologia" "Problemática do ruído na sala de incubadoras" "Controle da dor no recém-nascido" "Cuidados neuroprotectores do recém-nascido pré-termo" "Sensibilização para a promoção de um ambiente seguro (tendo em conta ruído, iluminação, conforto do bebé durante os procedimentos, controle da dor" "Prevenção avaliação e gestão da dor e stress" "Proteção do sono" "Níveis de luz, som, ruído" "Aspetos a melhorar no ambiente da sala de neonatologia" "Aspetos a melhorar nos cuidados ao recém-nascido que promovam a neuroprotecção"

ALGUMAS CONCLUSÕES DA ANÁLISE AO QUESTIONÁRIO

Gerir a exposição do recém-nascido aos odores nocivos é maioritariamente frequente mas existem respostas com ocasionalidade, necessitando assim de ser melhorada.

No geral o ambiente onde se presta os cuidados tem potencial para melhoria no que confere ao ambiente acolhedor, caloroso e promotor da dignidade humana.

Os cuidados de suporte ao desenvolvimento do recém-nascido de acordo com a sua idade gestacional necessitam de ser melhorados, havendo necessidade de equipamentos/materiais adaptados e adequados á respetiva idade gestacional.

Stressors identificados versus estratégias e medidas de melhoria

STRESSORS IDENTIFICADOS VERSUS ESTRATÉGIAS E MEDIDAS DE MELHORIA

O ambiente físico a privacidade e a segurança

Identificação dos stressors , a partir dos questionários e da observação/participação nos cuidados	Estratégias e medidas propostas para a melhoria dos cuidados ao Recém-nascido (RN) pré-termo
<ul style="list-style-type: none"> Falta de privacidade nos cuidados prestados pelos pais Ambiente físico/acolhedor a precisar de melhoria 	<ul style="list-style-type: none"> Colocação de cortinas individuais /separadoras na enfermaria de berços (solicitar ao serviço de Apoio e Instalações) Aquisição de um biombo para garantir a privacidade nos cuidados (ex. amamentação ou extração de leite pelas mães) Promover parcerias com outras instituições com vista a melhorar o ambiente físico (ex. pinturas decorativas nas paredes)

STRESSORS IDENTIFICADOS VERSUS ESTRATÉGIAS E MEDIDAS DE MELHORIA

Cheiro e Gosto

Identificação dos stressors , a partir dos questionários e da observação/participação nos cuidados	Estratégias e medidas propostas para a melhoria dos cuidados ao Recém-nascido (RN) pré-termo
<ul style="list-style-type: none"> Exposição do recém-nascido a odores nocivos : <ul style="list-style-type: none"> Desinfetante da pele com aerossóis /sprays e álcool usados no microambiente do RN. limpeza diária das incubadoras em uso utilizando desinfetantes em spray com cloro na composição. limpeza e desinfeção das incubadoras e outros equipamentos após uso dentro da sala de incubadoras. 	<ul style="list-style-type: none"> Introdução para desinfeção da pele da solução (Octiset®) embebida em compressas.(Ficha de produto e segurança disponível) Propor a limpeza diária das incubadoras utilizando toalhetes desinfetantes (Clinell®) (Ficha de produto e segurança disponível) Propor a Limpeza das incubadoras e equipamentos fora da sala de incubadoras (retirar a incubadora e equipamentos para sala de trabalho e desmontar e limpar nesse local)

STRESSORS IDENTIFICADOS VERSUS ESTRATÉGIAS E MEDIDAS DE MELHORIA

Manipulação e propriocepção

Identificação dos stressors , a partir dos questionários e da observação/participação nos cuidados	Estratégias e medidas propostas para a melhoria dos cuidados ao Recém-nascido (RN) pré-termo
<ul style="list-style-type: none"> Falta de materiais para promover corretos posicionamentos e contenção do RN de acordo com a idade gestacional Falhas nos cuidados concentrados com outros profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> Propor ao Concelho de Administração a aquisição de novos materiais. <ul style="list-style-type: none"> Rolos de posicionamento "Ninhos" Utilização da técnica de contenção do RN sempre que necessário (ex.: procedimentos invasivos e dolorosos; choro) Promover a concentração dos cuidados e a manipulação mínima /negociação com outros profissionais (ex. médicos)

STRESSORS IDENTIFICADOS VERSUS ESTRATÉGIAS E MEDIDAS DE MELHORIA

Ruído (1)	
Identificação dos stressors , a partir dos questionários e da observação/participação nos cuidados	Estratégias e medidas propostas para a melhoria dos cuidados ao Recém-nascido (RN) pré-termo
<ul style="list-style-type: none"> Desconhecimento dos níveis de ruído existente no serviço /sala de incubadoras e quartos. Conversações sem controle dos profissionais junto do microambiente do RN. Níveis de alarmes dos monitores e outros equipamentos no máximo /não resposta ao alarme prontamente. 	<ul style="list-style-type: none"> Medição dos níveis de ruído existente , para correção dos erros encontrados (Tabela do Ruído), (ideal < a 45dB e nunca superior a 60dB) levando a: <ul style="list-style-type: none"> Diminuição das conversações entre profissionais feitas perto do microambiente do RN. Redução do volume dos alarmes. Responder prontamente aos alarmes dos equipamentos.

STRESSORS IDENTIFICADOS VERSUS ESTRATÉGIAS E MEDIDAS DE MELHORIA

Ruído (2)	
Identificação dos stressors , a partir dos questionários e da observação/participação nos cuidados	Estratégias e medidas propostas para a melhoria dos cuidados ao Recém-nascido (RN) pré-termo
<ul style="list-style-type: none"> Uso de equipamentos eletrónicos com som como telemóveis junto ao microambiente do RN. Utilização das incubadoras (abertura de portas, colocação de objetos em cima) de forma descuidada. Limpeza e desmontagem de equipamento junto ao microambiente do RN. 	<ul style="list-style-type: none"> Interdição do uso de telemóveis com som perto do microambiente do RN. Não colocar objetos em cima das incubadoras , utilização das mesmas de forma a reduzir o ruído (ex.: abertura e fecho das portas de forma suave). Desmontagem e limpeza de equipamentos fora da Sala de Incubadoras .

MONITORIZAÇÃO RUIDO/SONS

Sala incubadoras	Incubadoras		Alarmes equipamentos		
Sala sem ruídos adversos	43db	Vazia	45db	Monitores vol. 6	75db
Limpeza do chão	55db	Bater na incubadora	72 a 82db	Monitores vol. 3	70db
Conversações (2pessoas)	70db	Bater com as portas	80db	Seringas infusoras	88db
Choro de bebé em berço	80db	Choro de bebé	50 a 80db		
		Alarmes exteriores	59db		

Tabela do ruído: exemplos medidos

STRESSORS IDENTIFICADOS VERSUS ESTRATÉGIAS E MEDIDAS DE MELHORIA

Luz e luminosidade (1)	
Identificação dos stressors , a partir dos questionários e da observação/participação nos cuidados	Estratégias e medidas propostas para a melhoria dos cuidados ao Recém-nascido (RN) pré-termo
<ul style="list-style-type: none"> Desconhecimento dos níveis de luminosidade existente no serviço/ sala de incubadoras e quartos. A iluminação da sala de incubadoras é feita por iluminação geral direta proveniente do teto (lux?). Iluminação de parede junto ao microambiente do RN /incubadoras (lux?) que incide sobre as incubadoras . 	<ul style="list-style-type: none"> Medição dos níveis de luminosidade existente , para correção dos erros encontrados (tabela da luminosidade), (ideal será: ciclo diurno entre 250 e 500 lux e noturno 10 e 20lux) levando a: <ul style="list-style-type: none"> A intensidade luminosa não deve ultrapassar a necessária para executar com segurança os cuidados necessários. Colocar um reóstato (solicitar ao Serviço de instalações e equipamentos) que permita adequar a intensidade da luz proveniente da iluminação do teto e se possível na iluminação de parede no período noturno.

STRESSORS IDENTIFICADOS VERSUS ESTRATÉGIAS E MEDIDAS DE MELHORIA

Luz e luminosidade (2)

Identificação dos stressors , a partir dos questionários e da observação/participação nos cuidados	Estratégias e medidas propostas para a melhoria dos cuidados ao Recém-nascido (RN) pré-termo
<ul style="list-style-type: none"> •2 Janelas de grande dimensões na sala de incubadoras que permanecem quase sempre sem os estores corridos. •Exposição direta do sol sobre os equipamentos /incubadoras . •Na prestação de cuidados não há na maioria das vezes proteção dos olhos do RN à exposição da luz direta. 	<ul style="list-style-type: none"> •Utilização dos estores das janelas de forma a reduzir a exposição direta do sol. •Promover a proteção ocular do RN durante a execução de procedimentos e exposição a maior intensidade de iluminação. •Privilegiar a utilização de fontes de iluminação individuais (focos com estrutura articulada com dispersão inferior a 2%) , usar os dois existentes no serviço que passaram a estar na Sala de Incubadoras prontos a usar.

STRESSORS IDENTIFICADOS VERSUS ESTRATÉGIAS E MEDIDAS DE MELHORIA

Luz e luminosidade (3)

Identificação dos stressors , a partir dos questionários e da observação/participação nos cuidados	Estratégias e medidas propostas para a melhoria dos cuidados ao Recém-nascido (RN) pré-termo
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de coberturas para as incubadoras (todas têm o mesmo nível de opacidade) , desaparecimento durante o percurso para lavagem . 	<ul style="list-style-type: none"> •Utilização de coberturas nas incubadoras (aquisição de novas coberturas e estabelecer um percurso de lavagem que diminua a sua perda e desaparecimento (contactar a empresa responsável) • Estabelecer parcerias com IPSS que possam colaborar na sua produção e elaboração (ex.: Lares da terceira idade; Universidade sénior). • Promover a existência de coberturas com diferentes níveis de opacidade.

MONITORIZAÇÃO LUZ/LUMINOSIDADE

	Período Diurno	Período noturno	
Sala luz natural (sem sol)	54 a 83 lux		
Sala /iluminação teto	185 a 350 lux	185 a 350 lux	
Cadeirões /janela (sem sol)	1600 lux		
Zona de berços	Com luz teto	185 a 350 lux	198 lux
	Sem luz teto	54 a 83 lux	
Incubadoras	Com luz teto	120 a 250 lux	36 a 100 lux
	Com luz teto e parede	180 a 380 lux	130 a 188 lux
	Com luz parede		130 a 240 lux
	Com cobertura	22 a 74 lux	10 lux
Bancadas	Com luz teto	300 lux	102 lux
	Com luz teto e parede	340 lux	102 a 190 lux

Tabela da luminosidade: exemplos medidos

Momento para discussão em Equipa

CONCLUSÃO

A partir do trabalho apresentado, das respostas aos questionários e sua análise e da discussão final entre os elementos da equipa da Unidade, das estratégias e medidas apresentadas que permitam reduzir os stressors identificados, será proposta uma IT (instrução de trabalho) que promova o desenvolvimento do recém-nascido de pré-termo, aferindo cuidados e estabelecendo medidas promotoras de um ambiente seguro e neuroprotector .

- Será apresentada dia 5 de Fevereiro na Reunião de Serviço já marcada

Obrigado pela Atenção

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier, L., White, R.D. (2013). The neonatal intensive care unit (NICU) environment. In C. Kenner & J.W. Lott, *Comprehensive neonatal nursing care*. (5ª edição): 721-737. Nova York: Springer Publishing Company
- Altimier, L., Phillips, R. M. (2013). The neonatal integrative developmental care model: seven neuroprotective care measures for family-centered developmental care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 13: 9-22
- Bliss (2011). The Bliss baby charter standards. *Bliss Organization, UK*
- Chatziannidis, L., Mitsiakos, G., Vouzas, F. (2017). Focusing on patient safety in the neonatal intensive care unit environment. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*. 6(1): e060132. Doi: 10.7363/060132
- Coughlin, M.E. (2017). *Trauma-informed care in the NICU*. Nova York: Springer Publishing Company
- Instituto Nacional de Estatística. (2019). *Estatísticas demográficas 2018*. Lisboa: INE. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=348174760&PUBLICACOES_modo=2
- OECD Indicators. (2019). *Health at a Glance 2019*. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en
- Reid, T., Feer, Y. (2010). Developmentality focus nursing care. In G. Boxwell (Ed.), *Neonatal Intensive care*. 16-39. USA: Routledge.
- Robinson, K. P., Lane, S. J., Korostenski, L., Lane, A. E. (2017). The impact of the neonatal intensive care unit on sensory and developmental outcomes in infants born preterm: a scoping review. *British Journal of Occupational Therapy*. 80(8): 459-469
- Tamez, R. (2017). *Enfermagem na UTI neonatal. Assistência ao recém-nascido de alto risco*. 6ª edição. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro
- WHO (2018) – Preterm birth. Consultado em 15 de julho de 2019, disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

3. Avaliação da formação

A formação foi avaliada pelos enfermeiros com recurso a formulário em uso na instituição (apêndice 1). Este questionário respondido por 100% dos enfermeiros presentes, divide-se em duas partes, a primeira referente à formação e seus conteúdos e a segunda referente à atuação do formador. A maioria das respostas para a formação e conteúdos centrou-se na avaliação entre 5 e 6 de uma escala de 1 (nunca) até 6 (sempre) o que demonstra uma importância relevante atribuída pelos enfermeiros em questão à formação realizada. Sobre a atuação do formador a maioria das respostas situa-se na avaliação 6.

Referências Bibliográficas

Altimier, L., White, R.D. (2013). The neonatal intensive care unit (NICU) environment. In C. Kenner & J.W. Lott, *Comprehensive neonatal nursing care*. (5ª edição): 721-737. Nova York: Springer Publishing Company

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

Bliss (2011). The Bliss baby charter standards. *Bliss Organization, UK*

Chatziioannidis, L., Mitsiakos, G., Vouzas, F. (2017). Focusing on patient safety in the neonatal intensive care unit environment. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*. 6(1): e060132. Doi: 10.7363/060132

Coughlin, M.E. (2017). *Trauma-informed care in the NICU*. Nova York: Springer Publishing Company

Instituto Nacional de Estatística (INE), (2019). *Estatísticas demográficas 2018*. Lisboa: INE. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=348174760&PUBLICACOESmodo=2

OECD Indicators, (2019). *Health at a glance 2019*. Disponível em: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en

Reid, T., Feer, Y. (2010). Developmentality focus nursing care. In G. Boxwell (Ed.). *Neonatal Intensive care*. 16-39. USA: Routledge.

Roxo, A. L. (2018). Relatório anual da qualidade. Pediatria – Unidade de Cuidados Neonatais. Centro Hospitalar do Médio Tejo, Abrantes, Portugal.

Roxo, A. L. (2019). Relatório anual da qualidade. Pediatria – Unidade de Cuidados Neonatais. Centro Hospitalar do Médio Tejo, Abrantes, Portugal.

Robinson, K. P., Lane, S. J., Korostenski, L., Lane, A. E. (2017). The impact of the neonatal intensive care unit on sensory and developmental outcomes in infants born preterm: a scoping review. *British Journal of Occupational Therapy*. 80(8): 459-469

Santos, V., Silva, E., Clemente, F., Sampaio, I., Lapa, P. (2018). “A luz e o desenvolvimento visual do RN prematuro”. Consenso Clínico. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Neonatologia

Tamez, R. (2017). Enfermagem na UTI neonatal. Assistência ao recém-nascido de alto risco. 6ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

WHO (2018) – Preterm birth. Consultado em 15 de julho de 2019, disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO – Inquérito ao Formando

Curso / Acção n.º	
Data	
Nº Mec./Nome (Facultativo)	
Função (Facultativo)	

A SUA OPINIÃO É UM CONTRIBUTO IMPORTANTE PARA A MELHORIA DA FORMAÇÃO.

ASSINALE A SUA RESPOSTA NUMA ESCALA DE ① (NUNCA) A ⑥ (SEMPRE)

- | | |
|---|-------------|
| 1. Os objectivos definidos para a Acção foram alcançados? | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ |
| 2. Os temas tratados na Acção adequam-se à sua função? | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ |
| 3. Pensa aplicar os conhecimentos adquiridos na sua função? | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ |
| 4. A documentação distribuída revela utilidade? | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ |
| 5. As condições de trabalho foram as adequadas? | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ |
| 6. A duração da Acção foi a adequada? | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ |

7. Actuação do(s) Formador(es)

Domínio do tema (Nível de conhecimentos possuídos)	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
Clareza e dinamismo na exposição (Linguagem acessível)	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
Cumprimento de horários	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
Dinamização do grupo e acompanhamento individual	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥
Utilização dos Recursos / Equipamentos Didácticos	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥	① ② ③ ④ ⑤ ⑥

8. Sugestões de melhoria

**Apêndice 1- Questionário aplicado à Equipe de Enfermagem da
UCN**

No âmbito do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, desenvolvo o meu Projeto de formação cujo tema é: “A Promoção do ambiente seguro do recém-nascido pré-termo, Intervenção especializada de enfermagem nos cuidados não traumáticos”. Venho deste modo pedir a sua colaboração como enfermeiro da Unidade de Cuidados Neonatais do [REDACTED] respondendo de forma anónima ao questionário apresentado a seguir. Este questionário tem como objetivo; Identificar a perceção que os enfermeiros detêm sobre práticas promotoras de um ambiente seguro e neuroprotector do recém-nascido pré-termo na Unidade, e assim identificar necessidades de formação no âmbito da promoção dos cuidados de desenvolvimento ao recém-nascido pré-termo. Os resultados serão apresentados a toda a equipa posteriormente.

Muito Obrigado pela Sua colaboração,
Enfermeiro Nuno Miguel Jacob Branco

Questionário

Indique com um (X) a frequência com que na sua Unidade se responde às questões apresentadas.						
1- Os níveis de som/ruído na área dos cuidados ao recém-nascido são mantidos dentro da faixa recomendada? (<45 decibéis = som de uma biblioteca)	Nunca	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	Não sei
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Comentários / Observações:					

2- Responde prontamente aos alarmes sonoros ou ao choro do recém-nascido, independentemente e do recém-nascido lhe estar atribuído?	Nunca	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	Não sei
	Comentários / Observações:					
3- Os níveis de luz, são mantidos dentro da faixa recomendada? (luz de 1 a 60 Velas ou não mais brilhante que a sua Sala de estar. Ciclo diurno 250 a 500lux, ciclo noturno 10 a 20 lux)	Nunca	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	Não sei
	Comentários / observações:					
4- Proporciona ciclos de iluminação? (a iluminação durante a noite é menor e de dia a iluminação é maior, dentro do recomendado: Ciclo diurno 250 a 500lux, ciclo noturno 10 a 20 lux)	Nunca	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	Não sei
	Comentários / Observações:					
5- Protege os olhos do recém-nascido da luz direta ao prestar cuidados? (mesmo os que não estão em fototerapia)	Nunca	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	Não sei
	Comentários / Observações:					

6- Gere a exposição do recém-nascido a odores nocivos? (ex: a abertura de desinfectantes para a pele ou a limpeza de equipamentos com desinfectantes é feita fora do microambiente do recém-nascido?)	Nunca	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	Não sei
	Comentários / Observações:					
7-Proporciona aos recém-nascidos experiências olfativas e gustativas positivas? (ou seja, através do método canguru; ou providenciando colo dos pais; exploração do gosto com recurso ao leite materno; colocação de materiais com o cheiro dos pais no microambiente do recém-nascido?)	Nunca	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	Não sei
	Comentários / Observações:					
8- Ao mover um recém-nascido, efetua-o de forma lenta e fornecendo contenção? (por exemplo, ao transferir o bebé de um local para outro, o bebé é trazido para perto do enfermeiro e suportado)	Nunca	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	Não sei
	Comentários / Observações:					

9- A privacidade dos pais é respeitada e promovida? (por exemplo através do uso de cortinas/biombos ou a utilização de quartos individuais)	Nunca	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	Não sei
	Comentários / Observações:					
10- Quando os pais estão presentes, estes são estimulados a participar nos cuidados e a promover apoio ao recém-nascido durante procedimentos stressantes e dolorosos?	Nunca	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	Não sei
	Comentários / Observações:					
11- O ambiente onde se prestam os cuidados é esteticamente agradável, acolhedor e mostra um respeito pela dignidade humana? (por exemplo, há decoração nas paredes; há uma sensação de “calor “, harmonia, bem-estar no espaço em que trabalha)	Nunca	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	Não sei
	Comentários / Observações:					

12-Existe Colaboração entre os profissionais, as tomadas de decisão são compartilhadas e a passagem de informação interprofissionais ocorre diariamente?	Nunca	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	Não sei
	Comentários / Observações:					
13- As rotinas dolorosas ou atividades stressantes para o recém-nascido são revistas, programadas e modificadas com base nas necessidades individuais de cada recém-nascido? (ou seja, os cuidados são concentrados e centrados no recém-nascido e família e não obedecem a rotinas e horários da Unidade)	Nunca	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	Não sei
	Comentários / Observações:					
14- Acordar o recém-nascido é ponderado quando não se pretende efetuar um cuidado emergente?	Nunca	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	Não sei
	Comentários:					

15-São providenciados cuidados de suporte, para o desenvolvimento e apropriados á idade gestacional do recém-nascido? (por exemplo: cuidados neuroprotetores do recém-nascido pré-termo)	Nunca	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Sempre	Não sei
	Comentários / Observações:					
16- Tendo em conta as questões abordadas anteriormente na área da promoção do desenvolvimento do recém-nascido de pré-termo, que tema gostaria ver trabalhado em formação em serviço						

Obrigado pela colaboração,

Abrantes, 20 de janeiro de 2020

Apêndice 2- Autorização para aplicar questionário na UCN

Assunto: Pedido de autorização

Ex.ma Sra. Enfermeira Chefe [REDACTED]

Eu, Nuno Miguel Jacob Branco, enfermeiro a frequentar o 10º Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, venho por este meio solicitar a sua autorização na qualidade de Enf^a Chefe do Serviço da Mulher e da Criança – Ginecologia/Obstetrícia e Unidade de Cuidados Neonatais, para a aplicação de um questionário à equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Neonatais no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório. O questionário tem como objetivo; a identificação da perceção que os enfermeiros detêm sobre práticas promotoras de um ambiente seguro e neuroprotector do recém-nascido pré-termo, e assim identificar necessidades de formação no âmbito da promoção dos cuidados de desenvolvimento do recém-nascido pré-termo.

Os dados recolhidos serão utilizados única e exclusivamente para a elaboração de sessões de formação a desenvolver em serviço.

Desde já agradeço a disponibilidade,

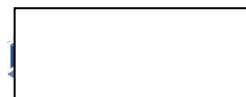
(Enf^o Nuno Branco)

Solicita-se o consentimento da Sr^a. Enf^a Chefe, através de assinatura,

(Assinatura)

Abrantes, ____ de janeiro de 2020

Apêndice 12- Instrução de Trabalho para a UCN - Promoção do ambiente seguro do RNPT



INSTRUÇÃO DE TRABALHO

PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

1. Objetivo

Definir um conjunto de medidas e estratégias a adotar de forma a permitir a uniformização dos cuidados, para a promoção do ambiente seguro e neuroprotector do recém-nascido pré-termo e o seu desenvolvimento saudável.

2. Âmbito

Aplica-se à Pediatria-Unidade de Cuidados Neonatais do CHMT

3. Definições

3.1. Siglas

CHMT: Centro Hospitalar do Médio Tejo

db: Decibel (Unidade de medida do som)

lx: Lux (unidade de medida de iluminância)

OMS: organização mundial de saúde

RN: recém-nascido

RNPT: recém-nascido pré-termo

PUCN: Pediatria-Unidade de Cuidados Neonatais

3.2. Fundamentação

É **missão** da PUCN do [REDACTED] “Assegurar cuidados de saúde diferenciados, garantindo a qualidade sempre numa perspetiva de melhoria contínua, promovendo a satisfação e o bem-estar dos RN e famílias (...)”.

Os Cuidados Centrados no desenvolvimento, baseiam-se na premissa que a interação do RNPT com o meio envolvente constitui uma experiência sensorial podendo ter consequências negativas ou positivas no desenvolvimento do sistema nervoso central.

O internamento na PUCN de um RNPT representa um trauma de vida precoce, que pode provocar stress com condicionantes futuros no neurodesenvolvimento.

Proporcionar um ambiente seguro e adequado ao desenvolvimento do RN pré-termo que minimize os efeitos negativos da hiperestimulação, são aspetos que devem estar inerentes aos cuidados de toda a equipa de saúde que presta cuidados ao RNPT.



INSTRUÇÃO DE TRABALHO

PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

Segundo a OMS o RNPT é todo aquele que nasce com gestação inferior a 37 semanas.

4. Descrição

4.1. Responsável pela execução

Enfermeiro/Médico/Assistente Operacional responsáveis pelos cuidados ao RNPT.

4.2. Orientações quanto à execução

4.2.1. Otimizar o ambiente físico, a privacidade e a segurança dos cuidados ao RNPT e família

- a) Garantir um ambiente estético que reflita o respeito pela dignidade humana.
- b) Promover a privacidade que permita a presença da família e a sua participação nos cuidados:
 - a. Utilização de Biombo.
 - b. Utilização de cortinas individualizadoras da unidade do RN e família.
 - c. Utilização dos Quartos individuais nos internamentos prolongados.

4.2.2. Otimizar experiências positivas relativas ao cheiro e gosto do RNPT

- a) Promover experiências olfativas e gustativas positivas e o contacto “Skin-to-skin” método canguru.
 - a. Estimular o olfato com compressa embebida em Leite materno
 - b. Estimular o gosto com gotas de Leite Materno.
 - c. Colocação de fralda de tecido que tenha estado em contacto com a pele da mãe junto do RNPT.
 - d. Providenciar método canguru sempre que possível
- b) Limpeza regular das incubadoras, prevenindo odores provenientes de sujidades (limpeza diária e mudança semanal do RNPT de incubadora). Evitar a utilização de odores tóxicos, como desinfetantes e produtos de limpeza com cloro ou álcool, no microambiente do recém-nascido.
 - a. Privilegiar o uso de compressas embebidas em antisséptico aquoso (dicloridrato de octenidina e fenoxietanol é a única substância ativa com potencial para ser utilizada com segurança em RNPT) para desinfeção de pele.

INSTRUÇÃO DE TRABALHO

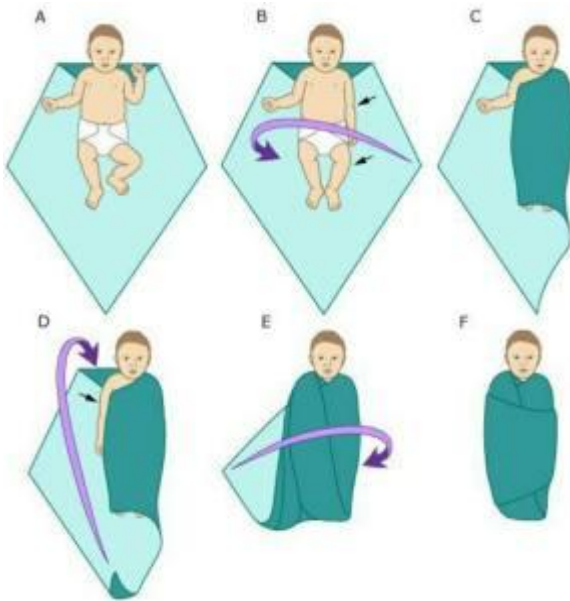
PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

- b. Limpeza diária da incubadora ocupada com toalhetes de limpeza adequados sem álcool e sem cloro, de base aquosa, disponíveis para o efeito.

- c. Limpeza da Incubadora vazia com recurso a produtos de limpeza com cloro fora da Sala de incubadoras. (com exceção das consideradas colonizadas/Infetadas por MRSA que devem ser limpas na unidade do RNPT em isolamento).

4.2.3. Otimizar a manipulação e a propriocepção do RNPT

- a) Manipular, com movimentos contidos e suaves.
- b) Mobilizar de forma aninhada e suportada. Colaboração dos pais sempre que possível.
- c) Posicionar de forma a promover a sua autorregulação.
- d) Executar uma manipulação mínima, concentrando os cuidados. Não interromper o sono para cuidados não emergentes.
- e) Utilizar métodos de contenção e alternância de posicionamentos.
 - a. Utilização de materiais adaptados como “ninhos” e rolos de posicionamento
 - b. Utilização de métodos de contenção (para autorregulação do RNPT e em procedimentos invasivos). Exemplo de método de contenção:



4.2.4. Otimizar a temperatura e toque do RNPT

- a) Monitorização da temperatura de forma contínua sempre que possível:



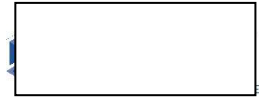
INSTRUÇÃO DE TRABALHO

PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

- a. Manter temperatura do ambiente entre 22º e 25º e humidade entre 30% e 60%
 - b. Temperatura do Recém-nascido entre 36,5 e 37, 5º.
-
- b) Promover experiências de “pele com pele” (método canguru) ou outras experiências positivas de toque entre os pais e o recém-nascido. Providenciar colo.
 - c) Providenciar sucção não nutritiva.
 - d) Privilegiar utilização de fibras naturais e suaves no contacto com a pele do recém-nascido.
 - e) Aquecer as mãos antes de tocar no RNPT

4.2.5. Otimizar o nível do ruído no microambiente do RNPT

- a) Manter o ruído num nível igual ou inferior a 45 dB, e não mais de 65dB (utilização do Sonómetro para aferir níveis).
- b) Promover a interação verbal entre pais-filhos (falar para o RNPT de forma suave e calma), respeitando períodos de repouso e sono.
- c) Atender ao choro do RN rapidamente para que não se desorganize.
- d) Evitar conversas desnecessárias junto do microambiente do RNPT ou falar de forma tranquila e em tom baixo.
- e) Interditar o uso de telemóveis ou outros equipamentos com som junto ao microambiente do RNPT. Controlar o volume das televisões existentes nos quartos.
- f) Responder prontamente aos alarmes sonoros dos equipamentos.
- g) Reduzir o nível dos alarmes dos monitores e outros equipamentos para o nível mais baixo / suspender ou desligá-los sempre que possível.
- h) Desligar os Bip dos monitores.
- i) Não colocar equipamentos (bombas infusoras, etc.) dentro ou em cima das incubadoras
- j) Manipular as incubadoras de forma a promover a ausência de ruído (abertura das portas cuidadosa; evitar bater nas paredes das mesmas).
- k) Desmontagem, para limpeza, das incubadoras fora da Sala de Incubadoras.
- l) Remoção de sacos de lixo fora da sala de incubadoras (deslocar os carros de lixo para o exterior da sala)
- m) Manter a porta da sala de incubadoras sempre que possível fechada.



INSTRUÇÃO DE TRABALHO

PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

4.2.6. Otimizar a luz e o nível de luminosidade no microambiente do RNPT

- a) A intensidade luminosa não deve ultrapassar a necessária para executar com segurança os cuidados necessários.
- b) Manter níveis de luminosidade entre os 10lx e os 600lx, (utilização de Luxómetro para esclarecer dúvidas de níveis).
- c) Promover a existência de reguladores de intensidade de luz (interruptor/regulador).
- d) Promover ciclos de iluminação (dia – 250 /500lx/noite -10/20lx), promover o sono.
- e) Proteger a exposição direta dos olhos do recém-nascido à luz intensa (utilização de coberturas nas incubadoras que devem ser adaptadas à idade gestacional e ao estímulo que o RN deve ser sujeito. Após as 32 semanas de gestação a cobertura deve ser aliviada progressivamente).
- f) Privilegiar nos cuidados o uso dos focos de luz individual, evitando os olhos do RNPT (proteger se necessário).
- g) Colocar os RNPT com menos de 32 semanas de gestação longe de janelas que recebem luz solar direta.
- h) Recorrer aos estores para diminuir a exposição da sala e das incubadoras à luz solar direta.
- i) Diminuir a intensidade da luz para promover a abertura dos olhos do RNPT, quando estiver desperto, (promover a interação com os pais).

4.3. Estimulação sensorial positiva

4.3.1. Oferecer um estímulo sensorial de cada vez (estímulo: olfativo, gustativo, visual, auditivo ou vestibular) de forma a evitar a sobrecarga sensorial.



INSTRUÇÃO DE TRABALHO

PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

5. Bibliografia e documentos consultados

- Altimier, L., White, R.D. (2013). The neonatal intensive care unit (NICU) environment. In C. Kenner & J.W. Lott, *Comprehensive neonatal nursing care*. (5ª edição): 721-737. Nova York: Springer Publishing Company
- Altimier, L., Phillips, R. M. (2013). The neonatal integrative developmental care model: seven neuroprotectives core measures for family-centered developmental care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 13: 9-22
- Bliss (2011). The Bliss baby charter standards. *Bliss Organization, UK*
- Chatziioannidis, L., Mitsiakos, G., Vouzas, F. (2017). Focusing on patient safety in the neonatal intensive care unit environment. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*. 6(1): e060132. Doi: 10.7363/060132
- Coughlin, M.E. (2017). *Trauma-informed care in the NICU*. Nova York: Springer Publishing Company
- Reid, T., Feer, Y. (2010). Developmentality focus nursing care. In G. Boxwell (Ed.). *Neonatal Intensive care*. 16-39. USA: Routledge.
- Robinson, K. P., Lane, S. J., Korostenski, L., Lane, A. E. (2017). The impact of the neonatal intensive care unit on sensory and developmental outcomes ins infants born preterm: a scoping review. *British Journal of Occupational Therapy*. 80(8): 459-469
- Santos, V., et al. (2018). A luz e o desenvolvimento visual do RN prematuro. *Consenso Clínico*. Sociedade Portuguesa de Neonatologia. Lisboa.
- Santos, V., et al. (2018a). O som na Unidade de neonatologia. *Consenso Clínico*. Sociedade Portuguesa de Neonatologia. Lisboa.
- Tamez, R. (2017). *Enfermagem na UTI neonatal. Assistência ao recém-nascido de alto risco*. 6ª edição. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro
- WHO (2018) – Preterm birth. Consultado em 29 de janeiro de 2020, disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>

Fichas de Produtos

Octiset (dicloridrato de octenidina e fenoxietanol) – ficha de produto e de segurança

CLINELL, Universal Sanitsing Wipes – ficha de produto e de segurança

**Apêndice 13- Sessão de formação para assistentes operacionais -
A promoção do ambiente seguro do RNPT. Participação da equipa
de assistentes operacionais**



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

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

Sessão de Formação

**A promoção do ambiente seguro do RNPT. Participação da equipa de
assistentes operacionais**

Formandos: Assistentes operacionais da Unidade de Cuidados Neonatais

Formador: Enf.º Nuno Branco

Supervisão Clínica: [REDACTED]

Professora Orientadora: Profª. Doutora Maria Teresa Magão

Data: 6/02/2020

Hora: 14h30- 15h

Local: sala de atividades da Unidade

ÍNDICE

Plano de sessão de formação	3
1- Fundamentação	4
2- Apresentação da formação	6
3- Avaliação da formação	10
Referências bibliográficas	

Plano de Sessão de Formação	
Tema	A Promoção do ambiente seguro do RNPT. Participação da equipa de assistentes operacionais
Formador	Nuno Branco
Destinatários	Assistentes Operacionais da Unidade de Cuidados Neonatais
Duração	30 Minutos
Local	Sala de atividades da Unidade
Data	06/02/2020

Objetivos	Conteúdos	Metodologia	Recursos Didáticos	Avaliação
<p>Uniformizar procedimentos e cuidados ao recém-nascido pré-termo</p> <p>Promover Ambiente seguro e neuroprotector do recém-nascido pré-termo na UCN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A pertinência do tema • Competências dos Assistentes Operacionais (breve resumo) • Estratégias e medidas a adotar promotoras de um ambiente seguro do recém-nascido pré-termo na Unidade • Apresentação da Instrução de trabalho “Promoção do ambiente seguro do RNPT” • Discussão das estratégias e medidas a promover e implementar 	<p>Expositiva e participativa</p>	<p>Computador e Projetor</p>	<p>Preenchimento de questionário sobre a formação apresentada</p>

1. Fundamentação

O recém-nascido ao nascer pré-termo deixa de ter a proteção que o útero lhe garantia, onde o ambiente intra-uterino lhe proporcionava os estímulos sensoriais positivos necessários para o desenvolvimento normal do seu cérebro e que ocorriam numa determinada sequência. Este desenvolvimento cerebral do feto passa por várias fases e ao nascer pré-termo estas fases importantes do seu desenvolvimento e organização, ficam comprometidas (Altimier & White, 2013; Tamez, 2017). O cérebro do recém-nascido pré-termo, dependendo da idade gestacional, vai ser altamente influenciável pelos estímulos sensoriais extrínsecos a que passa a estar sujeito, como os que provêm do ambiente envolvente, pressupondo-se assim que o estímulo sensorial desajustado possa alterar o seu desenvolvimento normal, tanto por excesso como por falta de estímulos, podendo assim causar danos permanentes.

O internamento numa unidade de cuidados neonatais de um recém-nascido, irá afetar esse desenvolvimento sensorial, afetando o seu desenvolvimento comportamental e perceptual (Tamez, 2017). Estas unidades pelas suas características e toda a tecnologia que as envolvem tornam-se fontes de diversos estímulos considerados stressantes, como ruídos nocivos ou luzes demasiado intensas e procedimentos muitas vezes dolorosos assim como manipulações, estes ambientes sendo híper estimulante criam uma sobrecarga sensorial nos recém-nascidos pré-termo (Reid & Freer, 2010). Um Ambiente seguro onde se desenvolvem os cuidados prestados ao recém-nascido pré-termo (RNPT) resulta das medidas apropriadas estabelecidas tendo em conta o ambiente físico, o ambiente sensorial e outras dimensões especiais e estéticas. A combinação destes atributos demonstra um respeito pela dignidade humana, apoiam o impacto sócio emocional através da presença contínua da família e fornecem neuroproteção para o desenvolvimento dos sistemas somatossensoriais e interoceptivos do recém-nascido (Coughlin, 2017). É por isso importante a promoção de um ambiente seguro, onde o RNPT possa se desenvolver, onde o impacto provocado pelos fatores envolventes resultantes da sua prematuridade e do internamento numa Unidade de Cuidados neonatais possam ser atenuados e minorados. Se as necessidades em termos de um ambiente seguro e neuroprotetor não forem respeitadas, podem tornar-se fatores de stresse para o RNPT, tornando-se assim nocivos para o seu desenvolvimento. A influência do ambiente sensorial sobre os recém-nascidos prematuros pode ter influencia a curto e longo prazo no seu desenvolvimento (Robinson, et al. 2017).

Os cuidados aos recém-nascidos pré-termo numa unidade de cuidados neonatais (UCN) devem ser prestados numa cultura de segurança e não traumáticos, onde o enfoque no seu desenvolvimento não seja esquecido devendo ser uma prioridade, para as instituições que prestam cuidados nesta área, políticas que sejam promotoras de cuidados seguros, identificando erros de modo a corrigi-los e a evitar que voltem a ocorrer (Chatziioannidis, Mitsiakos & Vouzas, 2017).

Os assistentes operacionais constituem um elo importante nos cuidados prestados pela equipa de saúde ao recém-nascido pré-termo sendo por isso fundamental a sua colaboração, uniformizando procedimentos e melhorando os cuidados prestados, numa perspetiva de melhoria contínua dos cuidados. Na preparação desta formação em discussão com a EEESIP orientadora, revelou-se pertinente reforçar a importância da participação dos assistentes operacionais nos cuidados, reforçando as suas competências. Faz parte das competências dos assistentes Operacionais, entre outras, a realização e orientação para resultados demonstrando capacidade para concretizar com eficiência os objetivos do serviço e as tarefas que lhe são solicitadas. Desenvolver trabalho de equipa e cooperação com capacidade para se integrar em equipas de trabalho e cooperar com outros de forma ativa, demonstrando adaptação e melhoria contínua com capacidade para se ajustar a novas tarefas e atividades e de se empenhar na aprendizagem e desenvolvimento pessoal. Sempre com a responsabilidade e compromisso com o serviço com capacidade para reconhecer o contributo da sua atividade, para o funcionamento do serviço, desempenhando as suas tarefas e atividades de forma diligente e responsável (Portaria nº359/2013 de 13 de dezembro).

2- Apresentação da Formação (PowerPoint)



A PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO.


PARTICIPAÇÃO DA EQUIPA DE ASSISTENTES OPERACIONAIS

Nuno Branco
10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Abrantes, fevereiro 2020

Orientadora estágio:
Enfª. Teresa Vogado

Orientadora UC:
Profª Doutora Teresa Magão




A pertinência do tema

É fundamental promover cuidados seguros e não traumáticos ao recém-nascido pré-termo internado em uma UCN, lembrando que:

- Os cuidados traumáticos não passam só pelos procedimentos invasivos e dolorosos a que o RN está sujeito, mas por todos aqueles cuidados diretos ou indiretos que podem resultar por exemplo do ambiente sensorial envolvente (ex. **o ruído; a luminosidade; o odor; a temperatura; o toque e as manipulações**), e que podem incutir alterações significativas no seu processo de desenvolvimento.

(Coughlin, 2017).



A pertinência do tema

Os cuidados prestados aos recém-nascidos pré-termo numa UCN devem ser prestados:

- Numa cultura de segurança e não traumáticos, onde o enfoque no seu desenvolvimento não seja esquecido.
- Devendo ser uma prioridade para as instituições que prestam cuidados nesta área, políticas que sejam promotoras de cuidados seguros, identificando erros de modo a corrigi-los e a evitar que voltem a ocorrer.

A perda de segurança e ocorrência de erros nos cuidados podem ter efeitos devastadores na vida do recém-nascido.

(Chatziioannidis, Mitsiakos, Vouzas, 2017).



COMPETÊNCIAS DO ASSISTENTE OPERACIONAL

Realização e Orientação para resultados:

- Capacidade para concretizar com eficiência os objetivos do serviço e as tarefas que lhe são solicitadas.

Trabalho de Equipa e cooperação:

- Capacidade para se integrar em equipas de trabalho e cooperar com outros de forma ativa.

Portaria nº359/2013 de 13 de dezembro

COMPETÊNCIAS DO ASSISTENTE OPERACIONAL

Adaptação e melhoria continua:

- Capacidade para se ajustar a novas tarefas e atividades e de empenhar na aprendizagem e desenvolvimento pessoal.

Responsabilidade e compromisso com o serviço:

- Capacidade para reconhecer o contributo da sua atividade para o funcionamento do serviço, desempenhando as suas tarefas e atividades de forma diligente e responsável.

Portaria nº359/2013 de 13 de dezembro

INSTRUÇÃO DE TRABALHO A IMPLEMENTAR


INSTRUÇÃO DE TRABALHO
PROMOÇÃO DO AMBIENTE SEGURO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO
1. Objetivo Definir um conjunto de medidas e estratégias a adotar de forma a permitir a uniformização dos cuidados, para a promoção do ambiente seguro e neuroprotector do recém-nascido pré-termo e o seu desenvolvimento saudável.
2. Âmbito Aplica-se à Pediatria-Unidade de Cuidados Neonatais do CHMT
3. Definições 3.1. Siglas CHMT: Centro Hospitalar do Médio Tejo dB: Decibel (Unidade de medida do som)

Estratégias e medidas a adotar promotoras de um ambiente seguro para o desenvolvimento do Recém-nascido de pré-termo na Unidade



ESTRATÉGIAS E MEDIDAS A ADOTAR

- **Otimizar o ambiente físico a privacidade e a segurança dos cuidados ao Recém-nascido e família**
 - Promover a privacidade que permita a presença da família e a sua participação nos cuidados:
 - Utilização de Biombo.
 - Utilização de cortinas individualizadoras da unidade do RN e família.
 - A extração de leite com recurso a bomba elétrica pelas mães passa a ser feita nos quartos, (limpeza da bomba após uso com toalhete de limpeza antes de a guardar na sala de trabalho)



ESTRATÉGIAS E MEDIDAS A ADOTAR

- **Otimizar o nível do ruído no microambiente do RNPT**
 - Atender ao choro do RN rapidamente para que não se desorganize.
 - Evitar conversas desnecessárias junto do microambiente do RNPT ou falar de forma tranquila e em tom baixo.
 - Interditar o uso de telemóveis ou outros equipamentos com som junto ao microambiente do RNPT. Controlar o volume das televisões existentes nos quartos.
 - Manipular as incubadoras de forma a promover a ausência de ruído (abertura e fecho das portas cuidadosas; evitar bater nas paredes das mesmas).



ESTRATÉGIAS E MEDIDAS A ADOTAR

- **Otimizar a manipulação do RNPT**
 - Manipular o recém-nascido, com movimentos contidos e suaves.
 - Mobilizar o recém-nascido de forma aninhada e suportada.
 - Executar uma manipulação mínima, concentrando os cuidados. Não interromper o sono para cuidados não emergentes.



ESTRATÉGIAS E MEDIDAS A ADOTAR

- **Otimizar experiências positivas relativas ao cheiro e gosto do Recém-nascido**
 - Evitar a utilização de odores tóxicos no microambiente do recém-nascido.
 - Evitar o uso de desinfetantes e produtos de limpeza em spray e com componentes de álcool e cloro.
 - Limpeza diária da incubadora e berços ocupados com toalhetes sem álcool e sem cloro.
 - Limpeza da Incubadora vazia com recurso a produtos de limpeza com cloro fora da Sala de incubadoras(sala de tratamentos) Excepto as colonizadas com MRSA.



ESTRATÉGIAS E MEDIDAS A ADOTAR

- **Otimizar o nível do ruído no microambiente do RNPT (cont.)**

- Desmontagem, para limpeza, das incubadoras fora da Sala de Incubadoras, passa a ser feita na sala de tratamentos.
- Remoção de sacos de lixo fora da sala de incubadoras (deslocar os carros de lixo para o exterior da sala)
- Manter a porta da sala de incubadoras sempre que possível fechada.



**A colaboração de todos é
fundamental...**

Obrigado ...



ESTRATÉGIAS E MEDIDAS A ADOTAR

- **Otimizar a luz e o nível de luminosidade no microambiente do RNPT**

- A intensidade luminosa não deve ultrapassar a necessária para executar com segurança os cuidados necessários. (esclarecer com o enfermeiro a luz a utilizar)
- Recorrer aos estores para diminuir a exposição da sala e das incubadoras à luz solar direta.
- Manter as incubadoras ocupadas com coberturas
- Respeitar o estabelecido para o envio das coberturas para a lavandaria; preencher folha de registo de envio



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chatzioannidis, L., Mitsiakos, G., Vouzas, F. (2017). Focusing on patient safety in the neonatal intensive care unit environment. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*. 6(1): e060132. Doi: 10.7363/060132
- Coughlin, M.E. (2017). *Trauma-informed care in the NICU*. Nova York: Springer Publishing Company
- Portaria nº 359/2013 (2013). Artigo 2º, Lista de competências. *Diário da república*, 1ª série – (nº242 – 13 de dezembro de 2013), 6764-6777.

2. Avaliação da formação

A avaliação foi realizada no fim da sessão de formação, com recurso a impresso em uso na instituição, neste impresso são avaliadas 7 questões numa escala de 1 (nunca) a 6 (sempre), destacando as respostas às questões “os temas tratados na acção adequam-se à sua função?” e “pensa aplicar os conhecimentos adquiridos na sua função?” situadas nos 90% no número 6.

Referências Bibliográficas

- Altimier, L., White, R.D. (2013). The neonatal intensive care unit (NICU) environment. In C. Kenner & J.W. Lott, *Comprehensive neonatal nursing care*. (5ª edição): 721-737. Nova Yorque: Springer Publishing Company
- Chatziioannidis, L., Mitsiakos, G., Vouzas, F. (2017). Focusing on patient safety in the neonatal intensive care unit environment. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*. 6(1): e060132. Doi: 10.7363/060132
- Coughlin, M.E. (2017). *Trauma-informed care in the NICU*. Nova Yorque: Springer Publishing Company
- Portaria nº 359/2013 (2013). Artigo 2º, Lista de competências. *Diário da república*, 1ª série – (nº242 – 13 de dezembro de 2013), 6764-6777.
- Reid, T., Feer, Y. (2010). Developmentality focus nursing care. In G. Boxwell (Ed.). *Neonatal Intensive care*. 16-39. USA: Routledge.
- Robinson, K. P., Lane, S. J., Korostenski, L., Lane, A. E. (2017). The impact of the neonatal intensive care unit on sensory and developmental outcomes ins infants born preterm: a scoping review. *British Journal of Occupational Therapy*. 80(8): 459-469
- Tamez, R. (2017). *Enfermagem na UTI neonatal. Assistência ao recém-nascido de alto risco*. 6ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

