

## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização**

#### **Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

# **DESENVOLVIMENTO INFANTIL: OS REGISTOS NA IMPORTÂNCIA DO CUIDAR EM ENFERMAGEM**

**Patricia Pires da Silva Ribeiro Pereira**

**2014**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

# **DESENVOLVIMENTO INFANTIL: A IMPORTÂNCIA DOS REGISTOS NO CUIDAR EM ENFERMAGEM**

**Patricia Pires da Silva Ribeiro Pereira**

**Relatório de estágio sob orientação da  
Professora Doutora Maria Teresa Marçal**

**2014**

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved, grey shapes that resemble a stylized wave or a series of overlapping pages.

## **AGRADECIMENTO**

À minha orientadora, Professora Teresa Oliveira Marçal, pela sua grande dedicação, disponibilidade e capacidade de partilha e reflexão, o que tornou este caminho tão enriquecedor.

Aos vários profissionais com quem tive oportunidade de aprender e refletir ao longo deste percurso, muito obrigada pela hospitalidade.

À Direção de Enfermagem da instituição onde trabalho, pelo constante investimento e empenho

À Enfermeira Dulce Gonçalves, por ser quem é, por ter sempre investido e por manter os seus ideais acerca do que é a Enfermagem, um obrigado muito especial.

A todos os colegas enfermeiros com quem já trabalhei e com quem muito aprendi.

Aos meus amigos, com quem tive oportunidade de partilhar este percurso, muitas vezes à distância, Obrigada pelo apoio.

Aos meus pais, à minha irmã e à Catarina, pelo apoio incondicional, pela paciência e pelo reforço sempre positivo, sem vocês não teria sido possível.

Ao meu marido por partilhar comigo este projeto, que é a vida, e por nunca desistir, obrigada!

Aos meus filhos. Margarida pela tua companhia, paciência, sinceridade, apoio incondicional e sabedoria que em tantos momentos me inspirou. João pelo teu riso, pelo mimo e pela traquinice que tantas vezes me faz sorrir. O maior obrigado do mundo!

## **RESUMO**

O presente relatório traduz o percurso formativo desenvolvido na aquisição e desenvolvimento de competências na área de especialização de saúde infantil e pediátrica. O tema que norteou o projeto refere-se à importância de uma prática de cuidados promotores do desenvolvimento e de que forma é que a documentação do processo de enfermagem, através do recurso a uma linguagem classificada (CIPE, versão 2) a subsidia.

A visão sistémica da criança/família, conferida pela adoção do modelo teórico de Betty Neuman, que norteou o percurso de aprendizagem, ao longo dos vários ensinamentos clínicos, permitiu a identificação de stressores que podem comprometer o bem-estar do sistema, no que concerne ao desenvolvimento infantil, bem como de intervenções que o protegem, promovem e reconstituem. Estes conhecimentos, associados à pesquisa bibliográfica, foram fundamentais na elaboração de linhas orientadoras para a tomada de decisão do enfermeiro relativos ao Foco do Desenvolvimento Infantil. Aprofundar conhecimentos sobre o processo de enfermagem, enquanto metodologia de trabalho e sobre a importância da documentação em enfermagem, proporcionou o desenho do padrão de documentação relativo ao Foco de Atenção do Desenvolvimento Infantil.

Foi utilizada uma metodologia reflexiva no sentido de fazer emanar das atividades realizadas a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista da saúde da criança e do jovem. Destas destacam-se as competências relativas à prestação de cuidados específicos à criança e ao jovem tendo em conta a sua fase de desenvolvimento, com todos os processos de cuidados a ele associados, à liderança e gestão de equipas e à formação de pares.

Conclui-se uma fase do processo que acredito muito profícuo no garante da qualidade dos cuidados prestados, à criança e ao jovem. Almejo, no futuro, poder continuar a colaborar na implementação do Padrão documental referente ao Foco do Desenvolvimento Infantil.

**PALAVRAS-CHAVE:** Desenvolvimento Infantil, Hospitalização, Bety Neuman, Processo de Enfermagem, Documentação dos Cuidados de Enfermagem, CIPE

## **ABSTRACT**

The theme of this project is the importance promoting nursing development in health care systems and how the documentation of the nursing process, through a standardized nursing language (International Classification of Nursing Practice – ICNP, version 2), can support this.

The systemic view of the child/family, taken from Betty Neuman's theoretical model, allowed for the identification of stressors that may compromise the balance of the system, regarding child development, as well as the interventions that protect, promote and reconstitute it.

This knowledge, gained through extensive bibliographic research, was fundamental in the preparation of the orientating lines for the nurse's decision making regarding the Focus of Child Development. We deepened the knowledge about the nursing process, as a work methodology, and about the importance of documentation in nursing, providing a standard picture of documentation on the Focus of Attention of Child Development.

A reflexive methodology was used in order to draw common competences, from the activities undertaken, for a specialist nurse and also specific to a specialist nurse in children and young people's health. We highlight the competences regarding specific care for children and young people taking into account their development phase, with all the care procedures associated, as well as leadership, team management and training of peers.

We consider this a very important phase of the process that we believe is productive in guaranteeing quality in the care given to children and young people. In future, our goal would be to continue to collaborate on the implementation of the documentation Standard regarding the Focus of Child Development.

**KEY-WORDS:** Child Development, Hospitalization, Betty Neuman, Nursing Process, Documentation of Nursing Care, ICNP.

“Foi o tempo que dedicaste à tua rosa que a fez tão importante”

O Príncipezinho

Saint Exupéry

## **SIGLAS**

ANA – American Nurses Association

ACES - A

CIE – Conselho Internacional de Enfermagem

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

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

EEESIJ – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil

ELI – Equipa Local de Intervenção

GAPE – Grupo de Apreciação do Processo de Enfermagem

GIPE - Grupo de Implementação do Processo de Enfermagem

HPP- Hospitais Privados de Portugal

HSFX- Hospital São Francisco Xavier

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SAPE – Sistema de Assistência à Prática de Enfermagem

SIE – Sistemas de Informação em Enfermagem

SNIPi- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

UCIPed- Unidade de Cuidados Intermédios de Pediatria

USF – Unidade de Saúde Familiar

CHLO- Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

# ÍNDICE

	<b>Pag.</b>
1. Nota introdutória _____	10
2. Descrição e análise do percurso formativo de aquisição de competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria _____	13
2.1. Processos de cuidados promotores do desenvolvimento infantil, nos vários contextos de estágio _____	15
2.1.1- Processos de cuidados promotores do desenvolvimento infantil na unidade de Neonatologia _____	17
2.1.2- Processos de cuidados promotores do desenvolvimento numa Equipa Local de Intervenção _____	23
2.1.3- Processos de cuidados promotores do desenvolvimento Infantil num Contexto de Cuidados de Saúde Primários _____	27
2.1.4- Processos de cuidados promotores do desenvolvimento infantil num contexto de serviço de Urgência de Pediatria _____	34
3. – A construção de um padrão de documentação, relativo ao foco desenvolvimento infantil _____	39
3.1 – Elaborar linhas orientadoras, para a tomada de decisão do enfermeiro, relativamente ao foco “Desenvolvimento Infantil” _____	42
3.1.1- Desenvolvimento Infantil Comprometido _____	44
3.1.2- Desenvolvimento Infantil Risco _____	45
3.1.3- Um cuidar sistémico para o desenvolvimento infantil _____	47
3.2- O Desenho do Padrão Documental relativo ao foco Desenvolvimento Infantil _____	50
3.3- Início da implementação do padrão documental sobre o foco de enfermagem: desenvolvimento infantil _____	54
4. Considerações finais _____	56
5. Bibliografia _____	58
APENDICES _____	62
Apêndice I – Projeto _____	63
Apêndice II – Reunião GAPE _____	96
Apêndice III – Parametrização do Foco Desenvolvimento Infantil _____	106

Apêndice IV – Intervenções e Documentação associada	109
Apêndice V – Procedimentos elaborados	111
Apêndice VI – Quadros de vigilância	144
Apêndice VII – Formação à equipa: Foco Desenvolvimento Infantil	156

## 1. NOTA INTRODUTÓRIA

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Numa dinâmica de reflexão sobre a prática, fundamentada pela evidência científica, por diretrizes emanadas pela Ordem dos Enfermeiros e por outras entidades de regulação da saúde, nomeadamente a DGS, faz-se uma incursão através do modo como as atividades desenvolvidas contribuíram para o atingir dos objetivos e a aquisição de competências.

O meu percurso profissional foi dedicado, em grande parte, à área da pediatria num ambiente de cuidados especiais e intensivos. Assim, enquanto chefe de equipa desde há vários anos, muitas foram as oportunidades de lidar com as crianças e as famílias em situações críticas de saúde.

Aquando da escolha do tema para este projeto, pretendi incidir sobre uma área que contribuísse para a melhoria dos cuidados em pediatria, de uma forma abrangente.

A escolha recaiu sobre a importância de um cuidar pautado pelo desenvolvimento da criança no sentido de o promover e proteger.

Segundo a ordem dos enfermeiros (2010), o enfermeiro especialista em enfermagem da saúde da criança e do jovem tem como competência “a prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”, o que torna o Desenvolvimento Infantil num dos seus Focos de atenção. A consolidar esta premissa encontra-se o RMDE que inclui o Foco do Desenvolvimento Infantil como Foco de atenção do enfermeiro.

Posto isto, houve que operacionalizar de que forma é que, enquanto futura especialista em saúde da criança e do jovem, poderia assegurar uma prática de cuidados promotores do desenvolvimento infantil.

Retomando o contributo de Collière (1999), identifica-se que os cuidados em enfermagem têm por base uma metodologia científica denominada “Processo de Cuidados Enfermagem”. Segundo a mesma autora (1999), “Este processo situa-se na encruzilhada de um sistema de troca, provenientes de origens diferentes e complementares, com vista em determinar a natureza dos cuidados a proporcionar, a razão destes cuidados, os objetivos e os meios necessários para os atingir”. O

processo de cuidados é perpetuado através da elaboração de um plano de cuidados, individualizado e dinâmico, que deve ser registado, através de um sistema de informação em enfermagem, por forma garantir a segurança e continuidade de cuidados.

Tal como exposto no relatório do projeto, a instituição onde trabalho, na sequência de um processo de acreditação na área da qualidade, iniciou a construção do padrão de documentação de enfermagem, assente num sistema de informação informático já existente que se estrutura em torno das fases do processo de enfermagem.

Em 2011, quando se iniciou o desenvolvimento do padrão documental, fui recrutada para integrar a equipa e fazer o elo de ligação entre o grupo de trabalho e o serviço do qual faço parte. Naquela altura foi-me bastante difícil entrosar numa dinâmica onde a documentação passava a estar alocada a um aplicativo informático sob um conjunto de termos que, muitas vezes, pouco sentido faziam. No entanto, como a autoformação é uma das responsabilidades do enfermeiro, fui investigar e rapidamente percebi as vantagens dos SIE no garante da qualidade dos cuidados prestados. Atualmente, já tenho dificuldade em pensar numa realidade onde a documentação é efetuada em suporte de papel, que poucas mais valiam trazem, tanto para o doente como para a construção dos saberes do enfermeiro.

Assim, associando o gosto pessoal sobre o desenvolvimento infantil e reconhecendo que o futuro da enfermagem passa pela informatização dos sistemas de informação, decidi dedicar o meu projeto à construção do padrão de documentação relativo ao Foco de Atenção Desenvolvimento Infantil que teria ficado por “desenhar”.

O projeto teve como enquadramento a teoria de sistemas de Betty Neuman. Sendo uma teoria que vê a criança como um ser holístico em permanente mudança, que é fortemente influenciada pelo ambiente e pelos stressores que sobre ela incidem, contribuiu de forma determinante para fundamentar a importância do cuidado à criança tendo como fio condutor o seu desenvolvimento. A teoria de sistemas insere e consolida a importância de uma filosofia de cuidados centrados na família, uma vez que reconhece que a família é parte integrante do sistema da criança da qual depende.

Importa referir que o enquadramento teórico elaborado aquando da realização do relatório do projeto (Apêndice I), constituiu a base de fundamentação deste percurso de desenvolvimento e aquisição de competências. No entanto, devido à grande complexidade que envolve o desenvolvimento infantil e a documentação em enfermagem, vários foram os momentos em que houve necessidade de aprofundar conhecimentos, através da pesquisa em bases de dados científicas ou em manuais. A organização do relatório pretende facilitar ao leitor o acesso ao percurso desenvolvido. Inicia-se com a descrição e análise do percurso formativo de aquisição de competências do EEESCJ ao que se seguem as fases de construção do padrão de documentação do Foco Desenvolvimento Infantil. Pretende-se que este relatório contribua, não só para o meu desenvolvimento enquanto futura EEESCJ, mas também para uma prática de cuidados, por parte dos enfermeiros do departamento de pediatria, assente num modelo que "... se centre nas respostas às necessidades das criança e família, binómio encarado como benefícios dos seus cuidados e que é enformado pelos valores: reconhecimento da criança como ser vulnerável, valorização dos pais/ pessoa significativa como os primeiros prestadores de cuidados, maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança, preservação, em qualquer situação, do bem-estar e segurança da criança e família." (OE, Guia de Boas Práticas, 2010, p.9).

## **2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

O percurso formativo desenhado durante a elaboração do projeto procurou dar resposta aos objetivos gerais e específicos traçados através das atividades então planeadas (apêndice I).

O primeiro objetivo prende-se com o planeamento de processos de cuidados promotores do desenvolvimento da criança ao longo do seu ciclo de vida em contextos de saúde/doença na perspetiva do modelo de sistemas de Betty Neuman. O segundo reporta-se ao Desenvolvimento de um Sistema de registos de enfermagem, relativo ao foco DESENVOLVIMENTO INFANTIL, utilizando a CIPE versão 2.

Uma vez que, enquanto enfermeira generalista, disponho de alguns anos de prática na área dos cuidados à criança, nomeadamente na neonatologia e nos cuidados intensivos e intermédios de pediatria, procurei eleger locais de ensino clínico, que pudessem contribuir ativamente para a minha formação, enquanto futura EESIP, na área dos cuidados promotores do desenvolvimento infantil. Assim, de forma resumida, passo a explicitar o porquê da escolha de cada um dos campos de estágio.

A unidade de neonatologia selecionada tem uma vasta experiência na área dos cuidados ao recém-nascido pré-termo e de risco. Com uma Chefia de Enfermagem dedicada à área do desenvolvimento infantil e uma EEESIP que participou numa pós-graduação sobre Desenvolvimento Infantil, é conhecida como uma Unidade onde a prática de cuidados é norteada pelos cuidados promotores do desenvolvimento. O Centro Hospitalar que integra foi dos primeiros agrupamentos hospitalares a implementarem o processo de enfermagem utilizando a linguagem CIPE o que seria uma mais-valia para o desenvolvimento do presente projeto.

A Fundação LIGA, constituída no ano de 2004, dispõe de uma Equipa Local de Intervenção Precoce que tem por missão “dinamizar recursos especializados para apoiar as pessoas, contribuindo para o reconhecimento da diversidade humana.

Tem como prioridade criar competências de excelência para o suporte às necessidades específicas da pessoa, essenciais para o pleno e equitativo exercício dos seus direitos fundamentais.” (LIGA, 2011). A ELI acompanha crianças ex-prematuras e de risco, com alterações do desenvolvimento (motor e/ou cognitivo), numa perspetiva multidisciplinar (terapia da fala, terapia ocupacional, fisioterapia, pediatria) tendo a família como centro da intervenção. Enquanto unidade especializada na área do desenvolvimento infantil, será uma fonte de conhecimento na identificação dos stressores ao desenvolvimento infantil bem como no despiste de fatores de reação do sistema.

A Unidade de Saúde Familiar escolhida, pertence ao ACES (área de incidência do hospital onde será desenvolvido o projeto) e encontra-se em processo de candidatura a modelo B. Neste contexto penso ser possível aprofundar de que forma é feita a continuidade de cuidados entre o Hospital e a USF, bem como perceber qual o seu sistema de documentação do processo de enfermagem. Não tendo, no meu percurso profissional, experiência no âmbito dos CSP, pretende-se uma oportunidade para acompanhar a criança e a família na vigilância de saúde e perceber de que forma é que o enfermeiro pode promover o desenvolvimento infantil num contexto de cuidados de saúde primários.

As outras experiências clínicas foram programadas na organização em que trabalho e na qual será desenvolvido o padrão de documentação relativo ao foco do DESENVOLVIMENTO INFANTIL.

A urgência de pediatria é, na maioria das vezes, a “porta de entrada” das crianças/famílias no hospital. Local onde não dispunha de experiência profissional, pelo que seria uma mais valia poder perceber qual a dinâmica de cuidados existente, bem como estabelecer contacto com a equipa de enfermagem. Tal contacto será facilitador, aquando do desenvolvimento do padrão, de um trabalho de equipa que envolva enfermeiros dos vários serviços do departamento de pediatria, no sentido da uniformização de práticas de cuidados, nomeadamente no que se refere ao Foco Desenvolvimento Infantil.

Também as experiências de Neonatologia e Cuidados Intermédios de Pediatria terão lugar no hospital onde trabalho. É o período durante o qual será desenvolvido o padrão documental do foco relativo ao desenvolvimento infantil. A direção de

Enfermagem deste hospital, instituição acreditada pela Joint Commition, tem feito um grande investimento na formação profissional e na qualidade dos cuidados, pelo que se torna num local favorável ao desenvolvimento do projeto. A equipa de enfermagem da Neonatologia e UCIPed é jovem e dinâmica. Encontra-se sob uma única Chefia de Enfermagem, perita na área de implementação do processo de enfermagem, que muito motiva os enfermeiros para uma prática sustentada na evidência, de acordo com os padrões de qualidade.

Atualmente, aquando da elaboração do presente relatório, considero que o percurso traçado deu respostas aos objetivos inicialmente propostos tendo sido fundamental para o meu “crescimento e desenvolvimento” enquanto EEESIP.

### **2.1. Os processos de cuidados, na promoção do desenvolvimento infantil, nos vários contextos de ensino clínico**

O desenvolvimento infantil é uma área das ciências humanas sobre a qual muitos profissionais se têm debruçado. Os primeiros estudos, antepassados das atuais teorias científicas sobre o desenvolvimento, assentam em biografias diárias de bebés que registavam o desenvolvimento individual de uma criança. No ano de 1787, o Alemão Dietrich Tiedman escreveu um “diário” sobre a evolução sensorial, linguagem e motora, do seu filho, desde o nascimento até aos dois anos de idade. Com o passar dos séculos várias foram as teorias construídas sobre o desenvolvimento infantil, tais como a teoria psicosexual de Freud, a teoria psicossocial de Erikson e a Teoria cognitiva de estádios de Piaget. Importa referir que nenhuma teoria explica na totalidade as várias facetas do desenvolvimento infantil, pelo que é frequente analisar-se o desenvolvimento da criança sob o olhar de vários autores. (Feldman, R., Olds, S., Papália, D. 2001)

Muitas são as definições de desenvolvimento infantil encontradas na literatura. No âmbito deste estágio, recorre-se aqui a duas definições, atualmente muito utilizadas na área de enfermagem pediátrica, uma vez que se tratam de fontes angulares para a prática desta disciplina.

Assim, na CIPE (2011), versão 2, o Desenvolvimento Infantil é considerado parte do “Desenvolvimento Humano: crescimento e desenvolvimento físico, mental e social progressivos desde o nascimento e durante toda a infância”, sendo a infância “um período do desenvolvimento” que vai desde o nascimento até à “Infância escolar”. Entende-se, pela análise desta definição operativa, o desenvolvimento infantil como um processo contínuo que engloba várias dimensões da criança. A corroborar esta definição encontra-se a de Hockenberry e Wilson (2014), que define desenvolvimento infantil como uma “mudança e expansão graduais; progresso dos estádios mais simples aos mais avançados de complexidade, aparecimento e expansão das capacidades do indivíduo através do crescimento, da maturação e da aprendizagem.” (Hockenberry, M., Wilson, D.,, 2014).

A criança e a família são os “alvos” de cuidados dos enfermeiros que prestam cuidados na área da pediatria.

A criança é o sistema cliente do EEESIP e encontra-se sujeito a um determinado desenvolvimento. Segundo Neuman (2010) o desenvolvimento é uma das variáveis do cliente, tal como a fisiológica, a psicológica, a sociocultural e a emocional, sendo que o equilíbrio do sistema depende do equilíbrio das variáveis uma vez que as mesmas se influenciam.

A OE (2010) defende uma prática assistencial que vá de encontro às necessidades de desenvolvimento de cada criança. Tal ideia é reiterada por Hockenberry, M., Wilson, D (2014), quando refere que a abordagem dos cuidados de enfermagem à criança tem que ser integrada com o desenvolvimento.

Importa ainda referir que a família é por si só uma unidade de cuidados, sendo que o desenvolvimento infantil é por ela influenciado e também a influencia.

Ao longo das experiências de estágio, tive oportunidade de prestar cuidados à criança e família. Numa ótica de uma prática reflexiva, vários foram os momentos em que tive oportunidade analisar as práticas clínicas com as enfermeiras orientadoras.

A prática reflexiva é um “instrumento” que tem vindo a ganhar espaço na enfermagem. Para Valente, G., Viana, L. (2009), a prática reflexiva indica, por um lado a necessidade de uma mudança do próprio nos processos de cuidados, e por outro dinamiza a vivência, através de um processo criador, que possibilita a construção de novos saberes. A OE (2010) prevê que o Enfermeiro Especialista

deve suportar a prática na investigação e no conhecimento. A reflexão sobre a prática permitiu-me (re)descobrir processos de cuidados, promotores do desenvolvimento infantil que muito vão contribuir para a minha prática.

Tendo por base os conteúdos supracitados e uma vasta pesquisa bibliográfica efetuada durante este percurso iniciei o estágio na unidade de neonatologia.

### **2.1.1- Processos de cuidados para o desenvolvimento infantil na Unidade de Neonatologia**

O serviço de neonatologia onde decorreu o ensino clínico situa-se num hospital da grande Lisboa. Recebe recém-nascidos prematuros desde as 24 semanas de idade gestacional e recém-nascidos doentes até aos 28 dias de vida. Dispõem de duas unidades de internamento: uma para cuidados intensivos, com 5 vagas, e uma para cuidados intermédios, com 9 vagas. As equipas são constituídas por 4 enfermeiros sendo que todos prestam cuidados em ambas as unidades (conforme avaliação diária do chefe de equipa).

O internamento do recém-nascido, muitas vezes aquando do nascimento, representa um conjunto de stressores que podem influenciar o seu adequado desenvolvimento.

A evolução dos cuidados de saúde dos recém-nascidos sofreu um grande desenvolvimento após a década de 60. A grande evolução tecnológica tem proporcionado uma diminuição da mortalidade e morbilidade destes utentes de risco (Neto, J., Rodrigues, B., 2010). No entanto, o cuidar não se prende apenas com um conjunto de procedimentos. O cuidar em enfermagem, passa pela implementação de intervenções que permitam ao sistema, face aos stressores, manter o seu nível de homeostasia (Neuman, 2010). Assim, torna-se essencial que o enfermeiro de pediatria, nomeadamente o EEESIP, desenvolva uma prática assistencial que “olhe” para a criança como um sistema único no sentido de promover o seu adequado desenvolvimento.

O nascimento prematuro e/ou de risco representa o nascimento de um sistema imaturo, sujeito a stressores que podem influenciar a variável do desenvolvimento. No caso da prematuridade, vários são os estudos que testemunham as alterações do desenvolvimento físico e cognitivo em idades mais tardias (Barroso, R. et al, 2006).

Os cuidados promotores do desenvolvimento partem da premissa que toda a interação com o recém-nascido constitui uma experiência sensorial, que pode ser positiva ou negativa, para o desenvolvimento do seu sistema nervoso central. Estas experiências são “recebidas” através dos vários órgãos dos sentidos como a visão, o tato, o olfato e a audição, bem como do sistema visceral e do sistema propriocetivo. Tendo por base o acima descrito, bem como a evidência científica, à luz de uma abordagem sistémica, torna-se mandatário que os enfermeiros adotem uma prática de cuidados, interdependentes da patologia, que visem assegurar experiências positivas e minimizar as experiências negativas. Tanto o modelo de intervenção do NIDCAP como o modelo de cuidados para o desenvolvimento, defendem que a prevenção primária, enquanto intervenção, deve constituir a base da prática do enfermeiro, o que me parece em consonância com a perspectiva de Neuman (2010), onde a prevenção primária engloba intervenções que visam evitar o encontro da criança com o stressor e o fortalecimento das linhas de defesa.

Os cuidados prestados ao recém-nascido e à respetiva família nesta unidade hospitalar têm, sem dúvida, por base a promoção do desenvolvimento. A organização dos cuidados faz-se, sempre que a situação clínica do recém-nascido o permite, respeitando os períodos de sono/atividade dos recém-nascidos tendo em conta a sua posição corporal, a alimentação, a promoção da participação dos pais nos cuidados e a minimização dos estímulos ambientais dolorosos. O respeito pelos períodos de sono é essencial para uma integração sensorial harmoniosa, uma vez que é durante o sono que muitas das aprendizagens são apreendidas e sedimentadas (Algarin, 2007). Importa referir que, em muitas situações os estímulos desadequados vão inevitavelmente acontecer. Os recém-nascidos são muitas vezes sujeitos a estímulos dolorosos (punções venosas, intubações), a estímulos auditivos de intensidade excessiva (ventilação de alta frequência) e a manipulações excessivas. Nestes momentos os enfermeiros devem adotar intervenções que

incluam o nível de prevenção primário e secundário. O choro, a hipertonia, a desorganização motora traduzem reações do sistema que requerem intervenções como a contenção, o toque e a sucção não nutritiva que têm por objetivo intervir no controlo de sintomas como forma de restabelecer o sistema (Neuman, 2010).

A dor, que foi considerado o 5º sinal vital (DGS, 2003), deve ser minimizada uma vez que consiste num estímulo sensorial negativo que pode comprometer o desenvolvimento do SNC. A dor é sem dúvida um foco de atenção dos enfermeiros desta unidade hospitalar. A sua monitorização é feita através da escala Edin sendo que a adequação das medidas não farmacológicas no controlo da dor, como a utilização da sacarose antes dos procedimentos dolorosos, o posicionamento, a contenção e a sucção não nutritiva, é uma prática diária.

Este planeamento de cuidados vai de encontro ao proposto pelo modelo de cuidados para o desenvolvimento que reitera a importância de olhar a criança como um ser holístico, tendo a família como parceira no cuidados e que definiu como metas padrão a Proteção do sono, a Gestão da dor, o Posicionamento, os cuidados com a pele e alimentação, e ainda os Cuidados centrados na família e o Ambiente. (Coughlin et al., 2009).

Pude constatar, aquando da minha participação na prestação de cuidados, que existe uma preocupação com o envolvimento da família no sentido da promoção da vinculação e do empoderamento dos pais para os capacitar nos cuidados aos recém-nascidos. Seguidamente procede-se a uma reflexão sobre como os enfermeiros promovem a vinculação e a capacitação parental.

A gravidez é um processo de enamoramento com o bebé imaginário. Aquando do nascimento dá-se o confronto entre o bebé imaginário e o bebé real e inicia-se uma nova relação mãe/bebé. A forma como a vinculação acontece no período neonatal é determinante para o desenvolvimento mental da criança. A vinculação acontece essencialmente através do toque e do contacto precoce com o recém-nascido. O nascimento de um bebé prematuro é a rotura de tudo o que foi idealizado pelos pais, pelo que se torna num processo gerador de stress que leva a alterações emocionais graves. É frequente a presença de sentimentos de culpa e de fracasso que podem comprometer o processo de vinculação. (Evansa, T., Whittinghamb, K & Boydb, K., 2012).

O toque e a voz são dois “instrumentos” na estimulação sensorial dos recém-nascidos. Muitas vezes, quando se tratam de crianças gravemente doentes, estes são os únicos recursos de que os pais dispõem para poderem interagir com o seu filho. É fundamental que os enfermeiros promovam uma vinculação precoce uma vez que “a oportunidade de reconhecer um sentido de pertença, um sentido de confiança que ajude e transforme o instinto de sobrevivência em sensação de que vale a pena viver...” (Fernanda, T., Goldschmidt, T. Gomes-Pedro, J. & Torgal, F. 2004, p.171) fará a diferença na sobrevivência da tríade pais/recém-nascido. Incentivar os pais a tocarem e falarem com os recém-nascidos, de forma adequada e protetora é essencial para o início de um processo de vinculação que foi interrompido de uma forma abrupta. Outra intervenção de enfermagem promotora da vinculação, também muitas vezes observada durante a minha permanência na Unidade é a promoção do contacto pele a pele através do método canguru. Este método é francamente positivo para o desenvolvimento dos recém-nascidos, uma vez que contribui para uma estabilização hemodinâmica, que leva a um menor recrutamento de energia para as funções vitais, liberta o sistema para maturar outras competências (sucção, regulação termodinâmica) e desempenha igualmente um importante papel no desenvolvimento da vinculação mãe/pai/bebé e na promoção da amamentação (Anderson, G.C., 2010).

A amamentação é, como referimos atrás, outro dos focos de atenção do enfermeiro. Já em 1989 a OMS e a UNICEF, numa declaração conjunta, recomendam a amamentação exclusiva até aos seis meses de idade e o aleitamento materno até aos dois anos. O nascimento de risco, nomeadamente em situações de prematuridade, pode comprometer a amamentação e a alimentação. Um sistema neurológico imaturo ou alterado não dispõe dos recursos necessários a uma alimentação autónoma. “A assistência aos recém-nascidos tem o objetivo de favorecer o crescimento e o desenvolvimento adequados e para que isto seja possível é necessário que sejam nutridos adequadamente.” (Costa, P., Ruedell, A., Soares, M. & Weinnann, A., 2010 p.2).

Os reflexos envolvidos na alimentação estão muitas vezes ausentes ou alterados. A estimulação sensoriomotora dos reflexos orais, tendo por base a avaliação das competências do recém-nascido e a sua idade gestacional, através da sucção não

nutritiva e da estimulação promotora, é fundamental para garantir uma autonomia alimentar (Calado, D. & Souza, R., 2009), o que muitas vezes é o que compromete a possibilidade da sua alta. Enquanto o recém-nascido não apresenta maturação dos reflexos para iniciar a estimulação oral ou sempre que sua estabilidade clínica não o permita, a alimentação é feita através da administração do leite por sonda ou de soluções parentéricas. Os pais devem ser incluídos no planeamento de cuidados relativos à alimentação. Paralelamente é importante que o enfermeiro informe os pais acerca da importância do aleitamento materno e, sempre que a mãe demonstre vontade em amamentar, os ensinamentos sobre a extração de leite devem ser iniciados o mais precocemente possível. Se, por um lado é fundamental que o recém-nascido de risco seja alimentado com leite materno, por outro, a estimulação desde o nascimento é determinante para o estabelecimento de uma amamentação eficaz quando a situação do recém-nascido o permitir. Mais uma vez se destaca a importância de um trabalho em parceria com os pais no garante dos melhores cuidados para o recém-nascido.

Neste contexto de ensino clínico assisti a um planeamento de cuidados tendo a família como parceira da equipa de enfermagem. Os ensinamentos são intervenções de enfermagem, que visam capacitar os pais para o desempenho do seu papel parental. Existem vários panfletos que falam sobre a importância do sono, da estimulação oral tendo em vista a autonomia alimentar, entre outros, e que vão sendo fornecidos aos pais como forma de sistematizar os ensinamentos realizados aquando da prestação de cuidados. Existe ainda um “manual” que descreve quais as competências dos recém-nascidos ao longo da idade gestacional bem como os cuidados em que os pais podem colaborar. No modelo de parceria, o enfermeiro presta cuidados de carácter profissional, e preferencialmente, cuidados especializados, sendo que os cuidados familiares/parentais devem ser assumidos pelos pais o mais precocemente possível (Casey, A. 1988).

Do ponto de vista da documentação do processo de enfermagem, os registos são realizados através de um sistema de informação informático que utiliza a aplicação SAPE e a taxonomia CIPE versão beta 2.

O desenvolvimento infantil surge no padrão documental como um foco de atenção do enfermeiro com o diagnóstico Desenvolvimento Infantil Risco. Associado a este diagnóstico surgem preconizadas as intervenções que constam no quadro seguinte:

Desenvolvimento Infantil risco	Vigiar o posicionamento do recém-nascido *
	Estimular o recém-nascido
	Promover o contacto da mãe e do recém-nascido pelo método canguru* *
	Promover o contacto do pai e do recém-nascido pelo método canguru
	Ensinar sobre o desenvolvimento infantil
	Instruir sobre promoção de desenvolvimento infantil
	Treinar promoção de desenvolvimento infantil

- Estas intervenções dispõem de normas associadas ao procedimento

As intervenções Vigiar o posicionamento do recém-nascido e Promover o contacto da mãe e do recém-nascido pelo método canguru, dispõem de normas associadas ao procedimento.

Os registos de enfermagem através deste sistema de informação já são uma prática. No entanto, foi-me referido por vários enfermeiros, incluindo a enfermeira orientadora, existirem alguns constrangimentos, nomeadamente a gestão do tempo e a disponibilidade de dispositivos informáticos (o número de computadores são em número inferior ao dos enfermeiros em cada turno).

Aquando da documentação dos cuidados prestados aos recém-nascidos, tive oportunidade de realizar registos bem como de explorar a aplicação informática. A organização do processo está de acordo com o processo de enfermagem, ainda que estejam pouco documentados os resultados obtidos com as intervenções. Existe uma colheita de dados inicial, junto dos familiares, que visa um conhecimento aprofundado da dinâmica familiar. Este conhecimento permite ao enfermeiro, identificar stressores existentes e/ou possíveis, que possam afetar a família/criança, bem como identificar recursos a serem mobilizados, aquando do planeamento de cuidados, por forma a fortalecer as linhas de defesa, garantindo a maior estabilidade do sistema.

Pude constatar que o diagnóstico de enfermagem relativo ao Desenvolvimento Infantil não se encontra enunciado nos vários planos de cuidados a que tive acesso. Ainda que, no guia para a operacionalização do padrão documental, existam os

critérios de enunciação deste Foco, segundo a equipa de Enfermagem, tal facto acontece por considerarem que a parametrização é insuficiente, ou seja, não contempla muitas das intervenções necessários para um planeamento de cuidados promotores do desenvolvimento (ex. alimentação, sono e a posição corporal). Segundo a Enfermeira Chefe existe um investimento atual, por parte do grupo que se dedica a este foco, na revisão da sua parametrização e no elaborar de normas de procedimentos que vão de encontro às intervenções que devem ser associadas ao Diagnóstico: Desenvolvimento Infantil Risco. Contudo, importa referir que a equipa reconhece nos registos um elemento fundamental do processo de cuidados, sendo que os planos de cuidados que tive oportunidade de analisar, contemplavam intervenções que se inserem nas metas padrão do modelo de cuidados para o desenvolvimento, nomeadamente a nível do sono, dos posicionamentos, da dor, da alimentação e da promoção da vinculação.

Poder refletir sobre a prática de enfermagem, num contexto de neonatologia, permitiu-me consolidar conhecimentos acerca dos cuidados promotores do desenvolvimento bem como identificar stressores presentes e futuros inerentes ao internamento numa unidade hospitalar. O fato de, também nesta unidade de neonatologia, se sentir a necessidade de investir no desenvolvimento do Foco Desenvolvimento Infantil possibilitou uma consistência acrescida à temática deste projeto.

A experiência seguinte, na Fundação LIGA, foi ganhando pertinência ao longo da minha permanência na Neonatologia uma vez que a prematuridade e o internamento dos recém-nascidos, em situação de doença como a sepses, alterações metabólicas ou alterações genéticas são por si só stressores para o desenvolvimento.

### **2.1.2- Processos de cuidados promotores do desenvolvimento numa Equipa Local de Intervenção**

Na sequência dos princípios emanados durante a Convenção das Nações Unidas dos Direitos das Crianças foi criado, através do Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de Outubro, publicado no Diário da República, o Sistema Nacional de Intervenção

Precoce na Infância (SNIPI). Com a missão de “garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento” (Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro), é formado por um conjunto de entidades organizacionais e familiares das quais, no contexto do presente relatório, se destacam as Equipas Locais de Intervenção Precoce (ELI).

As crianças são referenciadas para a Intervenção Precoce por qualquer profissional que com ela tenha contacto, nos quais se incluem os enfermeiros. Tal facto reforça a importância de que o enfermeiro EEESIJ tenha competências para “demonstrar conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem” bem como para “avaliar o crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem”. (OE, 2010).

As ELI, são equipas multidisciplinares, responsáveis pela elaboração e dinamização dos Planos de Intervenção Precoce, em parcerias com as Educadoras, as unidades de saúde e as famílias. A intervenção Precoce consiste num “conjunto de medidas de apoio integrado dirigido à criança e família, incluindo ações, de natureza preventiva e reabilitativa, no campo da educação, da saúde e da ação social”. (SNIPI, 2014).

No âmbito do ensino clínico da Fundação LIGA, o presente estágio realizou-se numa ELI da grande Lisboa. Esta equipa de intervenção multidisciplinar, composta por terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e fisiatra, tem capacidade para acompanhar um total de 80 crianças da zona de incidência de Lisboa Oriental.

Durante o Ensino Clínico tive oportunidade de assistir à intervenção da terapeuta da fala, da terapeuta ocupacional e da fisioterapeuta, em várias sessões com diferentes crianças. No final de cada sessão, tive o privilégio de poder escrutinar, numa dinâmica de partilha de conhecimento, quais os objetivos de cada “exercício”. Algumas das crianças acompanhadas por esta equipa são prematuros/recém-nascidos de risco (critério de referência para o SNIPI) pelo que também existiu um interesse, por parte da Equipa, em perceber qual a dinâmica de uma Unidade de Neonatologia e quais os cuidados protetores do desenvolvimento praticados. Foi

também verbalizado que o acesso à informação acerca do percurso anterior da criança é muito focalizado no processo médico, que evidencia pouco o seu percurso de desenvolvimento. Tal facto corrobora a importância dos sistemas de informação em enfermagem, no sentido de garantirem a continuidade da informação relativa ao percurso do recém-nascido e foi de extrema importância, como se verá adiante, aquando do “desenho” do Foco.

Ainda que a ELI não disponha de enfermeiro na sua equipa, foi muito interessante perceber que também nesta realidade o modelo de Sistemas que norteou a análise do meu percurso, me ajudou a integrar os conhecimentos adquiridos para uma prática futura enquanto EEESCJ.

As sessões são, habitualmente, realizadas em salas pré-definidas (as crianças vão-se familiarizando com o espaço e com os brinquedos) na ausência dos pais. Segundo os diferentes técnicos, após o estabelecimento de uma relação terapêutica com criança, a presença do familiar surge como um fator de distração.

Assistir às várias sessões permitiu-me operacionalizar a importância de que, independentemente do contexto, é possível recrutar os fatores básicos de sobrevivência no sentido da estabilização/reconstituição do sistema. É interessante perceber como é que a terapeuta da fala recruta as palavras que utilizam uma fonética semelhante para depois evoluir para ditongos mais diferenciados, como é que a fisioterapeuta consegue, através da imagem ao espelho, que a criança tome consciência da perna que apresenta uma diminuição da sensibilidade e de como a terapeuta ocupacional mobiliza o conhecimento que a criança tem dos números para poder estimular o desenvolvimento do sistema vestibular e proprioceptivo. Em forma de exemplo descreve-se aqui um momento da intervenção: uma das formas de estimular a integração do sistema vestibular é o Baloioço. Pretende-se que a criança entre num cilindro suspenso que baloiça; a criança manifesta medo e insegurança, não quer entrar; no interior do baloiço (na ponta oposta à localização da criança) o terapeuta coloca o jogo dos números do “Noddy” de que a criança gosta; porque é um jogo que lhe desperta a atenção a criança foca-se nele e quer ir buscá-lo; com a ajuda do terapeuta acaba por entrar dentro do baloiço que balança suavemente; a sua atenção mantém-se no jogo e a terapeuta consegue fazer movimentos de vaivém e de lateralização por forma a promover a integração do movimento.

O processo de documentação é realizado em suporte de papel. Aquando da admissão da criança, é realizada uma reunião que visa obter informações acerca da criança e da família. Aqui podemos identificar se existem alguns stressores que estão a enviesar o desenvolvimento da criança, nomeadamente os fatores básicos de sobrevivência e a energia de que a criança dispõe para fazer face à sua reconstituição. É também valorizado o ambiente em que a criança se move, nomeadamente as creches/jardins de infância.

A Infância, o domicílio, o suporte familiar, que na ótica de Neuman (2010), influência e é influenciado pelo sistema de uma forma determinante.

A avaliação inicial é efetuada na presença do fisiatra, da gestora de caso (terapeuta que fica responsável pela elaboração do plano de intervenção) e do familiar de referência. O desenvolvimento é avaliado segundo a Escala de Mary Sheridan, o que vai de encontro ao preconizado pela DGS (PNSIJ, 2013), e que se revelou muito produtivo uma vez que tive oportunidade de observar a aplicação da mesma em situações de crianças com alterações do desenvolvimento. Durante estas consultas, foi possível identificar alguns mecanismos de reação apresentados pelas crianças, nomeadamente a necessidade de uma estimulação táctil muito pronunciada ou a ausência total da reação ao toque. Estes mecanismos de reação, nem sempre considerados pelos profissionais de enfermagem, revelam alterações do sistema sensorial que quando não são valorizadas podem levar à rutura das linhas de resistência e comprometer os mecanismos de reconstituição.

A valorização da informação facultada pelos pais é uma constante durante o processo de acompanhamento das crianças. O planeamento das sessões é feito de acordo com a disponibilidade dos pais, sendo que em algumas situações são realizadas no domicílio ou na creche/jardim-de-infância.

Também neste contexto se assiste a uma intervenção de parceria com a família, assumindo que esta é quem dispõe de um melhor conhecimento da criança. Existe uma preocupação em ensinar os pais sobre o que fazer e como fazer para poder garantir/estimular o desenvolvimento. Esta conduta fez-me pensar como é importante, ainda que em contexto hospitalar, investir nos ensinamentos para a saúde, na área do desenvolvimento infantil, numa perspetiva de prevenção primária, secundária e terciária. Empoderar os cuidadores com informação sobre cuidados

antecipatórios e atividades promotoras do desenvolvimento, como forma de fortalecer as linhas flexíveis de defesa, podem, não só evitar um desequilíbrio do sistema como ajudar na sua reconstituição. Na presença de uma criança com alterações do desenvolvimento, o enfermeiro deve ensinar os pais a reconhecerem as potencialidades do filho e a estimulá-las. Desta forma, vamos contribuir para o desenvolvimento de uma autopercepção da competência parental, que os torna mais aptos no desempenho da sua parentalidade (OE, 2010).

O contacto direto com a realidade de uma equipa de intervenção precoce permitiu-me, não só operacionalizar a importância dos cuidados promotores do desenvolvimento num contexto de internamento, mas também refletir acerca da importância de uma adequada vigilância do desenvolvimento das crianças e a sua referência precoce em situações em que se verificam alterações. Foi também importante conhecer um recurso da comunidade que visa “integrar a criança com deficiência num contexto o mais normal possível, a fim de fornecer aprendizagens e, consequentemente, o desenvolvimento das competências sociais desta, derrubando assim as barreiras de isolamento social.” (OE, 2010, p. 95).

### **2.1.3- Processos de cuidados promotores do desenvolvimento Infantil num Contexto de Cuidados de Saúde Primários**

O presente ensino clínico decorreu numa unidade de saúde familiar que integra o ACES que dá resposta ao Hospital onde vai decorrer a implementação do projeto final do meu percurso.

Os cuidados de saúde primários constituem o “primeiro nível de contacto com o sistema nacional de saúde para os indivíduos, as famílias e a comunidade, trazendo os cuidados de saúde tão próximos quanto possível para os locais onde as pessoas vivem e trabalham.” (CIE, 2008)

Neste nível de cuidados, o enfermeiro detém uma importante área de atuação. Estes profissionais, que representam o maior grupo de cuidadores dos sistemas de saúde de vários países, prestam cuidados nos vários ambientes em que se encontram os utentes, nomeadamente nas escolas e nos domicílios.

“O seu trabalho abrange a saúde da população, a promoção da saúde, a prevenção da doença, os cuidados de bem-estar, o primeiro ponto de contacto para os cuidados e a gestão da doença ao longo de todo o ciclo de vida.” (CIE, 2008). Por vezes os cuidados de saúde primários também são o último ponto de contacto das famílias, quando se trata de utentes com doenças crónicas em fases terminais.

São áreas de intervenção do enfermeiro da unidade de saúde familiar aqui descrita: A Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases de vida, Saúde da mulher, Saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente, Saúde do adulto e do idoso, Cuidados em situação de doença aguda, Acompanhamento clínico das situações de doença crónica e patologia múltipla, Cuidados no domicílio e a Interligação e colaboração em rede com outros serviços, sectores e níveis de diferenciação, numa perspetiva de «gestor de saúde» do cidadão.

Cada enfermeiro tem as suas famílias atribuídas, sendo que as consultas de enfermagem e os cuidados no domicílio são sempre assegurados pelo enfermeiro da família.

O enfermeiro de família representa uma metodologia de trabalho que, alicerçada numa abordagem sistémica, visa a prestação de cuidados à família, nos vários processos de saúde/doença, ao longo de todo o seu ciclo de vida. Este método de trabalho vai de encontro às diretrizes emanadas pela OMS que salienta a importância das metodologias de trabalhos direcionadas para a família.

Numa perspetiva dos cuidados promotores do desenvolvimento, entende-se que esta metodologia de trabalho pode ser uma mais-valia, na medida em que permite ao enfermeiro um conhecimento alargado do ambiente da criança, dos recursos e fragilidades do sistema e da cultura e hábitos familiares. Tal facto permite um planeamento de cuidados mais direcionado às necessidades de cada criança/adolescente.

Importa referir que integra a equipa de enfermagem uma enfermeira especialista em saúde maternal e uma enfermeira especialista em saúde da criança e do jovem. Cada enfermeiro especialista assume a responsabilidade das consultas de enfermagem da sua área de atuação, numa dinâmica de atualização e formação à equipa. Trata-se de uma preceptiva interessante de organização na medida em que

faz parte das competências do enfermeiro especialista “incorporar diretrizes na melhoria da qualidade na prática” (OE, 2010), bem como “elaborar programas de melhoria contínua” (OE, 2010). O ser especialista não se limita a um título profissional. É importante incorporar que, enquanto enfermeira especialista, numa perspetiva de partilha de saberes, tendo por base a evidência científica mais recente, devo desempenhar um papel ativo na melhoria dos cuidados prestados à criança/família.

Ao longo do estágio, tive oportunidade de participar nas consultas de enfermagem de saúde infantil, sob a orientação de vários enfermeiros. A consulta de enfermagem decorre, como já referido anteriormente, com o enfermeiro responsável pela família. Neste sentido, muitas das vezes, já existe um conhecimento prévio da família bem como uma relação terapêutica estabelecida. A consulta decorre na presença dos pais, sendo que os mesmos são ouvidos no que respeita às suas dúvidas e preocupações, bem como relativamente às competências adquiridas pelas crianças. A avaliação do desenvolvimento, até aos 6 anos, é feita através da aplicação da escala de Mary Sheridan Modificada, sendo que na idade escolar e adolescência se seguem os requisitos estabelecidos no PNSIJ (2013). Durante a consulta existe uma preocupação no que respeita aos cuidados antecipatórios e à identificação de possíveis stressores existentes. Verifica-se uma prática que incide sobretudo numa perspetiva de prevenção primária no sentido de empoderar os pais de conhecimentos que fortaleçam as linhas flexíveis de defesa e diminuam a possibilidade das crianças se encontrarem com os agentes stressores.

A OE, no regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem da saúde da criança e do jovem (2013), refere uma realidade onde se continua a observar uma taxa elevada de acidentes infantis (afogamento, intoxicações, quedas, feridas acidentais, entre outros, situações de sedentarismos, de abandono escolar, de gravidez na adolescência e de suicídio, fatores que podem comprometer definitivamente ou transitoriamente o desenvolvimento e crescimento da criança e do jovem). Torna-se, assim, emergente que os EEESIP detenham uma visão sistémica da família por forma a prevenir situações de desequilíbrio ou rutura do sistema/criança. É importante que o enfermeiro dos cuidados de saúde primários consiga identificar precocemente se a família se encontra desperta para a prevenção

de acidentes, se há adesão ao regime terapêutico (no caso de crianças com doença crónica) ou se o adolescente tem conhecimento de quais os meios contraceptivos a que deve recorrer. Só desta forma, porque os enfermeiros do centro de saúde são o primeiro acesso aos cuidados de saúde, é possível objetivar um futuro onde a qualidade de saúde possa ser uma realidade.

Participar nestas consultas revelou-se muito produtivo uma vez que tive oportunidade de aplicar a escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan nas várias idades da criança, o que muito contribuiu para a minha formação. Foi também muito interessante perceber que, apesar dos ensinamentos realizados em contexto hospitalar aquando do nascimento do recém-nascido, os pais ainda apresentam muitas reservas no que respeita às suas capacidades de “tomar conta” dos filhos, o que aponta para a exigência de adequadas estratégias de continuidade. Ainda que tenha acompanhado vários enfermeiros, verificou-se uma prática uniforme tendo por base as diretrizes mais recentes. Observei um planeamento de cuidados que promove a capacitação dos pais, por forma a desenvolver as suas competências parentais no cuidado à criança no garante do seu desenvolvimento. Penso que seria pertinente um maior investimento, por parte do enfermeiro durante a consulta de saúde infantil, na recomendação de atividades promotoras do desenvolvimento, tal como sugerido no PNSIJ (DGS, 2013).

A vacinação foi outra das atividades em que tive oportunidade de colaborar. Como todos os momentos que se apresentam como um confronto com um procedimento invasivo e a dor, é frequente pais e crianças manifestarem alguns sinais de desconforto. Esta questão é reconhecida pela equipa. A presença dos pais é permitida sendo que já é frequente a administração de vacinas ao colo dos mesmos, numa atitude de diminuir os fatores de stress e de possibilitar uma mediatização das queixas entre os pais e os prestadores de cuidados (OE, 2013).

Sempre que se trate de crianças em idade pré-escolar existe o recurso à brincadeira terapêutica, através de brinquedos do próprio ou de brinquedos disponíveis na sala. Esta intervenção vai de encontro à fase de desenvolvimento da criança que segundo a Teoria de Piaget se encontra na fase Pré-operacional, que se caracteriza por um pensamento mágico e intuitivo (Hockenberry, M. & Wilson, D., 2014).

Quando se tratam de recém-nascidos ou de crianças até aos 4-6 meses, a administração de vacinas é feita na maca, na presença dos pais, sem recurso ao uso da sacarose, do leite materno ou de medidas de contenção. Verifica-se, no entanto a utilização da sucção não nutritiva, (associada à administração de simeticone), e a voz suave e as carícias (muitas vezes feitas pelos pais). A EEESIJ verbalizou conhecer as vantagens da administração da sacarose no controlo da dor em recém-nascidos, aquando dos procedimentos dolorosos, no entanto, referiu que não se encontra disponível na unidade. A monitorização da dor não é realizada ainda que tenham conhecimento sobre as existências das escalas.

Como já referido anteriormente, a visita domiciliária ao recém-nascido, é uma das atividades realizadas pelos enfermeiros. Neste contexto o enfermeiro tem como intervenções vigiar a amamentação, a vinculação, as condições de segurança bem como realizar o teste do diagnóstico precoce de doenças metabólicas, monitorizar a evolução estado-ponderal e validar ensinamentos relativos às competências parentais, no fundo intervenções que atuam diretamente na garantia de um adequado desenvolvimento do recém-nascido.

A visita domiciliária é um cenário de atuação de excelência para a prática de enfermagem. Neste contexto, o enfermeiro tem um acesso mais próximo à realidade, pelo que se torna mais fidedigna a identificação do ambiente, dos agentes stressores e dos recursos da família. Este processo de cuidados adequa-se à teoria de sistemas. Segundo Neuman (2010), o sistema cliente dispõe de cinco variáveis: espiritual, psicológica, de desenvolvimento, sociocultural e fisiológica. Estas variáveis influenciam-se mutuamente sendo que o equilíbrio do sistema depende do equilíbrio que se estabelece entre elas. Quando se verifica a alteração de uma das variáveis acontece um gasto de energia excedente o que pode levar à alteração das linhas de resistência. Tal facto também acontece quando o sistema está sujeito a um stressor contra o qual não consegue ter energia para se equilibrar.

A visita domiciliária ao recém-nascido e família permite uma continuidade de cuidados entre o hospital e o domicílio que permite colmatar o grande fosso que muitas vezes se verifica entre os dois ambientes de cuidados de saúde. Uma equipa de saúde que reconhece a importância da visita revela que “é uma equipa capaz de prevenir mortes neonatais... sobretudo em contextos com elevada mortalidade e

sistemas de saúde enfraquecidos” (Chirtofel, M. & Leandro, J., 2011, p.224), promotora de cuidados que visam a qualidade de vida das crianças na medida em que contribuem para o seu crescimento e desenvolvimento harmonioso

O recém-nascido é um sistema totalmente depende dos cuidadores. Como já foi aqui referido, é frequente os pais verbalizarem dúvidas no que concerne à sua capacidade para serem pais. Isto reporta-nos para questões sobre a importância de, enquanto enfermeiros, garantir em cada momento, uma capacitação efetiva dos cuidadores para o desempenho do papel parental. Segundo Paiva (2006, p15) “ajudar as mães e os pais na aquisição de competências associadas a um eficaz desempenho do papel parental parece constituir uma dimensão pró-ativa e construtiva dos sistemas de fornecimento de cuidados de saúde.” Para capacitar é necessário ensinar, validar, instruir e treinar. Para ensinar, instruir e treinar é necessário conhecer a dinâmica do sistema família uma vez que “as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde só fazem sentido quando atendem às necessidades reais das famílias e têm significados dentro do seu contexto social, económica e cultural em que elas se inserem.” (Chirtofel, M. & Leandro, J., 2011, p. 230).

Após o supra citado, torna-se pertinente refletir sobre a importância dos registos, como sendo um dos momentos do processo de enfermagem. Segundo o REPE (1996), no Artigo 5º, os cuidados de enfermagem são caracterizados por utilizarem uma metodologia científica que inclui: “a) A identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade; b) A recolha e apreciação de dados sobre cada situação que se apresenta; c) A formulação do diagnóstico de enfermagem; d) A elaboração e realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem; e) A execução correta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários; f) A avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções.” (REPE, Artigo 5º, p.)

Já aqui foi referido que existe uma lacuna entre a transmissão da informação entre cuidados de saúde primários e hospital. Esta descontinuidade, em grande medida, deve-se à ausência de um sistema de informação que, por um lado espelhe o processo de enfermagem, e que por outro permita a continuidade de cuidados entre a unidade hospitalar e os cuidados de saúde primários e vice-versa.

O sistema de registos da Unidade de Saúde Familiar é um sistema de informação informático não compatível com o hospitalar. É um sistema que não utiliza uma linguagem classificada e que não inclui as várias fases do processo de enfermagem. No entanto, quando elaborados os registos em “campo aberto”, verifica-se uma preocupação em redigir qual a intervenção realizada e os resultados obtidos com a mesma. Positivo, é o facto de dispor de um instrumento de colheita de dados muito completo, que é complementado ao longo das várias consultas, e que permite um conhecimento alargado e consistente da família. No entanto, estas informações tão importantes para o cuidado de enfermagem em contexto hospitalar, permanecem estáticas na USF.

Quando nasce um recém-nascido, os profissionais de enfermagem do hospital ou clinica, iniciam processos de cuidados que visam a capacitação dos pais para assegurarem o melhor crescimento e desenvolvimento da criança. Percebi, aquando da participação da visita domiciliária, que muitas vezes os ensinamentos não se encontram adequados aos recursos da família. O que seriam intervenções que integram a prevenção primária tornam-se, muitas vezes, agentes stressores que podem fragilizar o sistema. Na alta, o recém-nascido e a família vão para o domicílio e ficam à responsabilidade da rede de suporte familiar e dos cuidados de saúde primários. Estes, por sua vez, para além da história do parto ou de alguma intercorrência clínica muito específica, pouco acesso têm à informação do plano de cuidados relativos ao recém-nascido/família. Torna-se premente investir na partilha de informação entre os vários contextos de cuidados ao recém-nascido e família por forma assegurar uma assistência individualizada promotora do desenvolvimento infantil.

Investir na qualidade da documentação em enfermagem é, sem dúvida investir na continuidade e qualidade dos cuidados prestados. O contacto com a realidade do USF permitiu-me incorporar a importância de uma colheita de dados inicial, aquando da admissão da família em meio hospitalar bem como a relevância da realização de uma carta de alta que espelhe o planeamento de cuidados do recém-nascido/família. O presente ensino clínico trouxe grandes valias para o meu percurso. Tratando-se de uma realidade que me era quase desconhecida, fez-me refletir como é importante que os profissionais dos diferentes níveis de cuidados adotem uma prática centrada

nas necessidades das famílias, numa dinâmica de comunicação intersectorial, no garante da promoção do desenvolvimento das crianças.

#### **2.1.4- Processos de cuidados promotores do desenvolvimento infantil num contexto de serviço de urgência de pediatria:**

A ida a uma unidade hospitalar, numa situação de alteração do bem estar da criança e a perspectiva de internamento são, muitas vezes, as primeiras situações de crise enfrentadas pelas crianças e famílias.

O primeiro contacto da criança/família no serviço de urgência onde decorreu o ensino clínico é no posto de “Triagem”. Neste contexto a triagem é efetuada por um enfermeiro perito sendo que o modelo de triagem utilizado é a Triagem de Manchester. Todos os enfermeiros que efetuam triagem são capacitados com uma formação específica sobre como aplicar este método.

Triagem é um termo que surge do Francês *trier* o que significa escolher ou selecionar. Nome que conhece uma grande aplicação durante as grandes guerras, atualmente é utilizado largamente nos sistemas de saúde (Iserson, K., Moskop, J., 2007). Como forma de selecionar os casos mais urgentes, garantindo que a criança recebe cuidados atempados de acordo com as suas necessidades de saúde, desenvolveram-se alguns sistemas de triagem.

A triagem de Manchester, ainda polémica na área da pediatria, foi considerada como “...imperativa para a admissão em tempo útil das situações verdadeiramente graves.” (Andrade, T., Casanova, C., Carvalho, F., Fernandes, A., (2008).

Os curtos minutos que devem durar a triagem (2 a 5 minutos, por vezes um pouco mais em crianças pequenas), são minutos de acolhimento que representam o início da relação terapêutica Enfermeiro/criança/família. Dá-se o início do processo de comunicação (verbal e não verbal) que se pretende securizante no sentido de criar um ambiente de confiança e de apoio. É um dos momentos em que

*“privilegiamos uma comunicação mais próxima dos pais, a qual permite dar respostas, tentando diminuir a ansiedade, as dúvidas e os medos que os pais demonstram, tentando evitar possíveis situações de tensão, que poderão*

*acontecer, geralmente causadas pela ansiedade e falta de respostas verbalizadas ou manifestadas pelos pais” (Andrade, T., Casanova, C., Carvalho, F., Fernandes, A., 2008, p.16)*

É determinante que o enfermeiro, através da comunicação permita *“um envolvimento seguro, construtivo e compreensivo, para que a criança encontre caminhos para manter as capacidades próprias da sua fase de desenvolvimento e a participar de experiências que estimulem o seu crescimento.”* (Jansen M., Santos M., Favero L, 2010)

Ao longo do estágio, tive oportunidades de assistir e participar na triagem de vários recém-nascidos, crianças e adolescentes. Revelou-se uma experiência muito enriquecedora. Pude aperceber-me que um momento tão curto de interação com a criança/família, se revela posteriormente tão importante para o resto do internamento. É neste primeiro contacto que o enfermeiro inicia a colheita de dados da criança e da família que lhe permitem identificar (ainda que de forma sucinta) quais os stressores que podem estar inerentes à alteração da situação de bem-estar da criança. As atividades diagnósticas realizadas no momento da admissão são “instrumentos” importantes no que concerne à identificação de mecanismos de reação do sistema, essenciais para o planeamento das intervenções. Para proceder ao planeamento de cuidados à criança com dificuldade respiratória é essencial que o enfermeiro saiba os seus antecedentes e consiga identificar quais os stressores que podem estar por detrás da presente descompensação. Assisti, em mais do que uma situação, em que a criança recorreu ao serviço de urgência por alterações respiratórias. Aquando da colheita de dados apercebemo-nos que a supressão da administração da terapêutica era o stressor desencadeador do desequilíbrio do sistema. Este stressor era agravado por outros stressores extra-pessoais, como o desemprego dos pais e a consequente dificuldade financeira. Neste contexto existe um compromisso na adesão ao regime terapêutico sendo que por vezes é necessária a articulação com outros elementos da equipa de saúde como a Assistente Social.

A hospitalização da criança, ainda que por um curto período de tempo, é por si só um stressor acrescido à sua situação de saúde. A quebra da rotina diária, a alteração do ambiente, o medo da separação e do desconhecido e o medo da dor e

das alterações corporais faz com que esta se possa revelar numa experiência com consequências a nível do desenvolvimento. Segundo Brazelton, T., Sparrow, J., 2010) é frequente, face à hospitalização, as crianças apresentarem regressões a nível do seu comportamento.

“Compreender que a criança hospitalizada está imersa em fatores de stress que podem gerar um estado de desequilíbrio, coloca o enfermeiro numa situação estratégica no processo de hospitalização.” (Martins, T., Silvino, Z., 2010)

Uma prática de cuidados não traumáticos recruta um conjunto de intervenções primárias, que fortalecem as linhas flexíveis de defesa o que contribui para o equilíbrio do sistema.

Os cuidados não traumáticos integram uma filosofia de cuidados centrados na família e consistem no “fornecimento de cuidados terapêuticos, 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, no sistema de cuidados de saúde.” (Hockenberry, Wilson, 2014, p12). Numa perspetiva de intervenção primária, os cuidados não-traumáticos têm os objetivos de prevenir e minimizar a separação da criança da sua família, de promover uma situação de controlo e de prevenir ou minimizar a lesão corporal ou a dor. (Hockenberry, Wilson, 2014).

Durante a estadia no serviço de urgência onde decorreu o ensino clínico, os pais podem acompanhar a criança durante todo o internamento, ainda que só possa estar junto da mesma um cuidador. Verifica-se a preocupação de que a criança esteja sempre acompanhada por um adulto de referência. De todos os momentos de acolhimento a que tive oportunidade de assistir, no momento da admissão, nunca se verificou a preocupação de explicar o ambiente da unidade de saúde. Contudo, os enfermeiros andam sempre identificados, e por vezes identificam os vários elementos da equipa junto da família. Existe uma tentativa de conhecer os hábitos da dinâmica familiar no entanto, devido às limitações físicas e temporais, por vezes é difícil de as mobilizar no planeamento de cuidados. A preparação das crianças para os procedimentos é meramente informativa, no momento. Não existe qualquer preparação específica para a cirurgia. O consentimento informado é obtido através da assinatura dos pais após uma breve explicação sobre o procedimento. Poucas

são as vezes em que a criança é envolvida na explicação ainda que esta facilmente consista para aumentar os medos da criança pré-escolar e escolar, na medida em que facilmente cria fantasias sobre as informações a que tem acesso e não consegue decifrar.

Os procedimentos invasivos, nomeadamente a punção venosa, são realizados num espaço diferente da unidade de internamento, no entanto, não se verifica o recurso à sacarose ou a outras estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, como a brincadeira terapêutica, a punção venosa ao colo dos pais ou o recurso à analgesia local, como o EMLA.

A prática de cuidados não-traumáticos é pouco observada neste contexto, possivelmente por se tratar de uma equipa onde só existe um especialista com vários enfermeiros recém-formados. Segundo Benner, P. (2001), o enfermeiro recém-formado, independentemente da sua formação, encontra-se num estágio inicial do desenvolvimento de competências, o de “iniciado”. A maturação dos conhecimentos tem que passar por uma prática reflexiva individual e por formação em contexto de trabalho. Ainda que não faça parte das competências do enfermeiro generalista os princípios básicos dos cuidados à criança, é fundamental que cada enfermeiro assuma uma responsabilidade de formação no sentido da prestação de cuidados de qualidade, que minimize o impacto da hospitalização. Sendo a qualidade dos cuidados prestados diretamente dependente do nível de competências dos enfermeiros, ganha importância a temática deste projecto, no qual se prevê a revisão de normas de procedimentos, relativos aos cuidados promotores do desenvolvimento infantil. A revisão/elaboração de normas pressupõe uma atitude reflexiva “sobre experiências e conhecimentos profissionais, tendo em conta não apenas o saber teórico mas também o saber aplicado normalmente manifestado através da apreciação dos processos que resultam” (Alarcão, I., 2001).

O sistema de informação em enfermagem é informático, sendo que o Workflow não é compatível com o Desktop disponível nos internamentos. A colheita de dados é parcialmente registada em “notas corridas” pelo que por vezes dá-se a perda de informação. Os registos são realizados em forma de intervenção (o workflow não dispõe do processo de enfermagem) que não são visualizados nos internamentos.

A implementação do processo de enfermagem na Urgência está programado para o mês de Maio de 2014. Estará disponível o mesmo sistema de registos, compatível com o sistema dos internamentos, o que vai permitir a continuidade da documentação, tornando o planeamento dinâmico que acompanha a criança ao longo de todo o internamento. Acredito que este processo de mudança será muito positivo no desenvolvimento do pensamento da equipa, o que irá facilitar o incorporar de novas práticas no que respeita aos cuidados não-traumáticos. O Enfermeiro que vai implementar o processo de enfermagem na Urgência é EEESCJ, o que o torna um elemento “responsável por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade”. (OE, 2010).

O contacto com esta realidade reitera a importância de me debruçar sobre o foco de enfermagem, desenvolvimento infantil, tanto no que respeita às práticas desenvolvidas como no que concerne à documentação efetuada como forma de assegurar cuidados individualizados que o promovam e protejam.

### **3. - DESENVOLVIMENTO DE UM SISTEMA DE REGISTOS ENFERMAGEM, RELATIVO AO FOCO DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

A enfermagem é uma disciplina com pouco anos de existência. Como disciplina recente que é, ressalta a importância de construir um corpo de conhecimento com uma linguagem determinada pois “uma disciplina só é reconhecida como ciência, entre outros aspetos, pela determinação da sua conceptualização e fenómenos específicos.”

O processo de enfermagem, que tem as suas raízes em Florence Nightingale, surge como uma metodologia científica que operacionaliza a prática de enfermagem. Orlando, no início dos anos sessenta, define o processo de enfermagem com o objetivo de desenvolver uma prática individual na qual o “enfermeiro pudesse detetar um problema ou necessidades nos pacientes, e, a partir daí, desenvolver um plano de cuidados específicos.”

Historicamente, o processo de enfermagem tem sofrido algumas alterações. Segundo Pesut, Herman (1999), o processo de enfermagem evoluiu em três gerações distintas. Inicialmente, composto por 4 fases: avaliação inicial, planeamento, intervenções e avaliação, a metodologia de trabalho do enfermeiro centrava-se em conseguir resolver os problemas dos pacientes. No ano de 1973 realiza-se a primeira Conferência de Diagnósticos de Enfermagem. Na sequência desta reunião vários trabalhos de investigação estudam a pertinência de se incluir o diagnóstico como uma fase do julgamento clínico do enfermeiro. Ainda no mesmo ano são publicados pela ANA os “Standards of Nursing Practice”, que definem o processo de enfermagem em 5 fases: avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação. Nasce, assim, a segunda geração do processo de enfermagem onde o pensamento de enfermagem abandona uma lógica linear e passa a incluir decisões baseadas em conhecimento e teorias. Os anos oitenta simbolizaram uma mudança significativa na gestão em saúde onde se assume a grande importância dos resultados obtidos. Nos anos noventa surge a terceira geração do processo que se foca nos resultados de enfermagem. O enfermeiro deve

partir de um pensamento crítico que lhe possibilite diagnosticar, intervir e identificar um resultado.

Betty Neuman (2002), teórica que orienta a reflexão ao longo do meu percurso de aprendizagem, define o processo de enfermagem em três momentos distintos: Diagnóstico, as Metas e os Resultados Obtidos. Esta estrutura do processo de enfermagem, que incluiu na terceira geração, revela-se assim bastante atual, tal como referido aquando da elaboração do relatório do projeto, inscreve-se na estrutura substantiva do RMDE que “sob o ponto de vista clínico corresponde a um conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem”.

Ao longo do percurso, algumas situações houve em que foi difícil encontrar uma prática de cuidados assente no processo de enfermagem. É frequente o enfermeiro centrar-se nas intervenções realizadas e deter pouca atenção aos resultados obtidos. Esta realidade vem de encontro à literatura que revela ser comum existir uma prática pouco fundamentada. Segundo Leal (2006), a implementação de uma metodologia científica na prática de enfermagem tem sido escassa observando-se uma grande dificuldade na sua implementação. No entanto é factual que o enfermeiro deve basear a sua prática numa metodologia reflexiva, capaz de adequar um planeamento de cuidados a cada utente, numa perspetiva de avaliação contínua, no sentido de conseguir a sua melhor situação de bem-estar.

Para Doenges & Moorhouse, 2012, o processo de enfermagem permite uma linguagem comum que unifica a prática, assegura a continuidade dos cuidados, ajuda a desenvolver padrões de qualidade, permite avaliar a contribuição da enfermagem para os cuidados e permite estabelecer relações custo/benefício ao mesmo que tempo que permite um cuidado holístico.

A continuidade de cuidados só pode ser assegurada se os cuidados de enfermagem forem devidamente documentados. A documentação do processo de enfermagem promove a continuidade de cuidados, produz documentação dos cuidados prestados, otimiza a sua gestão, possibilita a sua avaliação e facilita a investigação (Doenges & Moorhouse, 2012). No entanto, nas várias realidades que tive oportunidade de conhecer ao longo deste percurso, sempre que abordei o tema dos “registos” os enfermeiros referiram que “ocupavam muito tempo do seu turno; que tiravam tempo às crianças e às famílias e que prejudicavam a prestação de

cuidados”. Existe no entanto, um pequeno grupo de enfermeiros que verbalizaram compreender a sua importância para a profissão de enfermagem. Urge assim sensibilizar os enfermeiros para a importância da documentação dos cuidados uma vez que só deste modo é possível assegurar uma prestação de cuidados de qualidade, bem como dar visibilidade à prática de enfermagem. Segundo a OE (2001), faz parte da organização dos cuidados de enfermagem a “existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente.”

O hospital onde trabalho, local onde me propus desenvolver o projeto, dispõe de uma cultura organizacional promotora da formação. Na promoção da qualidade dos cuidados, com o objetivo de assegurar que todos os clientes têm um plano de cuidados individualizado, suportado no processo de enfermagem, em Dezembro de 2011, inicia-se o processo de construção do padrão documental de enfermagem.

Segundo Paiva (2006), existe uma necessidade real da documentação do processo de enfermagem em suporte informático sob pena de ela se tornar num aglomerado de informação com uma mais-valia diminuta no que se refere à obtenção de conhecimentos decorrentes da experiência.

No ano de 1989, o CIE, aprovou, em Seul, o desenvolvimento de uma Classificação para a prática de Enfermagem. Em 1995 foi editada a versão Alfa da CIPE que tem assistido a várias reformulações. A última versão traduzida para Português é a Versão 2.

Ainda que se verifique alguma resistência, por parte do corpo de enfermagem, na utilização de uma taxonomia universal, vários são os teóricos/entidades que a defendem. Doenges & Moorhouse (2010) reiteram a sua importância como forma de dar visibilidade à prática de enfermagem permitindo, no entanto, um planeamento de cuidados individualizados que dá resposta às necessidades dos utentes. Neuman (2002), sustenta esta perspectiva quando manifesta que a documentação em enfermagem deve ser feita numa linguagem comum a toda a comunidade. O CIE (2010) refere que a CIPE é indispensável para a investigação, para a gestão e para a visibilidade da prática de enfermagem. A OE e a OMS subsidiam a importância

desta taxonomia ao elegerem a CIPE como linguagem a ser utilizada nos sistemas de informação.

Recorrendo a um SIE informático, tendo como linha orientadora o RMDE e utilizando a CIPE versão 2 como taxonomia, dá-se o começo de um percurso que se revelou surpreendente.

Tal como referido no relatório do projeto, por constrangimentos de ordem diversa, o foco do Desenvolvimento Infantil, ficou por “construir”.

No entanto, por me ser um tema muito desejado e por constituir um Foco importante na prestação de cuidados em contexto de pediatria, tornou-se pertinente o seu desenvolvimento.

Dando continuidade ao já iniciado, o padrão documental do desenvolvimento infantil foi “desenhado” para o sistema de informação informático vigente na instituição sendo a linguagem utilizada a CIPE versão 2, como veremos no ponto seguinte.

### **3.1 – Elaborar linhas orientadoras, para a tomada de decisão do enfermeiro, relativamente ao foco “Desenvolvimento Infantil”**

A equipa de enfermagem da instituição onde será implementado o projeto da construção do foco Desenvolvimento Infantil “é uma equipa com uma maioria de enfermeiros que se encontram nos três primeiros níveis de desenvolvimento de competências – Iniciado, iniciado avançado e competente” (Benner, 2001).

Aquando do processo de enfermagem, os enfermeiros devem, na tomada de decisão,” identificar as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efetuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.” (OE, 2001).

Nos níveis de competências de iniciado, iniciado avançado e competente, os enfermeiros necessitam de orientações, que fomentem a reflexão e a integração de novos conhecimentos, na tomada de decisão. (Benner, 2001). Estas orientações devem ser facultadas e elaboradas por enfermeiros peritos que segundo Benner

(2001), dispõem de uma vasta experiência que lhes permite compreender de forma intuitiva cada situação e a quem se recorre como fonte de conhecimento.

Os enfermeiros que estiveram na elaboração das linhas orientadoras para a tomada de decisão, relativamente à enunciação do Foco em estudo, são enfermeiros peritos na área da pediatria, alguns deles EEESCJ, conhecedores da realidade, não só dos recursos humanos, como também da população-alvo que habitualmente recorre à instituição. Ou seja, têm na posse o conhecimento das necessidades de cuidados dos clientes bem como do estágio de desenvolvimento profissional dos enfermeiros. A tomada de decisão do enfermeiro deve incluir os resultados da evidência científica mais recentes. A OE (2001, p10) reconhece que a elaboração de “guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.”

Sem aspiração em elaborar um guia de boas práticas, enquanto documento de regulação profissional, este grupo de trabalho, que “integrei” durante o desenvolvimento do projeto, denominado Grupo de Apreciação do Processo de Enfermagem (GAPE), pretendeu sintetizar, num documento orientador, as evidências mais recentes da investigação, relativas ao Foco do desenvolvimento infantil, que ajudem o enfermeiro na tomada de decisão. Saliencia-se que este documento é um subsídio para a tomada de decisão e nunca a sua substituição. “O parecer clínico e a tomada de decisão do enfermeiro serão sempre essenciais para a prestação de cuidados individualizados aos doentes e às respetivas famílias.” (CIE, 2009)

Durante a construção do padrão relativo ao Foco em estudo, várias foram as oportunidades de “discussão” sobre os diagnósticos que deveriam ser incluídos no padrão documental da pediatria. Foram reuniões de trabalho muito interessantes que muito contribuíram para o desenvolvimento das minhas competências enquanto futuro EEESCJ. Este percurso permitiu-me gerir e colaborar “num programa de melhoria de qualidade” (OE, 2010), na minha área da especialidade. O resultado dessas reuniões encontra-se sistematizado no apêndice II.

Tendo por base a bibliografia definiram-se dois diagnósticos relativos ao Foco do Desenvolvimento Infantil:

- Desenvolvimento infantil Comprometido

- Desenvolvimento Infantil Risco;

e que, no sentido da sua clarificação, serão apresentados em seguida.

### **3.1.1- Desenvolvimento Infantil Comprometido**

A CIPE, versão 2, define Comprometido como “Juízo positivo ou negativo: estado julgado como negativo, alterado, comprometido ou ineficaz.”

Assume-se assim que todas as crianças que apresentem uma alteração no seu desenvolvimento evidenciem um compromisso do mesmo. Segundo o Serviço Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), o desenvolvimento infantil encontra-se comprometido sempre que a criança ou o jovem apresente “Alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam o normal desenvolvimento e a participação nas atividades típicas, tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios, para a respetiva idade e contexto social.” (SNIPI, 2014, p2) Segundo esta entidade, o desenvolvimento encontra-se comprometido quando existe um atraso de desenvolvimento sem etiologia conhecida ou quando existe um diagnóstico clínico que esteja relacionado com situações de alterações do desenvolvimento, como anomalia cromossómica, perturbação neurológica, malformações congénitas, doença metabólica, défice sensorial, perturbações relacionadas com exposição pré-natal a agentes teratogénicos ou a narcóticos, cocaína e outras drogas, perturbações relacionadas com infeções severas congénitas, doença crónica grave, desenvolvimento atípico com alterações na relação e comunicação e perturbações graves da vinculação e outras perturbações emocionais. (SNIPI, 2014). Estes stressores identificados, responsáveis por alterações do desenvolvimento e crescimento físico, social e mental progressivo da criança (CIPE, 2010), são também relatados na bibliografia (Hockenberry, Wilson, 2014). Sugere-se assim a enunciação do Diagnóstico: Desenvolvimento Infantil Comprometido, sempre que a criança apresente alguma das alterações supra-citadas.

### **3.1.2- Desenvolvimento Infantil Risco**

Risco é definido na CIPE, versão 2, como: “Potencialidade: existir em possibilidade, risco.”. Entende-se então que o desenvolvimento se encontra em risco sempre que o enfermeiro identifique um stressor que esteja associado a possíveis alterações no desenvolvimento.

A hospitalização de uma criança, por si, constitui um stressor importante ao sistema. Este stress ambiental, pela situação clínica, é muitas vezes associado a outros stressores intra e inter pessoais. Entende-se então que a hospitalização é um acontecimento que pode facilmente fragilizar ou deteriorar as linhas flexíveis de defesa o que pode se traduzir numa alteração do desenvolvimento infantil. Do ponto de vista da pesquisa bibliográfica e dos conteúdos apreendidos ao longo do estágio, é factual que no recém-nascido a hospitalização constitui um risco para o desenvolvimento infantil. Os vários estudos e autores aqui citados são unânimes em referir que, na idade neonatal, a hospitalização representa um conjunto de stressores que, pela situação de grande fragilidade do sistema, facilmente pode comprometer o desenvolvimento infantil.

Relativamente à restante idade pediátrica, Barros (2003) identifica o período dos 6 meses ao 6 anos, como o intervalo etário mais susceptível à hospitalização. Segundo a mesma autora, tal facto deve-se às fases de desenvolvimento em que a criança se encontra sendo que, antes dos seis meses de idade o stress da separação e a presença do medo é menor, uma vez que não existe presença do objeto, e após os seis anos a compreensão da realidade já permite integrar as experiências de forma operatória. Por sua vez, durante a primeira infância e no período pré-escolar, as crianças têm dificuldade em compreender a separação, bem como as causas dos procedimentos e da própria hospitalização. Tendem a criar fantasias assustadoras que podem facilmente criar alterações do comportamento. Brazelton (2010) subsidia esta ideia ao referir que é frequente as crianças em idade pré-escolar manifestarem comportamentos de regressão do desenvolvimento no período pós-hospitalização.

Entende-se então que do ponto de vista da idade, a hospitalização representa um risco real para o desenvolvimento entre aos 6 meses e os 6 anos de idade.

No entanto, a idade por si não pode ser considerada um stressor determinante. É fundamental que o enfermeiro proceda a uma adequada colheita de dados da criança e família, no sentido de identificar o seu conceito de bem-estar e perceber qual o desvio que se verifica. Outras experiências de hospitalização anteriores traumáticas e internamentos anteriores superiores a 2 semanas, podem representar stressores importantes para o desenvolvimento (Barros, 2003).

O SNIPI (2014) identifica ainda os seguintes stressores que podem pôr em risco o desenvolvimento infantil: stressores parentais (mães adolescentes, abuso de álcool ou outras substâncias aditivas, maus-tratos, doença do foro psiquiátrico, doença física incapacitante ou limitativa dos cuidadores) e stressores contextuais (isolamento geográfico ou social, famílias disfuncionais e preocupações manifestadas pelos cuidadores relativas ao desenvolvimento da criança). O enfermeiro deve estar alerta para a identificação dos stressores supra-citados uma vez que “atuam como obstáculo às atividades e à participação da criança limitando as suas oportunidades de desenvolvimento e impossibilitando ou dificultando o seu bem-estar”. (SNIPI, 2014)

Tendo em conta a pesquisa bibliográfica e o conhecimento da população-alvo do departamento de pediatria, entendeu-se que o Diagnóstico Desenvolvimento Infantil Risco deve ser enunciado nas seguintes situações:

- Recém-nascidos;
- Crianças entre os 6 meses e os 6 anos;
- Crianças com hospitalizações anteriores;
- Crianças com internamentos superiores a duas semanas;
- Filhos de mães adolescentes
- Filhos de pais com hábitos alcoólicos/drogas
- Crianças cujos cuidadores sofrem de doenças psiquiátricas
- Crianças cujos cuidadores apresentem doença física que limite a prestação de cuidados;
- Crianças com famílias disfuncionais
- Preocupações, relativas ao desenvolvimento da criança, verbalizadas pelos cuidadores.

A identificação de stressores de risco ao desenvolvimento permite um planeamento de cuidados centrado na prevenção primária, ou seja, o reconhecimento atempado dos stressores permite a implementação de intervenções que fortaleçam as linhas flexíveis de defesa no sentido de se manter o equilíbrio do sistema no que concerne ao desenvolvimento infantil.

### **3.1.3- Um cuidar sistémico para o desenvolvimento infantil**

Os dois subcapítulos anteriores permitiram uma reflexão sobre a enunciação dos diagnósticos relativos ao desenvolvimento infantil. Consideramos ser previsível que a muitas das crianças internadas não se aplique um diagnóstico de enfermagem relativo ao Desenvolvimento infantil. Tal facto não é sinónimo de que o Desenvolvimento infantil deixe de constituir um Foco de atenção do Enfermeiro, nomeadamente do EEESCJ.

Na pediatria, a prática de enfermagem deve ser pautada por uma intervenção fundamentada nas fases de desenvolvimento da criança.

Longe vão os tempos em que a hospitalização representava momentos de terror na vida das crianças e famílias. Apesar do contacto com o ambiente hospitalar se manter uma fonte de stress e ansiedade para o utente pediátrico, “sabemos hoje que é possível reduzir os efeitos negativos dessa experiência, e mesmo potencializar os seus aspetos mais enriquecedores”. (Barros, 2003)

Atualmente, o grande desafio da equipa multidisciplinar, com grande enfoque para a enfermagem, é conseguir aperfeiçoar medidas concretas que permitam transformar a hospitalização numa experiência positiva e de aprendizagem promotora do desenvolvimento. Para tal ser possível é necessário que o enfermeiro considere a criança e a família como um sistema aberto e fortemente influenciado pelo ambiente. Sendo a hospitalização um stressor, pretende-se que a experiência comporte apenas o nível de stress mínimo, que a criança e a família consigam gerir, por forma a torna-lo num sistema mais capaz de enfrentar novas situações e desafios. A hospitalização só se assume um momento de aprendizagem e desenvolvimento quando se torna numa situação de stress moderado “em conjugação com a

disponibilidade de figuras apoiantes e securizantes, e de modelos de atuação adequados.” (Barros, 2003)

Mais uma vez se concluiu que a filosofia de cuidados a adotar na pediatria é uma filosofia de cuidados centrados na família. O trabalho em parceria com a família vai possibilitar um maior conhecimento das rotinas e ambientes familiares o que permitirá uma prática de cuidados não traumáticos mais efetiva. Conhecer os fatores de sobrevivência do Sistema, possibilita uma intervenção mais dirigida na diminuição do stress associado às intervenções, para tal é determinante investir numa colheita de dados inicial, para o que, sempre que necessário, o Enfermeiro de CSP deve ser contactado no sentido de melhor ajudar a compreender o ambiente familiar e a noção de equilíbrio do sistema.

Os grandes stressores da hospitalização, sobre os quais já se refletiu anteriormente, prendem-se com três Focos de Enfermagem: Parentalidade, o Medo e a Dor.

A Parentalidade é definida como “Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados.” (CIPE, Versão 2, 2010) Quando a criança/família se encontra hospitalizada altera-se a sua situação de bem-estar, pelo que a capacidade de “tomar conta” dos cuidadores fica comprometida. O enfermeiro deve adotar intervenções como “Promover o Envolvimento da Família”, “Explicar sobre o ambiente da Unidade de Saúde”, “Explicar sobre direitos” e “Supervisionar o Papel Parental”, que visam o envolvimento da família no sentido de preservar as rotinas da criança e de diminuir o medo da separação. A presença dos pais é securizante para a criança. O conhecimento que os cuidadores têm da equipa e do meio envolvente possibilita uma participação real no planeamento dos cuidados e na tomada de decisão. É importante informar, os pais e as crianças, no momento do acolhimento, que estes podem estar sempre juntos ao longo do internamento. Uma medida que vem descrita na “Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada” e que muito tem contribuído para a humanização dos serviços no sentido da diminuição da ansiedade face ao internamento.

O Medo, tão mencionado na bibliografia enquanto stressor da hospitalização, é definido pela CIPE, versão 2 (2010) como uma “Emoção negativa: sentir-se ameaçado, em perigo ou perturbado devido a causas conhecidas ou desconhecidas, por vezes acompanhado de uma resposta fisiológica do tipo lutar ou fugir.” Na pediatria os medos são vários, medo da dor, medo dos procedimentos, medo das alterações corporais, medo da separação. Vários são os estudos que referem a importância da preparação das crianças e adolescentes para os procedimentos. Tendo como linha orientadora a fase do desenvolvimento da criança (recurso), o enfermeiro deve “Explicar Procedimento”, “Apoiar a criança”, “Escutar a criança”, “Identificar o medo” e “Promover o envolvimento da Família”. As referidas intervenções primárias têm por objetivo a redução do medo face à hospitalização. Brazelton (2010) refere a importância da preparação das crianças em idade pré-escolar para a cirurgia, na recuperação pós-operatória e no restabelecimento das suas rotinas habituais. Lim-Sulit V., Rode J., Wyles R., (2006) reportam as mais-valias da preparação das crianças e família na preparação para procedimentos cirúrgicos, quer nas repercussões para o desenvolvimento, quer na Aceitação do Estado de Saúde e na Adesão ao Regime Terapêutico. Barros (2003) menciona o impacto de programas de modelagem na preparação para os procedimentos, nos quais se incluiu a cirurgia, na diminuição da ansiedade e do medo.

A Dor, tema tão vastamente estudado na pediatria, é definida pela CIPE, (versão 2, 2010) como “Perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite.” Caracterizada por uma experiência negativa e traumática, a dor arroga-se um dos grandes focos de atenção do EEESCJ. “As estratégias não farmacológicas constituem um recurso primordial no controlo da dor da criança e do jovem.” (OE, 2013). Neste contexto o enfermeiro deve adotar intervenções primárias como “Adequar medidas não farmacológicas”, “Monitorizar a dor”, “Promover o Envolvimento da Família” e “Gerir analgesia”, nomeadamente na aplicação do EMLA antes das punções venosas. Mais uma vez, a perceção da dor e a integração de

uma experiência dolorosa difere de acordo com estágio de desenvolvimento da criança, pelo que a intervenção de enfermagem deve ser pautada por uma abordagem desenvolvimentista.

Esta abordagem holística da criança inscreve-se na visão sistémica defendida pelo modelo de Neuman. Os stressores da hospitalização que podem danificar as linhas de defesa da criança/família, quando não mitigados, podem provocar uma reação do sistema que pode comprometer a variável do desenvolvimento. Assume-se aqui a importância da prevenção primária na manutenção/proteção do desenvolvimento infantil.

A reflexão até aqui realizada relevou-se de grande importância para a construção do padrão documental relativo ao Foco do desenvolvimento infantil. O subcapítulo seguinte debruça-se sobre a construção desse mesmo padrão.

### **3.2- O Desenho do Padrão Documental relativo ao foco Desenvolvimento Infantil**

A importância da documentação em enfermagem, para a visibilidade desta disciplina, já foi aqui anteriormente abordada. Os registos espelham os cuidados de enfermagem, dão continuidade aos mesmos e constituem uma importante fonte de informação que muito pode contribuir para a construção de um de corpo de conhecimento. Por sua vez, os resultados obtidos na investigação são essenciais no julgamento clínico como forma de fundamentar a tomada de decisão. Assiste-se a uma influência mútua, que coloca no centro a importância dos registos. No entanto, não é a quantidade dos registos que importa, mas sim a sua qualidade. Neste sentido foi necessária a implementação de modelos de agregação e análise de dados que otimizem a informação em enfermagem (Pereira, 2009). Segundo o mesmo autor, os “RMDE surgem como um discurso de resposta às questões relativas aos processos de agregação e gestão dos dados de enfermagem... *que, sistematicamente, deve estar documentada, no contexto de toda a informação registada nos SIE para efeitos da melhor descrição dos cuidados de enfermagem.*” (Pereira 2009). Sendo o desenvolvimento infantil um dos Focos de atenção dos

enfermeiros contemplados no RMDE torna-se importante que, não só exista uma documentação sistematizada a ele referente como uma equipa desperta para a sua importância.

O processo do desenho do Foco iniciou-se por uma equipa por mim liderada e supervisionada pelo GAPE e pelo GIPE. Da equipa faziam parte vários enfermeiros, em diferentes níveis de competência, sendo que 2 são EEESCJ. A seleção dos enfermeiros foi feita pelos responsáveis de cada unidade de acordo com as suas áreas de interesse.

A liderança de equipas é uma das competências do EEESCJ (OE, 2010) que prevê a melhoria dos cuidados de enfermagem à criança, jovem e família.

Ao longo do meu percurso profissional, enquanto chefe de equipa, vários foram os momentos em que tive de liderar uma equipa, muitas vezes na gestão de cuidados em situações de limite de vida. No entanto, na liderança de um grupo de trabalho que vise a implementação de um projeto na área da melhoria da qualidade, esta foi a minha primeira experiência.

Vários são os estilos de liderança descritos na bibliografia e sabemos ser muito difícil a adoção de um único estilo uma vez que, consoante a situação, por vezes é necessários adotar diferentes posturas.

No início dos anos oitenta surge uma nova perspetiva de liderança, liderança transformacional, que se diferencia por “um estilo de liderança voltada para a qualidade da atenção à saúde prestada pela enfermagem, sobretudo na gerência, na educação e na assistência.” (Medeiros, M. & Straposson, M. 2009 p229). Sendo um projeto a nível institucional, que requer o empenho e dedicação de todos, a minha postura, ao longo das reuniões de trabalho e de orientação, foi sempre numa atitude construtiva no sentido de valorizar as dúvidas e conhecimentos de cada um, numa perspetiva de partilha conjunta onde o objetivo é comum a todos, pelo que todos trabalhamos para uma melhor qualidade dos cuidados de enfermagem. “A Liderança Transformacional é uma relação baseada na confiança, que influencia de forma positiva líder e liderados, tornando as metas e objetivos da organização um propósito coletivo.” (Medeiros, C., Straposson, M., 2009, p.229).

Como referido no capítulo anterior, foram dois os status associados ao Foco do Desenvolvimento Infantil, o “risco” e o “comprometido”. As intervenções definidas

são muitas vezes intervenções comuns aos dois diagnósticos, e pertencem aos três níveis de prevenção de Neuman (primária, secundária e terciária). Uma mesma intervenção, como Posicionar a Criança, pode ser uma intervenção primária, quando se pretende um alinhamento da cabeça com a via aérea superior como forma de diminuir a entrada de ar, ou terciária, quando pretendemos corrigir uma posição corporal disfuncional no sentido da readaptação do sistema. Mais uma vez se reitera que o uso de uma taxonomia apenas pretende criar uma linguagem unificada ao corpo enfermagem, dado que o planeamento de cuidados deve ser individualizado, incluindo os resultados esperados e conseguidos a cada momento.

As intervenções definidas são do escopo da ação autónoma do enfermeiro, na medida em que são intervenções por si prescritas, pelas quais se assume a responsabilidade da implementação técnica, por forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais ou minimizar problemas reais já identificados no que respeita ao desenvolvimento da infantil. (OE, 2001).

A sustentar as intervenções associadas ao foco encontram-se os conteúdos refletidos ao longo deste trabalho tão importantes na identificação de processos de cuidados promotores do desenvolvimento infantil. O desenho do Foco encontra-se disponível no apêndice III.

Ficou definida a necessidade de se elaborar normas de procedimento relativas a algumas intervenções. Para a ordem dos enfermeiros as normas e “guidelines” são reconhecidas, como “uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (OE, 2003). No sentido de existir uma linha orientadora comum para a prática de cuidados, as normas serão transversais aos vários serviços da pediatria. No apêndice IV faz-se a síntese das normas a elaborar. Por constrangimentos de ordem temporal, aquando do final do estágio, as normas ainda não se encontram todas terminadas. O apêndice V inclui as normas elaboradas até ao momento e os quadros de vigilância associados às intervenções encontram-se disponíveis no apêndice VI.

Sem prejuízo das outras intervenções que se incluem na parametrização desenhada para o Foco, existem duas que, decorrente da reflexão feita pela equipa, merecem aqui destaque: “Vigilância do Desenvolvimento Infantil” e “Aprendizagem sobre Desenvolvimento Infantil”.

A vigilância do desenvolvimento infantil, enquanto atividade diagnóstica, deve ser cumprida a todas as crianças. Sabendo que a situação doença não confere a melhor realidade para a aplicação de uma escala de desenvolvimento, os especialistas confirmam que muitas vezes, sendo a única oportunidade para o fazer, a avaliação deve ser realizada, ainda que mantendo algumas reservas (OE, 2010). Segundo a DGS (2013), preconiza-se a avaliação do desenvolvimento até aos 6 anos de idade através da aplicação da escala de Mary Sheridan. Os primeiros seis anos de vida representam grande parte das aquisições de uma criança. O desenvolvimento neurológico é rápido e a grande integração sensorial decorre até aos 7 anos de idade, aproximadamente (McGrath, J., Kenner, C., 2004). É fulcral um despiste precoce das alterações do desenvolvimento para uma referenciação atempada às estruturas da comunidade (ELI). Sempre que seja identificado, aquando da vigilância do desenvolvimento, um sinal de alarme, o enfermeiro da unidade hospitalar deve registar e comunicar com o Enfermeiro da Unidade de Saúde da comunidade a fim de garantir uma re-avaliação em tempo útil. Este contacto deve ser feito por telefone e enviada carta de alta (gerada automaticamente pelo SIE) via E-Mail, uma vez que a partilha de informação informática, entre o centro de saúde e o hospital, ainda não é uma realidade. Importa aqui referir que é entregue a carta de alta a todas as crianças/familiares, aquando da mesma, que inclui a informação sobre a avaliação do desenvolvimento da criança, bem como os ensinamentos aos pais. Ainda que não exista uma alteração ao desenvolvimento, sempre que se verifique uma situação de risco para o mesmo a referenciação ao enfermeiro da comunidade é sempre efetuada.

A segunda intervenção sobre a qual gostaria aqui de refletir, “Aprendizagem sobre o Desenvolvimento Infantil”, prende-se essencialmente com a dificuldade em manter a continuidade dos ensinamentos na transição do hospital para o domicílio. Os ensinamentos sobre o desenvolvimento infantil, em particular, e os ensinamentos relativos aos outros focos, em geral, constituem intervenções primárias de destaque na capacitação dos pais para o seu desempenho da parentalidade. Torna-se essencial que o enfermeiro proceda a um registo fidedigno sobre os ensinamentos que realizou e os resultados em termos do nível de conhecimentos e autonomia dos pais para que, o enfermeiro do

CSP possa dar continuidade ao processo de cuidados e estar alerta para possíveis stressores que possam existir.

Perspetiva-se que o padrão documental do Desenvolvimento Infantil fique disponível na aplicação até ao final do terceiro trimestre de 2014. Especta-se que nessa altura já se encontrem elaboradas as normas de procedimento que atualmente se encontram em fase de desenvolvimento. Até então, implementou-se a formação da equipa de enfermagem do departamento de pediatria, marcando-se assim o início do processo de implementação.

### **3.3- Início da implementação do padrão documental sobre o foco de enfermagem: desenvolvimento infantil**

A documentação do processo de enfermagem, na Instituição onde se vai implementar o projeto, já é realizada num SIE informático onde a taxonomia utilizada é a CIPE, versão 2, como referido no início deste capítulo. O sistema de informação contempla o processo de enfermagem de acordo com as suas várias fases o que se torna orientador da prática.

No entanto, para muitos enfermeiros, o desenvolvimento infantil é considerado “um mundo” pouco acessível pela sua complexidade e pela falta de tempo de que muitas vezes dispõem. No intuito de que os enfermeiros se apropriem de uma prática de cuidados “guiada” pelo e para o desenvolvimento, deu-se o início da formação à equipa.

A formação iniciou-se por uma ação (apêndice VII), que teve como objetivo dar a conhecer à equipa as linhas orientadoras para a tomada de decisão relativas ao Foco em estudo. Durante esta ação de formação, contemplou-se ainda as intervenções associadas aos focos e às normas a elas associadas. Até ao final do terceiro trimestre do ano vigente, será realizada uma ação de formação sobre a aplicação da escala de desenvolvimento Mary Sheridan, bem como outras formações que deem resposta às necessidades dos enfermeiros, de todo o departamento de pediatria, futuramente identificadas aquando do início da aplicação do padrão.

Investir na formação, no garante de uma prática de qualidade, é uma competência do enfermeiro EEESCJ mas também uma responsabilidade de cada enfermeiro. Segundo o Código Deontológico, o enfermeiro deve “Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Artigo 88, alínea c).

A formação da equipa foi um desafio que muito me ajudou na aquisição de competências na área da liderança e da gestão. Foi necessário gerir as disponibilidades dos vários enfermeiros, garantir a qualidade dos conteúdos e mobilizar a equipa no sentido de adesão. No entanto, tenho a consciência que, num contexto organizacional que muito investe na qualidade e na formação este trabalho, esta tarefa mostrou-se facilitada.

A adesão da equipa de trabalho foi muito positiva, o que tornou este percurso num processo de grande aprendizagem para todos.

Sendo o conhecimento um processo contínuo e inacabado, entende-se que estes momentos e ações, representam realmente só o início de um processo de formação que muito irá contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao utente pediátrico e à família.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este relatório traduz um caminho de reflexão sobre a importância da documentação em enfermagem na promoção do desenvolvimento infantil.

A teoria de sistemas de Betty Neuman, que norteou o processo de análise da prática revelou-se bastante atual. Permitiu a identificação dos stressores que podem influenciar um adequado desenvolvimento da criança, bem como dos recursos que o podem fortalecer. O resultado desta análise, fundamentada pela evidência científica, foi a essência que permitiu a construção do Foco em estudo.

Ao longo da reflexão, emerge a importância de uma filosofia de cuidados centrados na família e a pertinência do enfermeiro se basear no desenvolvimento para o planeamento dos cuidados.

A parametrização do Foco do Desenvolvimento Infantil decorreu de uma necessidade pessoal associada a uma necessidade do serviço. Este facto constituiu uma conjugação favorável para o desenvolvimento e início de implementação do projeto, que teve a colaboração e supervisão dos grupos de trabalho GIPE e GAPE, bem como o empenho da Direção de Enfermagem. Numa organização que tem por missão a prestação de cuidados de saúde de elevado nível de qualidade, efetividade e eficácia, a formação é uma prática habitual. Assim foi com agrado que os enfermeiros integraram e colaboram no grupo de trabalho. Liderar este grupo permitiu-me desenvolver competências na área da formação e gestão mas também na área da liderança e das relações interpessoais. Acredito que a mobilização e a integração de enfermeiros da prática, em projetos na área da qualidade, contribui largamente para o seu sucesso.

Durante este percurso de aprendizagem adquiri e consolidei competências no cuidar holístico da criança e família, no sentido de assegurar o seu maior bem-estar, com enfoco na fase de desenvolvimento.

O contacto com outros contextos clínicos, como os CSP ou a Fundação LIGA fez-me aprofundar a compreensão da importância da documentação em enfermagem, no assegurar a continuidade de cuidados.

A formação em sala foi uma estratégia para conseguir mobilizar um grande número de enfermeiros. Perspetiva-se o acompanhamento das equipas, através dos elos de ligação, relativamente à documentação do processo de enfermagem no que

concerne ao Foco em estudo. O fator tempo foi sem dúvida um constrangimento, pelo que ficaram por terminar as normas de procedimentos relativas às intervenções decorrentes de uma prática não traumática.

Porque os projetos devem ser dinâmicos, é importante acreditar que a construção do Foco Desenvolvimento Infantil encontra-se apenas no início e que várias revisões vão ser necessárias no sentido de fundamentar a prática, de melhorar a documentação e de integrar novos conhecimentos.

Acredito que vá acontecer uma melhoria na prestação de cuidados à criança e família, por parte da equipa de enfermagem do departamento, nomeadamente no que concerne a uma prática de cuidados não traumática, no sentido de proteger o desenvolvimento e promover a homeostasia do sistema, na senda do que a OE nos aponta (OE, 2006, p96) “Considerando o comprometimento físico e psicológico que uma situação de internamento acarreta, e reconhecendo as especificidades de cada criança/família, é exigido a cada enfermeiro que cuide de crianças em contexto hospitalar, um vasto conjunto de saberes e competências que lhes permita promover um desenvolvimento infantil harmonioso.”

## 5. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, I (2001) Formação reflexiva. *Referência*. 6, 53-59

Anderson, G.; Bergman, N.; Cattaneo, A.; Charpak, N.; Davanzo, R.; Ewald, U. ... Wistrom, a. (2010). State of the art recommendations: Kangaroo mother care: application high-tech enviroment. *Breastfeeding review*.18(3), p21-28

Algarin, C.; Patricio D. (2007). Sleep in brain development. *Biol Res* 40, 471-478

Andrade, T.; Casanova, C.; Carvalho, F.; Fernandes, A. (2008). Triagem de Manchester na idade pediátrica – Estudo Inter-hospitalar. *Nascer e Crescer*. 17(1). 16-20

Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspetiva desenvolvimentista*. (2ª Ed). Lisboa. Climepsi Editores

Barroso, R.; Botelho, T,; Cadete, A.; Carreiro, H.; Cunha, M.; Ferreira, L... Machado, M. (2006). Estudo da Morbilidade no Neurodesenvolvimento em recém-nascidos de muito baixo peso. *Saúde Infantil*. 28(3), p. 25-37

BENNER, Patricia (2001) – *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X.

Brazelton, T.; Sparrow, J. (2010). *A criança dos 3 aos 6 anos: o desenvolvimento emocional e do comportamento*. (5ª Ed.). Barcarena: Editorial Presença

Calado, D.; Souza, R. (2012). Intervenção Fonoaudiológica em Recém-Nascidos Pré-Termo: Estimulação Oromotora e Sucção não Nutritiva. *Revista Cevac*. 14, 176-181

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

Collière, M. (1999). *Promover a Vida* (Tradução). Lisboa. Lidel

Concelho Internacional de enfermeiros (2008) – Servir a Comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos Cuidados de Saúde Primários. *Ordem dos Enfermeiros*

Concelho Internacional de enfermeiros (2010) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2. *Ordem dos Enfermeiros*

Coughin, M.; Gibbins, S.; Hoath, S. (2009). Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice”, *Journal of Advanced Nursing*. 1-10

Costa, M.; Ferreira, M. (Outubro de 2004). Cuidar em parceria: Subsidio para a vinculação pais/bebé pré-termo. *Revista Milenium*, 30, 51-58. Consultado em 20/02!2013. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.19/442>

Costa, P.; Ruedell, A.; Soares, M.; Weinmann, A. (2010) Influência da Estimulação Sensorio Motora Oral em Recém-Nascidos Pré-termo. *Revista CEFAC*. 13(4), 599-606

Coughlin, M.;Gibbins,; Hoath, S. (2009). Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. *Journal of Advanced Nursing*

Christoffel, M.; Lenandro, J. (2011). Cuidado Familiar de Recém-Nascidos no Domicilio: Um estudo de Caso Etnográfico. *Texto Contexto Enferm*. 20, p 223 - 231

Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*.

Direção-Geral da Saúde (2003). Circular Normativa n.º 9/DGCG. 2003 – A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor.

Direção-Geral da Saúde (2014). Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância: Critérios de Elegibilidade. Ministério da Educação, Ministério da Saúde e Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/12/default.aspx?id=5525>

Doenges, M., Moorhouse, M. (2013). *Application of Nursing Process and Nursing Diagnosis: A Interactive Text for Diagnostic Reasoning*. (6ª Ed). USA.: F.A.Davis Company

Evansa, T.;Whittinghamb, K.; Boydb, R. (2012). What helps the mother of a preterm infant become securely attached, responsive and well-adjusted?. Elsevier. 35, 1-11.

Feldman, R., Olds, S., Papália, D. (2001). *O Munda da Criança*. Lisboa: McGrawHill

Fernanda, T., Goldschmidt, T. Gomes-Pedro,J. & Torgal, F. (2004). Viver numa Unidade de Cuidados Especiais para Recém-Nascidos – Um risco... Uma oportunidade. *Acta Portuguesa de Pediatria*. 35 (3),.167-174

Hockenberry, M.; Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adoslescente*. (9ªed). Lisboa: Lusociencia

Iserson, K. V;. Moskop J. (2007). Triage in medicine, part I: Concept, history, and types. *Ann Emerg Med*. 49(3), 275-281.

Jansen MF,; Santos RM,; Favero L. (2010). Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada. *Revista Gaúcha Enfermagem*. 31(2), :247-53.

Leal, M. (2006). *A CIPE e a visibilidade da enfermagem: Mitos e realidades*. Camarate. Lusociência

Lim-Sulit V.; Rode J.; Wyles R. (2006). Preparing Children and Families for Surgery: Mount Sinais's Multidisciplinary Perspective. *Pediatric Nursing*. 32, 35-43  
Müller-Staub, M.; Odenbreit, M. (2010). An Interview With Marilyn Doenges Mary Moorhouse, and Alice Murr International. *Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 21 (1), .33-39.

MacGrath, J.; Kenner, C., (2010). *Developmental Care of Newborns & Infants: A guide for health professionals*. (2ª Ed.) United States of America:. Mosby

Martins, T.; Silvino, S.; Zenith, R. (2010). Um Marco Conceitual Para o Cuidado à Criança Hospitalizada à Luz da Teoria de Neuman. *Cogitare Enferm*. 15(2), 340-344.

Medeiros, C.; Strapasson, M. (2009). Liderança transformacional na enfermagem. *Revista Brasileira Enfermagem*. 62(2): 228-33.

Neto, J.; Rodrigues, B. (2010). Tecnologias como Fundamento do Cuidar em neonatologia. *Texto Contexto de Enfermagem*. 19(2). 372-377

Neuman, B., Fawcett, J. (2002). *The Neuman Systems Model*. 4ª ed. United States of America. Prentice-Hall International

Neuman, B. (2010) – *The Neuman Systems Model*. (5ed). Edition. Norwalk: Appleton e Lange.

Ordem dos Enfermeiros – *Código Deontológico* - Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro). Consultado a 15-07-2013. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Série I. Nº 3.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*.

Ordem dos Enfermeiros (2011c). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista da Criança e Jovem*. Consultado a 15-03-2013. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123\\_2011\\_CompeticenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123_2011_CompeticenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Consultado a 2-04-2013. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Lisboa. Consultado em 03/04/2013. Disponível em <http://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2012/03/RMDE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*.

Ordem dos Enfermeiros (2013a). Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Série 1. Nº 6.

Organização Mundial de Saúde (1989) . “Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis. Uma declaração conjunta OMS/UNICEF, Genebra

Paiva, A. (2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra: Formasau

PAIVA, A. (2007). Enfermagem Avançada: Um Sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. *Servir*. 55, 11-20

Pereira, P. (2009). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico de um resumo mínimo de dados de enfermagem*. Porto. Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Acedida em 03/03/2013. Disponível em <http://hdl.handle.net/10216/7182>

PESUT, H.; HERMAN, J. (1999). *Clinical reasoning: the art and science of critical and creative thinking*. Albany: Delmar.

Valente, G.; Viana, L. (2009). Da Formação por competências à prática docente reflexiva. *Revista Iberoamericana de Educación*. 48(4) 151-158.

## APÊNDICES

**APENDICE I – Projecto: Desenvolvimento Infantil: Os registos na importância do cuidar em enfermagem**

# **Desenvolvimento infantil: os registos na importância do cuidar em enfermagem**



Docente Orientadora: Professora Maria Teresa Oliveira Marçal  
Autora: Patrícia Pereira

Lisboa  
Julho 2013



**4 º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO  
DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA  
UNIDADE CURRICULAR OPÇÃO II**

# **Desenvolvimento infantil: os registos na importância do cuidar em enfermagem**

Docente Orientadora: Professora Maria Teresa Oliveira Marçal  
Regente da Unidade Curricular: Professora Maria José Pinheiro  
Autora: Patrícia Pereira

Lisboa  
Julho 2013

“Foi o tempo que dedicaste à tua rosa que a fez tão importante”

O Príncipezinho

Saint Exupéry

## **Siglas**

CIE – Conselho Internacional de Enfermagem

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

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

GIPE - Grupo de Implementação do processo de Enfermagem

HPP- Hospitais Privados de Portugal

HSFX- Hospital São Francisco Xavier

OMS- Organização Mundial de Saúde

SIE – Sistemas de Informação em Enfermagem

## Índice

	Pág.
1- Introdução	1
2- Justificação da Problemática	3
3- Contextualização Teórica	5
3.1- O Desenvolvimento Infantil enquanto foco do EEESCJ	5
3.2- O desenvolvimento infantil no cuidado em enfermagem: O modelo de sistemas de Betty Neuman	7
3.3- O desenho de um sistema de informação em enfermagem para o foco desenvolvimento infantil	14
4- Objetivos e atividades a realizar	18
5- Considerações Finais	21
6- Referências Bibliográficas	22
Anexos	25
Anexo I – Cronograma de estágios e Identificação de Peritos	

## **1. Introdução**

O presente projeto surge no âmbito da unidade curricular Opção II do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Tem como objetivo perspetivar o percurso de aprendizagem, enquanto futura enfermeira especialista em saúde da criança e do jovem, nos vários ensinamentos clínicos que contemplam o terceiro semestre.

A escolha do tema surge na sequência de uma longa reflexão acerca das minhas práticas profissionais e em que medida considero crucial uma mudança no cuidar em pediatria.

Segundo a ordem dos enfermeiros (2010), o enfermeiro especialista em enfermagem da saúde da criança e do jovem “detém o seu espaço de intervenção em torno de uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que medeia desde o Nascimento até aos 18 anos de idade... sendo áreas da sua intervenção a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança). No entanto, tendo por referência o serviço onde trabalho atualmente (neonatologia e unidade de intermédios de pediatria), considero que existe ainda um importante caminho a percorrer no que se refere a uma prática de enfermagem orientada para o desenvolvimento da criança por oposição a uma de intervenção episódica.

Sendo o desenvolvimento infantil um tema abrangente, tornou-se fundamental operacionalizar de que forma é que, enquanto futura especialista em saúde da criança e do jovem, poderei assegurar uma prática de cuidados que o promova/mantenha/ e /ou reconstitua.

Os cuidados em enfermagem têm por base uma metodologia científica denominada “Processo de Cuidados Enfermagem”. Segundo Collire (1999), “Este processo situa-se na encruzilhada de um sistema de troca, provenientes de origens diferentes e complementares, com vista em determinar a natureza dos cuidados a proporcionar, a razão destes cuidados, os objetivos e os meios necessários para os atingir”. O processo de cuidados é perpetuado através da elaboração de um plano de cuidados, individualizado e dinâmico, que deve ser registado, através de um sistema de informação em enfermagem, por forma garantir a segurança e continuidade de cuidados.

O departamento onde trabalho tem vindo a investir na construção de um padrão de documentação, assente num sistema de informação informático.

Associando o gosto pessoal sobre o desenvolvimento infantil e o reconhecimento da importância dos registos em enfermagem, bem como a necessidade do departamento de pediatria/neonatologia no desenvolvimento do padrão documental relativamente a este foco de enfermagem, surge como problemática de partida deste processo de aprendizagem: fundamentar de que forma os registos de enfermagem asseguram os cuidados para o desenvolvimento infantil.

No sentido de aprofundar a referida problemática à luz da Enfermagem foi selecionada a Teoria de Sistemas da Betty Neuman onde a criança/jovem é vista como um ser holístico que é influenciado e influencia o ambiente que a circunda. Esta teoria porque assenta na teoria dos sistemas, suporta e é suportada pela filosofia de cuidados centrados na família uma vez que ambas vêem a criança como um todo, inseparável do seu ambiente (familiar), e fortemente influenciada pelo mesmo.

A contextualização teórica deste projeto terá como pilares a importância do desenvolvimento infantil enquanto foco do EEESCJ, o modelo de sistemas de Betty Neuman e a importância dos registos em enfermagem que serão tratados no capítulo 3.

No final do projeto serão apresentados os objetivos a atingir no decorrer dos ensinamentos clínicos, bem como as atividades a desenvolver, como forma de sistematizar a reflexão, a pesquisa e o percurso a desenvolver.

## **2. Justificação da Problemática**

A criança/jovem é o centro do cuidar em pediatria. O seu ciclo vital desenha-se num *continuum*, mais ou menos harmonioso, que se traduz no crescimento e desenvolvimento infantil. É da competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ) vigiar, promover e assegurar o desenvolvimento infantil da criança desde o nascimento até à idade adulta (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Para que tal aconteça é essencial o enfermeiro saber pensar enfermagem.

A profissão de enfermagem encerra uma área de atuação única que contempla o cuidar de enfermagem. Este “cuidar” tão diferente do cuidar parental ou familiar, “toma por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue” (Ordem dos Enfermeiros: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2001). Os cuidados de enfermagem têm por base a metodologia científica denominada processo de cuidados de enfermagem. Durante este processo, que se preconiza dinâmico, o enfermeiro avalia, diagnostica, intervém e avalia os resultados da sua intervenção.

A tradução deste “pensamento” é feita através de planos de cuidados que espelham a tomada de decisão do enfermeiro e que quando corretamente documentados e registados asseguram não só a continuidade dos cuidados como dão visibilidade à prática de enfermagem. Para que tal aconteça é fundamental fomentar uma “política” de elaboração e consulta de registos onde o enfermeiro assume que a documentação é uma parte integrante do processo de cuidar e não meros “dossiers administrativos” raramente consultados que não representam mais do que “letra morta” (Collière, 1999).

O HPP em que trabalho, tem por missão “prestar cuidados de saúde com efetividade, eficiência e qualidade ...” tendo por base “uma prestação de serviços baseada na humanização e respeito pelo indivíduo, ética, qualidade, competência e inovação...” (HPP, 2013).

Tendo por base esta missão, no decurso do processo de acreditação pela Joint Commission International, o HPP iniciou, em Dezembro de 2011, um projeto que consistia na construção do padrão de documentação de enfermagem na área da pediatria, que incorporava a CIPE e os princípios dos sistemas de informação em

enfermagem. No início do projeto foi definido um grupo de trabalho, do qual eu fiz parte que, suportado no documento “Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem” RMDE, (Ordem dos Enfermeiros, 2007) definiu os seguintes focos de intervenção do enfermeiro na área assistencial às crianças: Adesão ao regime terapêutico; Amamentação; Aspiração; Cair; Desenvolvimento Infantil; Dor, Excesso de Peso; Medo; Parentalidade; Úlcera de Pressão; Limpeza das Vias Aéreas; Aceitação do Estado de Saúde.

Se tomarmos por referência o core de focos definido pelo RMDE podemos constatar que os focos Malnutrição e Tomar Conta não foram incluídos no Padrão documental uma vez que são focos que não se encontravam alterados na população alvo do hospital. Por outro lado, A aceitação do estado de Saúde e a Limpeza das Vias Aéreas são focos que o grupo sentiu necessidade de incluir no padrão. A explicação para esta inclusão, no caso do foco Limpeza das Vias Aéreas, surge da constatação de que as infeções respiratórias (diagnóstico médico) são a principal causa de internamento no HPP sendo que, na sua maioria, estas crianças apresentam a limpeza das vias aéreas comprometidas. No que respeita á aceitação do estado de saúde, temos uma população de crianças com doença crónica (nomeadamente asma e diabetes) que pelo seu curso se encontra em permanentes transições no que respeita à aceitação dos seus diferentes estados de saúde.

No momento em que se desenvolveu o padrão documental, o foco Desenvolvimento Infantil, talvez pela sua grande complexidade e abrangência, ficou por ser trabalhado naquela fase.

Atualmente, a gestão do processo de enfermagem é feita por um grupo denominado GIPE (Grupo de Implementação do processo de Enfermagem). Pelo que trabalhar o Foco do Desenvolvimento infantil, sob orientação dos peritos que fazem parte desse grupo, integrada numa equipa com elementos dos vários serviços de pediatria/neonatologia será determinante na minha “caminhada” para alcançar as competências de enfermeira especialista.

### **3.Contextualização teórica**

A contextualização teórica encontra-se dividida em três grandes temas que permitem, não só justificar a problemática em questão como também proceder à enunciação de pressupostos teóricos, sobre o desenvolvimento infantil e a importância dos registos em enfermagem, que sustentam o processo de cuidados. Uma análise do tema sob o modelo de sistemas de Betty Neuman vai fundamentar de que forma é que a enfermagem se apropria do desenvolvimento infantil enquanto foco da sua atenção.

### **3.1- Desenvolvimento Infantil enquanto foco de EEESCJ:**

O desenvolvimento infantil traduz um percurso de maturação física, psicológica social desde o nascimento até à idade adulta. Várias são as definições existentes na bibliografia sobre este processo. Segundo Hockenberry, M., Wilson et Winkelstein, (2006) o desenvolvimento consiste numa “mudança e expansão graduais; progresso dos estádios mais simples aos mais avançados de complexidade, aparecimento e expansão das capacidades do indivíduo através do crescimento, da maturação e da aprendizagem.” Tal definição transporta-nos para o desenvolvimento enquanto processo global em constante construção que se faz depender das experiências pessoais que permitem à criança um conjunto de alterações que se traduzem em várias variáveis do seu ser holístico. A definição de desenvolvimento infantil, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2, reitera o conceito supra-descrito quando o descreve como “Desenvolvimento Humano: crescimento e desenvolvimento físico, mental e social progressivos desde o nascimento e durante toda a infância”, sendo a infância ” um período do desenvolvimento” que vai desde o nascimento até à “Infância escolar”.

A criança é o “cliente” (CIPE, Versão 2) de cuidados do EEESCJ. É na criança, “enquanto organismo em desenvolvimento, cujo comportamento se exprime através de comportamentos e reações resultantes da dinâmica entre os fatores bio-anatómicos, psicológicos e sociais”, (Ordem dos enfermeiros, guia de boas práticas) que este especialista de enfermagem “tem” o alvo da sua prática.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, as competências dos EEESCJ agrupam-se em três grandes grupos sendo elas: “Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança e jovem; Assistir a

criança/ jovem com a família na maximização da sua saúde e Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.”. A primeira competência aqui enunciada centra-se na importância do enfermeiro EEESCJ em dominar os conhecimentos acerca do desenvolvimento infantil afim de o poder promover e proteger, o que por si só o enquadra enquanto foco de atenção deste enfermeiro. No entanto, considero que também os dois outros grupos de competências só são possíveis de assegurar quando o EEESCJ apresentar igualmente um domínio do desenvolvimento infantil na medida em que, assistir e cuidar de uma criança, passa pela adoção de um conjunto de intervenções que devem ser adequadas ao período do ciclo de vida em que a mesma se encontra.

O RMDE e core de indicadores de enfermagem para o repositório central) de dados da saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2007) enumera o Desenvolvimento Infantil como Foco e indicador da área de assistência às crianças, tanto em contexto hospitalar como nos cuidados de saúde primários.

O enfermeiro, pela proximidade que mantém com a família e com a criança, nos diferentes contextos de cuidados, é um profissional que se destaca na vigilância e promoção do desenvolvimento infantil. Esta proximidade confere-lhe um conhecimento que o permite identificar quais os fatores potenciadores do desenvolvimento infantil presentes nos sistemas família/criança bem como perceber quais os stressores que podem influenciar negativamente esse mesmo desenvolvimento.

A criança/jovem tem direito a um desenvolvimento adequado, facto amplamente reconhecido na Convenção Internacional dos Direitos das Crianças. No entanto, como já descrito anteriormente este processo é complexo, dinâmico e envolve as várias componentes, física, psicomotora, emocional, social e espiritual da criança.

Compreende-se assim que o desenvolvimento infantil seja uma problemática investigada por várias ciências da saúde nomeadamente pela psicologia, a medicina e a fisioterapia.

No sentido de operacionalizar o subsídio da Disciplina de Enfermagem na promoção do desenvolvimento infantil, escolhi o Modelo de sistemas de Betty Neuman bem como a filosofia dos cuidados centrados na família.

### **3.2- O desenvolvimento infantil no cuidado em enfermagem: O Modelo de sistemas de Betty Neuman**

Betty Neuman desenvolveu o seu modelo de sistemas no ano de 1974. Este modelo tinha por objetivo sustentar o cuidado de enfermagem aos doentes de saúde mental. No entanto, devido à sua grande flexibilidade e abrangência rapidamente foi adotado pela comunidade de Enfermagem e atualmente é utilizado em vários países do mundo.

O modelo de sistemas de Betty Neuman assenta no princípio de que o sistema, que pode ser o indivíduo, a família ou a comunidade, é aberto e que se encontra em constante interação com o meio ambiente. Este ambiente influencia o sistema através dos stressores que, consoante a sua intensidade, podem provocar o desequilíbrio do sistema devido ao gasto extremo de energia.

Neuman representa o sistema como um círculo onde no centro se localiza a estrutura nuclear e em torno desta várias linhas, de resistência e de defesa que protegem o sistema dos stressores. Segundo a autora o sistema dispõe de cinco variáveis, fisiológica, psicológica, desenvolvimento, sociocultural e espiritual, que interagem entre si. As intervenções de enfermagem surgem na forma de prevenção e “são iniciadas para melhor reter, atender e manter uma maior saúde ou bem -estar do cliente, utilizando os três níveis de prevenção como intervenção para a manutenção do sistema.” (Neuman, 2002).

No sentido de haver uma apropriação do modelo para a prática assistencial, importa definir os conceitos enunciados por Betty Neuman contextualizados na problemática do projeto.

Assim, no que respeita aos quatro conceitos metaparadigmáticos apresentamos:

**Criança-** Sistema aberto. Cliente holístico e dinâmico, em constante mudança, composto por diferentes variáveis: fisiológica, psicológica, sociocultural de desenvolvimento e espiritual.

**Ambiente-** Conjunto de forças internas ou externas que envolvem a criança nos vários contextos. É dinâmico e multidimensional. Inclui os fatores energéticos da estrutura base que interagem na promoção de um desenvolvimento infantil adequado.

**Saúde da criança-** Movimento contínuo de bem-estar que assegura um adequado desenvolvimento da criança. Considera-se que a saúde se mantém quando o desenvolvimento infantil é assegurado.

**Enfermeiro:-** Profissional de saúde que tem um papel fundamental na implementação de intervenções que permitam à criança, face aos stressores, manter/recuperar o seu equilíbrio físico, psicológico, emocional e relacional e por forma a garantir o seu adequado desenvolvimento.

**Stressores:.** Qualquer estímulo que possa alterar o equilíbrio da criança comprometendo o seu desenvolvimento.

No centro do sistema encontra-se o **núcleo central**, que incorpora os fatores básicos de sobrevivência onde se encontram os níveis de energia necessários que permitem à criança manter o equilíbrio entre as suas cinco variáveis. Esta energia é tanto maior quanto o grau de desenvolvimento do sistema. Por exemplo, um recém-nascido dispõe de menos energia para manter o equilíbrio entre as suas variáveis estando mais exposto ao stressor.

Os círculos concêntricos que envolvem o núcleo central são denominados por Neuman como as **linhas de resistência**, que, segundo a autora consistem em mecanismos de proteção que contribuem para a estabilização do sistema. Tais fatores, internos ou externos, suportam o núcleo central e as linhas normais de defesa. Quando a linha de resistência é atingida quer dizer que a criança já manifesta uma reação ao stressor, como o choro no caso da separação dos pais ou os mecanismos de regressão que acontecem durante o internamento hospitalar.

As linhas concêntricas mais externas são definidas como as linhas de defesa sendo a interna a linha normal de defesa e a externa **a linha flexível de defesa**. A linha flexível de defesa estabelece o limite do sistema que é a criança e permite uma adaptação da mesma aos stressores através da utilização de recursos previamente adquiridos (conhecimentos). É uma linha flexível no sentido em que a criança procede a pequenas adaptações por forma a lidar com os stressores. (mecanismos de coping). A linha normal de defesa representa o estágio de desenvolvimento em que a criança se encontra em determinado momento.

Como já referimos, as variáveis que compõem o sistema criança são cinco: fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e desenvolvimento. Estas variáveis

influenciam-se entre elas sendo que o equilíbrio das mesmas se faz depender da energia de que a criança dispõe para reagir aos stressores. Os agentes agressores da criança podem ser intra-pessoais, interpessoais e extra-pessoais, podendo ainda ser de etiologia fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual.

Por forma a visualizar-se quais os stressores descritos na bibliografia que podem intervir no desenvolvimento infantil construí um quadro, à semelhança do proposto por Neuman (2009), que cruza o tipo de stressores com as variáveis do sistema criança.

O quadro pretende representar, de forma resumida, os stressores com que a criança se pode deparar ao longo do seu ciclo de vida, descritos na bibliografia, que podem influenciar ou comprometer o seu desenvolvimento. Esta sistematização deve ser encarada como ponto de partida uma vez que o objetivo é o seu melhoramento e consolidação ao longo deste processo de aprendizagem.

Por forma a facilitar a leitura do quadro, as referências bibliográficas são feitas por uma numeração que encontra a legenda no final do mesmo.

Quadro 1- Stressores presentes durante o ciclo de vida da criança que podem afetar

o seu desenvolvimento.

	Fisiológico	Desenvolvimento	Espiritual	Psicológico	Sócio-Cultural
<b>Inter-Pessoais</b>	-Doenças características da infância;(1) - Genética;(1) -Malnutrição/ - Obesidade(1)	-Regressão devido á hospitalização;(2) - Alterações genéticas;(1) - Patologias adquiridas (1) -Malnutrição/ - Obesidade (1)		-Separação(1, 2) -Depressão (1, 2) -Desconhecimento (1) -Perda de controlo (1)	-Comportamentos de risco: (sexualidade, ingestão de álcool e drogas) (1)
<b>Intra-pessoais</b>	- Aquisição doenças sexualmente transmissíveis (1)	- Separação dos pais na hospitalização; (1, 2, 3) - Défices conhecimentos parentais;(1)	- Separação dos pais na hospitalização (1, 2)	- Separação dos pais na hospitalização (1, 2) - Relações com os pares (1)	- Desemprego dos pais (1, 3) - Défices conhecimentos parentais (1) - Relações com os pares (1)
<b>Extra-pessoais</b>	- Ruído, luminosidade, manipulações, em contexto da neonatologia; (4) - Microorganismo presentes na hospitalização	- Ambiente hospitalar; - Super e sub estimulação do ambiente da neonatologia (4) - Alterações na Segurança do ambiente; (1) Défices económicos (1) -Ambiente escolar (1) - Meios de comunicação: televisão, revistas, livros, internet (1)		-Hospitalização (1, 2, 3)	- Alterações na Segurança do ambiente;(1, 2) - Défices económicos (1) -Ambiente escolar (1) - Meios de comunicação: televisão, revistas, livros, internet (1)

Legenda da Bibliografia do Quadro 1

- 1- Hockenberry, M., Wilson et Winkelstein (2006)
- 2- Barros, L. (2003)
- 3-Jorge, A. (2004)
- 4- McGrath, J., Kenner, C. (2004)

Para Betty Neuman (2002), o equilíbrio do sistema faz-se depender do equilíbrio entre as diferentes variáveis. Sendo um dos seus pressupostos o de que “a inter-relação entre as variáveis - fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimento e cultural- determina a capacidade de reação ou da possível reação ao stressor” (Neuman, B. 2002). É assim essencial que o EEESJ seja conhecedor de quais os stressores documentados como possíveis agressores do sistema da criança. Ainda que estes stressores, em muitas situações, não atuem diretamente sobre a variável do desenvolvimento, definida por Neuman (2002) como “as atividades e processos de desenvolvimento relativos a cada idade”, precipitam um desequilíbrio entre as variáveis o que vai comprometer o estado de saúde da criança e o seu processo de desenvolvimento.

O enfermeiro, como descrito anteriormente aquando da definição dos conceitos do metaparadigma, é o profissional de saúde que assume um importante papel, através das suas intervenções, no reforço das linhas de defesa e de resistência por forma a manter o equilíbrio da criança o mais estável possível face aos stressores. Betty Neuman identifica as intervenções de enfermagem enquanto prevenções que podem ser de três níveis: prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária. A prevenção primária dá-se quando a intervenção do enfermeiro tem por objetivo manter o equilíbrio normal do sistema, através do fortalecimento das linhas flexíveis de defesa. São intervenções dirigidas para a promoção da saúde por forma a evitar/minimizar o impacto dos stressores na criança (Neuman, 2002).

O EEESCJ tem como competência a promoção do crescimento e desenvolvimentos infantil (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Esta promoção assenta não só na vigilância do desenvolvimento infantil, uma vez que permite validar um adequado desenvolvimento da criança/jovem (ou possíveis alterações decorrentes da não adaptação aos stressores), mas também nos cuidados antecipatórios dirigidos às famílias, onde se transmitem conhecimentos sobre os possíveis stressores a que as crianças podem ser sujeitas ao longo do desenvolvimento (segurança, alimentação, meio escolar, entre outros) bem como quais recursos de que dispõem para os enfrentar.

A prevenção secundária tem por objetivo providenciar o tratamento adequado dos sintomas e restituir o equilíbrio do sistema. Tem lugar quando já existe uma reação

do sistema face ao stressor devendo o enfermeiro implementar intervenções que reforcem as linhas de resistência tendo em conta os fatores de sobrevivência e os fatores de energia do sistema. Os cuidados para o desenvolvimento e os ensinamentos aos pais são intervenções da competência do EEESCJ que se situam neste nível de prevenção.

A prevenção terciária tem por objetivo manter o melhor nível de saúde possível através de uma ação de suporte dos recursos disponíveis no sistema por forma a manter o nível de energia (Neuman, 2002). Aqui, o EEESCJ deve adotar intervenções do grupo dos cuidados para o desenvolvimento, dos ensinamentos para a saúde, mantendo ainda uma vigilância do desenvolvimento infantil. Esta vigilância torna-se pertinente uma vez que, na fase de reconstituição, a criança experimenta um movimento contínuo de ajustamento aos stressores versus recursos/energia disponíveis que em qualquer momento pode entrar em desequilíbrio e resultar numa regressão do seu bem-estar.

Neste momento, importa referir que em qualquer nível de prevenção, os cuidados de enfermagem prestados à criança/família devem ser realizados sob uma perspetiva de cuidados não traumáticos. Segundo Hockenberry, M., Wilson e Winkelstein, 2006, os cuidados não traumáticos consistem “no fornecimento de cuidados terapêuticos, em ambientes, por um conjunto de funcionários e por meio de intervenções que eliminem ou mitiguem o sofrimento psicológico ou físico vivenciado pelas crianças e seus familiares no sistema de cuidados de saúde” Ao suprimirmos ou minimizarmos os vários stressores associados às crianças nos vários contextos de cuidados de saúde, tais como a dor, o medo da separação e do desconhecido, vamos assegurar uma maior capacidade do sistema para manter o seu nível de energia.

Os cuidados não traumáticos, implicam necessariamente o estarem inseridos numa filosofia de cuidados centrados na família. Esta filosofia de cuidados, toma a família como uma constante na vida da criança que deve ser capacitada e empoderada, através de uma relação de parceria de cuidados entre os profissionais de saúde e os cuidadores. Esta necessidade de capacitação e empoderamento da família enfatiza a necessidade do enfermeiro assumir como parte integrante do sistema da criança, bem como justifica a importância da participação da família em todo o

processo de cuidados com especial relevo para os cuidados antecipatórios, enquanto intervenções essenciais para o desenvolvimento infantil.

O modelo de sistemas de Betty Neuman ajuda-nos a clarificar de que modo o desenvolvimento infantil se assume enquanto foco de atenção do EEESCJ. Em seguida importa refletir sobre de que forma é que o mesmo se aplica na prática assistencial.

Neuman (2002) descreve o processo de enfermagem em três momentos, o diagnóstico, as metas e os resultados. Para a autora o diagnóstico engloba a recolha de dados bem como as intervenções necessárias para manter as linhas normais de defesa; as metas incluem a inter-relação dos profissionais com a criança e as intervenções necessárias para a reconstituição e manutenção do sistema; os resultados relacionam as intervenções de enfermagem com os resultados obtidos. Esta estrutura, do processo de enfermagem, encontra-se em grande consonância com a estrutura substantiva do RMDE, (2007) que “sob o ponto de vista clínico corresponde a um conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem”.

A documentação deste processo deve ser feita através de uma taxonomia universal por forma a garantir uma linguagem comum entre os vários cuidadores. (Neuman 2002). Tal afirmação transporta-nos para o capítulo seguinte onde se justifica a importância de um sistema de informação para o foco do desenvolvimento infantil.

### **3.3- O desenho de um sistema de informação em enfermagem para o foco desenvolvimento infantil**

Os registos em enfermagem são o testemunho da intervenção clínica do enfermeiro. O processo de cuidados de enfermagem, que se apresenta como contínuo, assenta numa metodologia científica que inclui a “elaboração e realização de planos para a realização dos cuidados de Enfermagem” (REPE, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro).

O desenvolvimento infantil, como justificado no capítulo anterior, é um dos focos de cuidados do EEESCJ, objeto de especial atenção nos processos de cuidados de enfermagem à criança e jovem. Aquando do início do processo de cuidados, o enfermeiro colhe dados, enuncia diagnósticos e delinea intervenções que tenham

por objetivo a manutenção ou reconstituição do sistema no que concerne ao seu desenvolvimento. Segue-se a avaliação com o intuito de se identificar quais os resultados obtidos com as intervenções bem como recolher novos para o reajuste, se necessário, de diagnósticos e intervenções. Todo este processo, quando não registado, deixa de ser um processo contínuo para ser um momento de avaliação individual de um enfermeiro relativamente às necessidades de cuidados de uma criança que se replica indefinidamente pelo número de enfermeiros que lhe prestam cuidados. Perde-se a continuidade de cuidados bem como o registo dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A preocupação com os registos de enfermagem datam do século XIX quando Florence Nightingale referiu ser importante documentar os achados sobre o doente e sobre os cuidados de enfermagem prestados (Goossen, 2000).

A prática de enfermagem tem sofrido uma evolução significativa no seu corpo de conhecimento. Esta evolução tem-se refletido nos registos de enfermagem que passaram de “meras descrições sumárias de tarefas executadas, muitas delas pelas prescrições de outros profissionais de saúde (e muitas vezes em livros de «ocorrências» completamente à margem do processo clínico do doente)” (Leal, M. 2006), a uma documentação de cuidados de enfermagem que refletem a fundamentação dos conhecimentos científicos próprios da profissão bem como o processo de tomada de decisão e a verificação dos resultados obtidos.

Segundo Leal, M. 2006, os registos de Enfermagem têm por finalidades: assegurar a continuidade de cuidados, monitorização e auditoria, validade legal, ensino e aprendizagem, investigação e desenvolvimento, avaliação do desempenho profissional e o desenvolvimento de uma linguagem própria.

Os padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem identificam como elemento importante face à organização dos cuidados de enfermagem “um sistema de registo em enfermagem que incorpore a necessidade de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.” (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Este sistema de registos, que segundo Goossen, (2000), “refere o esforço de análise, formalização e modelação dos processos de recolha e organização de dados, e de transformação de dados em informações e conhecimentos – promovendo decisões baseadas no conhecimento

empírico e na experiência – tendo em vista a alargar e aumentar a qualidade da prática profissional de enfermagem” adota o nome de Sistemas de Informação em Enfermagem. (SIE)

Segundo Paiva, A. (2006), os SIE devem caracterizar-se por:

*“Incluir organização, gestão e tratamento de informação referente ao processo de enfermagem; Incluir uma classificação de enfermagem enquanto estrutura de linguagem uniforme que viabilize a comunicação e a continuidade de cuidados... e dando visibilidade ao contributo dos enfermeiros para os ganhos em saúde das populações. Possibilitar a utilização da linguagem natural, em texto livre, por forma a não limitar a descrição das necessidades dos cuidados de enfermagem e das intervenções de enfermagem à classificação em uso; Reduzir a duplicação de dados; Aumentar a acessibilidade aos dados; Servir o modelo em uso sem limitar o desenvolvimento das práticas no sentido dos modelos expostos.”*

Os SIE utilizam, essencialmente dois tipos de suporte: o suporte em papel e o suporte informático. A Organização Mundial de Saúde (OMS), há já 20 anos “produziu recomendações no sentido de que as organizações... deveriam recorrer a sistemas de informação e aumentar a comunicação e a disseminação da informação recorrendo, para isso, às novas tecnologias.” (Leal, M. 2006). Neste sentido, em Portugal tem-se observado uma preocupação, por parte dos órgãos dirigentes de várias organizações de saúde, da informatização dos processos de enfermagem. A informatização dos registos permite alcançar algumas das características exigidas ao SIE, como são exemplo a redução da duplicação de dados, o aumentar a acessibilidade aos dados, o tratamento de informação (necessário à gestão e à investigação), entre outros.

Neste momento torna-se pertinente questionar qual a taxonomia a ser utilizada nos sistemas de informação.

A necessidade de uma classificação internacional para a prática de enfermagem é já largamente reconhecida para estes profissionais. Betty Neuman, (2002) subsidia a ideia de que os SIE devem incluir uma classificação em enfermagem ao defender que a documentação deve ser feita através de uma taxonomia universal à comunidade de enfermagem.

Em 1989, em Seul, aprova-se a resolução para o estabelecimento de uma Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), sendo que em 1996 o Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) publica a primeira versão da CIPE. A utilização da CIPE enquanto taxonomia universal a ser incluída nos SIE é indicada, pela OMS e pela Ordem dos Enfermeiros. A CIPE, enquanto linguagem internacional, vai permitir aos enfermeiros de todo o mundo uma organização de conceitos onde os diagnósticos, intervenções e resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem se assumem como definições explícitas para todos pelo que a sua utilização, enquanto taxonomia universal a ser incluída nos SIE, é indicada pela OMS e pela Ordem dos Enfermeiros.

Segundo o CIE (2010), a CIPE é um veículo que contribui para a garantia dos cuidados em enfermagem uma vez que possibilita a investigação, a gestão e a mudança de políticas; é um instrumento de informação que descreve a prática de enfermagem que quando utilizada num SIE vai traduzir os contributos da enfermagem nos cuidados de saúde da população.

Esta visibilidade é essencial num momento em que os recursos em saúde são fortemente geridos numa perspectiva de reduzir o que é dispensável e investir no que é contributo relevante para os ganhos em saúde das populações (Paiva, A, 2006)

Os ganhos dos cuidados de enfermagem são traduzidos por indicadores resultantes do processo de enfermagem. Os indicadores, recolhidos através dos SIE, comparam e descrevem os dados sobre os cuidados de enfermagem em diferentes populações, tempos e locais. A Ordem Dos Enfermeiros em Outubro de 2007 emitiu o RMDE onde identifica quais os focos de atenção do enfermeiro nas suas várias áreas assistencias. O desenvolvimento infantil surge não só como um dos focos de atenção da área da pediatria como indicador dos cuidados de enfermagem.

Neste sentido, tendo por referência tudo o que foi abordado ao longo desta contextualização teórica torna-se fundamental que os serviços que tenham como clientes o sistema criança disponham de um SIE que contemple o foco do Desenvolvimento Infantil.

Como sabemos, são domínios de competência do Enfermeiro Especialista a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e as aprendizagens

profissionais. (Ordem dos Enfermeiros, 2010). É ainda da competência do EEESCJ “Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Ordem do Enfermeiros, 2010). Assim, colaborar no desenvolvimento de um sistema de informação, relativamente ao foco do Desenvolvimento Infantil, numa dinâmica do processo de enfermagem que permita a colheita/análise de dados dos resultados sensíveis aos cuidados prestados assume-se como um desafio que em muito vai contribuir, não só para o meu percurso enquanto futura EEESCJ como também para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no serviço onde trabalho.

O HPP onde trabalho dispõe de um sistema de informação transversal à equipa multidisciplinar. O desktop de enfermagem já está organizado segundo o processo de enfermagem e a linguagem utilizada é a CIPE versão 2. O desenvolvimento infantil é um dos focos de enfermagem que, tal como referido no capítulo 2 do presente relatório, aguarda ser trabalhado.

O desenho do sistema de informação sobre o Desenvolvimento Infantil perspectiva-se ser realizado num contexto de equipa de enfermagem, com enfermeiros provenientes dos diferentes serviços que prestam cuidados à criança, sob orientação de um perito que esteve no desenvolvimento inicial do padrão documental do Hospital. O envolvimento de vários profissionais tem como mais-valia a partilha de experiências e informações bem como a sua sensibilização para a importância dos registos no “pensar e fazer enfermagem”.

O percurso metodológico a seguir definido apresenta essencialmente duas fases. Na primeira fase pretende-se uma apropriação dos conteúdos sobre o desenvolvimento infantil, tendo como modelo orientador do cuidado de enfermagem o de sistemas de Betty Neuman; numa segunda fase pretende-se a aplicação dos conhecimentos obtidos, através do desenvolvimento de um SIE relativamente ao foco do desenvolvimento, onde se inclui a revisão e elaboração de procedimentos de enfermagem que visem a uniformização das práticas, por forma a garantir o registo fidedigno dos cuidados de enfermagem bem como os resultados obtidos.

#### **4- Objetivos e Atividades a desenvolver**

No presente capítulo serão enunciados os objetivos que me proponho atingir ao longo do percurso de ensino clínico, bem como as atividades a desenvolver. O cronograma de estágios surge como o desenho do percurso a adotar ao longo do terceiro semestre sendo identificados os peritos dos diferentes contextos clínicos.

Tendo em conta a problemática e a contextualização teórica foram definidos dois objetivos gerais::

**Objetivo Geral 1** - Desenvolver processos de cuidados promotores do desenvolvimento da criança ao longo do seu ciclo de vida, em situação de saúde/doença, na perspetiva da teoria de sistemas de Betty Neuman.

**Objetivo Geral 2-** Desenvolver um Sistema de registos enfermagem, relativo ao foco DESENVOLVIMENTO INFANTIL, utilizando a CIPE versão 2.

Estes dois objetivos encontram-se intimamente ligados sendo que se subsidiam mutuamente na medida que cada um fornece contributos essenciais para ambos poderem ser atingidos.

<b>Objetivo Geral 1 - Desenvolver processos de cuidados promotores do desenvolvimento da criança ao longo do seu ciclo de vida, em situação de saúde/doença, na perspetiva da teoria de sistemas de Betty Neuman.</b>	
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades</b>
1.1- Aprofundar conhecimentos sobre a teoria de sistemas de Betty Neuman;	- Pesquisa bibliográfica na base de dados EBSCO sobre a teoria dos sistemas de Betty Neuman e a sua aplicação à saúde da criança e do jovem
1.2- Aprofundar conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil;	-Pesquisa bibliográfica sobre o desenvolvimento infantil nas bases de dados da psicologia, medicina e enfermagem; - Pesquisa bibliográfica sobre cuidados promotores do desenvolvimento infantil e sobre a vigilância do desenvolvimento infantil em bases de dados de enfermagem; - Reuniões com os peritos e colegas;
1.3- Conhecer o processo de cuidados dos enfermeiros nos vários contextos de ensino clínico, dando enfoque ao desenvolvimento infantil e ao registo dos cuidados relativos a esse foco;	- Identificar as intervenções de enfermagem, aos três níveis de prevenção, relativamente ao desenvolvimentos infantil, nas diferentes situações de saúde/doença da criança, nomeadamente sobre: - Cuidados centrados na família -Cuidados promotores do desenvolvimento infantil; - Vigilância do Desenvolvimento infantil; - Cuidados – antecipatórios - Consulta de documentos, como protocolos, políticas e normas; - Consulta de registos de enfermagem; -Pesquisa bibliográfica sobre os stressores vivenciados em cada fase do desenvolvimento infantil bem como os fatores básicos de

	<p>sobrevivência, de energia e de reconstituição.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observação dos stressores manifestados pelas crianças.</li> <li>- Observação das práticas de enfermagem, nos diferentes locais de ensino clínico, dando especial atenção ao desenvolvimento infantil.</li> </ul>
1.4- Colaborar na prestação de cuidados à criança e família, de forma individualizada, por forma a promover o seu desenvolvimento;	- Colaboração na prestação de cuidados à criança e família, junto do supervisor do ensino clínico, tendo em conta os stressores e os fatores básicos de sobrevivência.
1.5- Implementar, no departamento de pediatria do HPP, intervenções de enfermagem, aos três níveis de prevenção, que permitam manter/recuperar o equilíbrio entre as variáveis por forma a garantir um adequado desenvolvimento da criança.	<p>-Numa dinâmica de uma discussão partilhada, proceder à revisão e elaboração de protocolos relativos ao desenvolvimento infantil, incorporando os resultados da pesquisa bibliográfica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Realização de sessões de formação sobre os cuidados promotores do desenvolvimento infantil e a vigilância do desenvolvimento infantil.</li> </ul>
<b>Objetivo Geral 2-</b> Desenvolver um Sistema de registos enfermagem, relativo ao foco DESENVOLVIMENTO INFANTIL, utilizando a CIPE versão 2.	
<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades</b>
2.1 Aprofundar conhecimentos sobre o processo de cuidados e os sistemas de informação;	<p>Pesquisa bibliográfica sobre os sistemas de informação e a sua importância no processo de cuidados;</p> <p>Reuniões de análise e discussão práticas com os peritos nos diferentes locais de estágio.</p>
2.2 Desenvolver parte do sistema de informação em enfermagem, relativo ao foco Desenvolvimento infantil, para o departamento de pediatria do HPP,	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Observação e recolha de informação acerca da documentação do processo de enfermagem, referente ao desenvolvimento infantil, nos diversos contextos de ensino clínico;</li> <li>-Coordenação do grupo de trabalho com enfermeiros dos vários serviços do departamento de pediatria;</li> <li>-Elaboração do padrão documental sobre o desenvolvimento infantil tendo por base o processo de enfermagem;</li> </ul>
2.3 Iniciar a implementação do padrão documental sobre o foco de enfermagem: desenvolvimento infantil	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Realização do programa de implementação;</li> <li>-Formação aos enfermeiros do departamento de pediatria;</li> <li>-Acompanhamento da equipa, por parte do grupo, na fase de implementação</li> </ul>

Os ensinamentos clínicos obedecem à sequência apresentada em cronograma anexo (anexo I), salvaguardando-se a possibilidade de se proceder a algumas alterações por solicitação dos peritos.

## **5- Considerações Finais**

A elaboração do presente relatório teve por objetivo perspetivar o percurso de formação, ao longo dos ensinamentos clínicos, no sentido de alcançar as competências do enfermeiro especialista.

O desenvolvimento infantil consiste num processo complexo e contínuo que se assume como foco de atenção de várias ciências, entre elas a Enfermagem.

Ao longo deste relatório reflete-se sobre a forma é que o desenvolvimento infantil enquanto é Foco de atenção do EEESCJ. Uma análise tendo, por base o modelo de sistemas de Betty Neuman, permitiu identificar quais os subsídios que a Disciplina de Enfermagem pode dar na promoção/manutenção e reconstituição do desenvolvimento da criança.

A prática de enfermagem assenta numa metodologia científica chamada processo de enfermagem. Parte integrante deste processo são os registos de enfermagem, ainda que “ as atividades de documentação dos cuidados de enfermagem, à partida não refletem uma ação que desperte particular interesse vocacional, numa área de atividade como a dos enfermeiros, cujo ênfase se enquadra no âmbito da relação humana...” (Paiva. A 2006). Esta realidade, associada ao gosto pessoal pela área do desenvolvimento infantil e à necessidade do Serviço no desenvolvimento de um SIE relativamente a este foco de atenção, despoletou a problemática do projeto: Desenvolvimento infantil: a importância dos registos no cuidar em enfermagem.

Este relatório assume-se como “o primeiro passo de uma longa caminhada” para uma prática de enfermagem de qualidade na área da criança e do jovem, ainda que desempenhe o importante papel de fio condutor à aprendizagem e à reflexão na próxima unidade curricular.

## 6- Referências Bibliográficas

- Almeida, R., Quintão, N., Santos, M. (2010). Avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil Segundo a estratégia da atenção integrada às doenças Prevalentes na infância. *Esc Anna Nery*. 14, 591-598. Acedido em 24/04/2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a22.pdf>
- Addon, J. et al (2009). Auditoria dos registos na consulta de enfermagem acompanhando o crescimento e desenvolvimento infantil. *Revista da rede de enfermagem do nordeste*. 10, 90-96. Acedido em 24/04/2013. Disponível em <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/541>
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspetiva desenvolvimentista*. (2ª Ed). Lisboa. Climepsi Editores
- Bloch, H., Lequien, P., Provasi, P., (2003). *A criança prematura*. Lisboa. Instituto Piaget
- Cadette, M., Oliveira, V., (2009). Anotações do enfermeiro no acompanhamento e crescimento e desenvolvimento infantil. *ACTA* . 22, 301-306. Acedido em 24/04/2013. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a10v22n3.pdf>
- Collière, M. (1999). *Promover a Vida* (Tradução). Lisboa. Lidel
- Direção Geral de Saúde (2005). *Saúde infantil e juvenil: Programa tipo de atuação*. (2ª Edição). Lisboa. Direção Geral de Saúde
- Direção Geral de Saúde (2005). *Saúde infantil e juvenil: Programa tipo de atuação*. (2ª Edição). Lisboa. Direção Geral de Saúde
- Goossen, W. (2000). *Towards a strategic use of nursing information in the Netherlands*. Northern center for healthcare research
- Hockenberry, M., Wilson et Winkelstein (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 7ª Edição. Rio de Janeiro. Elsevier Editora.
- International Council of Nurses (2010). *International Classification for Nursing Practice – Version 2* . Geneva, Switzerland: International Council of Nurses.
- Jorge, A. (2004). *Família e hospitalização da criança: (Re) Pensar o cuidar em enfermagem*. Loures. Lusociência
- Leal, M. (2006). *A CIPE e a visibilidade da enfermagem: Mitos e realidades*. Camarate. Lusociência

MacGrath, J., Kenner, C., (2004). *Developmental Care of Newborns & Infants: A guide for health professionals*. United States of America. Mosby

Martins, T., Silvino, Z. (2010). *Um marco conceitual para o cuidado à criança hospitalizada à luz da teoria de Betty Neuman*. Cogitare Enfermagem. 15, 340-344

Neuman, B., Fawcett, J. (2002). *The Neuman Systems Model. 4ª ed. United States of America*. Prentice-Hall International

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros – *Código Deontológico* - Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro). Consultado a 15-07-2013. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Consultado a 12-07-2013. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Consultado a 12-07-2013. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamentocompetencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamentocompetencias_comuns_enfermeiro.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Lisboa. Consultado em 03/04/2013. Disponível em <http://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2012/03/RMDE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Browser CIPE versão 2*. Consultado a 01-06-2013. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>

Paiva, A., (2006). *Sistemas de informação em enfermagem: Uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra. Formasau

Pereira, P. (2009). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros* – Estudo empírico de um resumo mínimo de dados de enfermagem. Porto. Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Acedida em 03/03/2013. Disponível em <http://hdl.handle.net/10216/7182>

Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (2009).Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (EOE) aprovado pelo Decreto-lei nº 104/98, alterado pela Lei Nº. 111/2009

## Anexos

## Anexo I- Cronograma de estágio e peritos

## Cronograma de estágios – 3º Semestre

ANOS	2013												2014											
	MESES	Set	Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro			Fevereiro				Mar		
3º S E M E S T R E	DIAS	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2*	9	16	20		6	13	20	27	3	10	17	24	3
		4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	19		3	10	17	24	31	7	14	21	28	7
	Estágio com relatório	█	█	█	█	█	█	█	█			█	█	Férias de Natal		█	█	█	█	█	█	█	█	█

Preparação de Estágio – Escola	Urgência de Pediatria- HPP Cascais
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais – HSFX	Neonatologia- HPP Cascais
Liga do Deficientes Motores	Intermédios Pediatria- HPP Cascais
Unidade de Saúde Familiar Emergir	Elaboração e Apresentação do relatório

- Liga dos Deficientes Motores Ajuda – Aguardo confirmação por parte da instituição.  
Profissional de referência – Dr.ª Paula Bouceiro
- Unidade de Saúde Familiar Emergir - Enfermeira Helena Mendez
- Urgência de Pediatria HPP Cascais- Enfermeira Teresa Teotónio
- Neonatologia HPP Cascais – Enfermeira Dulce Gonçalves
- Unidade de Cuidados Intermédios de Pediatria HPP Cascais- Enfermeira Dulce Gonçalves

## **APENDICE II – Reunião do GAPE**

# APRESENTAÇÃO - REUNIÃO GAPE (Elaborado por elementos GAPE, Fevereiro 2014)



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
4º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE  
ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E  
PEDIATRIA  
UNIDADE CURRICULAR OPÇÃO II

## Desenvolvimento infantil: os registos na importância do cuidar em enfermagem – Desenvolvimento do Padrão Documental

Regente,

Prof. Maria José Fonseca Pinheiro

Docente Orientadora,

Prof. Maria Teresa Oliveira Marçal

Autora,

Patricia Pereira

Maio  
2013

### Desenvolvimento Infantil

## Criança



#### Cliente

(CIPE, VERSÃO 2)



**Organismo** em **desenvolvimento**, cujo comportamento se exprime através de comportamentos e reações resultantes da dinâmica entre os **fatores bio-anatómicos, psicológicos e sociais**.

(Ordem dos enfermeiros, guia de boas práticas)

Sistema aberto. **Cliente** holístico e dinâmico, em **constante mudança**, composto por diferentes **variáveis: fisiológico, psicológico, sociocultural de desenvolvimento e espiritual**.

(Betty Neuman, 2002)

## **Desenvolvimento Infantil**

O **Crescimento e desenvolvimento** expressa o somatório de numerosas alterações que decorrem durante a vida do indivíduo. A evolução total é um processo dinâmico que engloba várias dimensões inter-relacionadas: crescimento, desenvolvimento, maturação e diferenciação. (Whaley & Wong, 2014)

**Desenvolvimento Infantil**- Desenvolvimento humano: crescimento e desenvolvimento físico, mental e social progressivos, desde o nascimento e durante toda a infância. (CIPE, versão 2)

## **PROBLEMÁTICA: JUSTIFICAÇÃO**

### **Desenvolvimento infantil**

### **Foco de atenção do enfermeiro**

Resumo mínimo de enfermagem: Core de focos do Hospital

...

#### **Desenvolvimento Infantil**

Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem da saúde da criança e do jovem (DR, Nº 35, Fevereiro 2011):

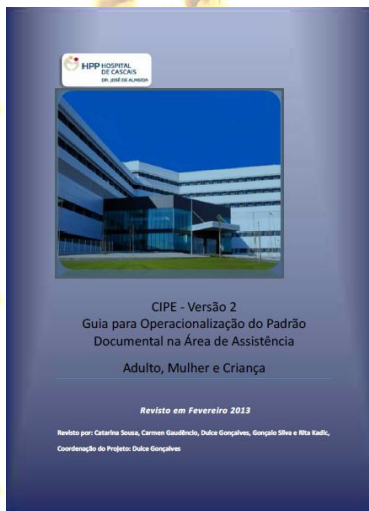
- **PRESTA CUIDADOS ESPECÍFICOS EM RESPOSTA ÀS NECESSIDADES DO CICLO DE VIDA E DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E JOVEM;**

- **Assiste a criança jovem** com a família na maximização da sua saúde;
- **Cuida da criança/jovem** e família nas situações de especial complexidade

# Teoria de Sistemas de Betty Neuman



## Desenvolvimento infantil: - Desenvolvimento do Padrão Documental

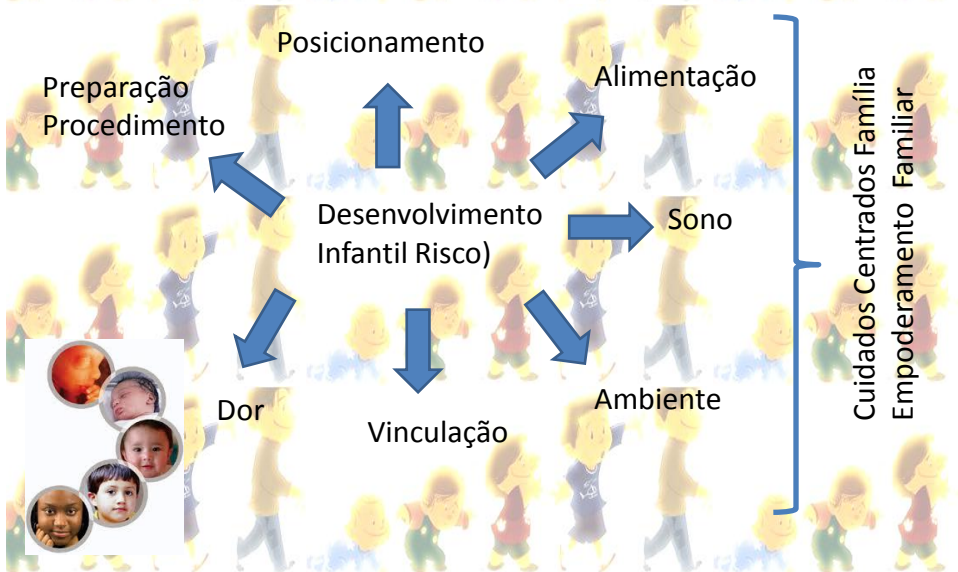


Comprometido



Risco

## Desenvolvimento infantil: R



## Grupo de Trabalho - Neonatologia

 <b>Posicionamento</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermeira Sofia Ramos</li></ul>	 <b>Sono</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermeira</li></ul>
 <b>Alimentação</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermeira Joana Parrança</li></ul>	 <b>Ambiente</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermeira Patricia</li></ul>
 <b>Vinculação</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermeira Sofia Raposo</li></ul>	 <b>Desenvolvimento Infantil</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermeira Patricia</li></ul>

## Desenvolvimento infantil Uma Abordagem Sistêmica

### Hospitalização:

Quebra das rotinas  
Doença  
Medo do desconhecido  
Medo da separação  
Dor

Hockenberry, M., Wilson et Winkelstein (2011)  
Barros, L. (2003)  
Jorge, A. (2004)  
McGrath, J., Kenner, C. (2010)

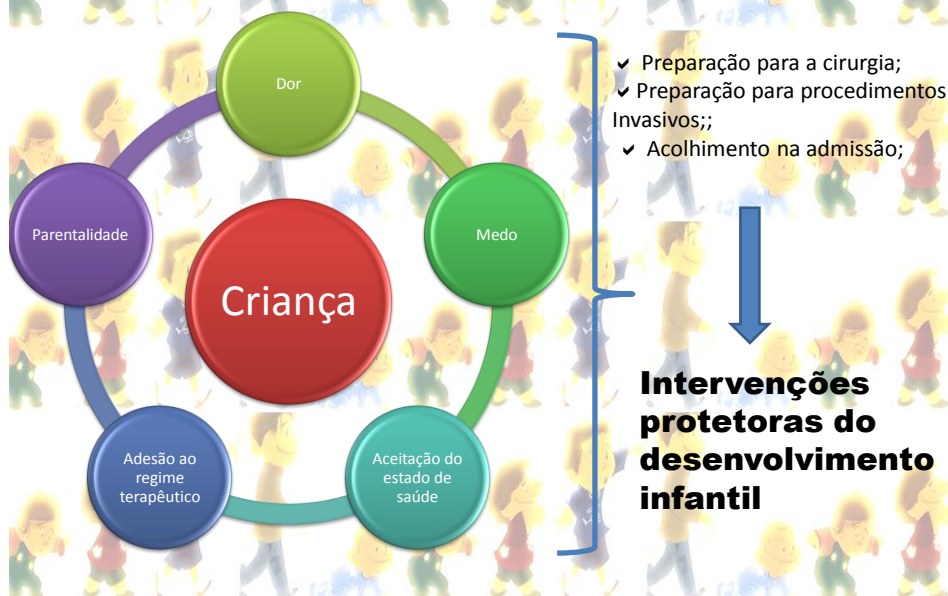
Desenvolvimento Infantil  
(desequilíbrio/equilíbrio do sistema)

Fortalecimento das linhas  
flexíveis de defesa

Enfermeiro – Prevenção Primária: Cuidados não traumáticos

- ✓ Preparação para a cirurgia
- ✓ Preparação para procedimentos invasivos
- ✓ Acolhimento na admissão

## Desenvolvimento infantil: Pediatria



Intervenções  
protetoras do  
desenvolvimento  
infantil

## Desenvolvimento infantil - foco: Pediatria

### Dor

- Adequar medidas não farmacológicas
- Gerir analgésico – EMLA
- Otimizar posição corporal
- Posicionar a criança

### Parentalidade

- **Promover o envolvimento da família**
- Explicar sobre ambiente da unidade de saúde
- Facilitar capacidade para comunicar sentimentos
- Informar sobre direitos dos clientes

### Aceitação do Estado Saúde

- Verificar os conhecimentos acerca da doença
- Promover o envolvimento da família
- Identificar obstáculos á aceitação
- Facilitar a comunicação expressiva de sentimentos
- **Envolver a família**
- Apoiar a família

## Desenvolvimento infantil - foco: Pediatria

### Adesão

- Apoiar a família
- Envolver a família
- Verificar os conhecimentos sobre a doença

### Medo

- Apoiar a criança
- Escutar a criança
- Identificar o medo
- Otimizar ambiente
- Promover o envolvimento da família

## Preparação para procedimentos dolorosos

Adequar medidas não farmacológicas

Adequar medidas não farmacológicas

Gerir analgésico

Otimizar posição corporal

Promover o envolvimento da família

Facilitar capacidade para comunicar sentimentos

Otimizar ambiente

## Preparação para a cirurgia

Ensinar Procedimento

Explicar sobre p ambiente da unidade de saúde

Facilitar capacidade para comunicar sentimentos

Envolver a família

Identificar obstáculos á aceitação

Facilitar capacidade para comunicar sentimentos

Otimizar ambiente

Apoiar a criança

Escutar a criança

Identificar o medo

## Acolhimento no momento admissão

Promover o envolvimento da família

Explicar sobre o ambiente da unidade de saúde

Facilitar capacidade para comunicar sentimentos

Envolver a família

Promover o envolvimento da família

Facilitar capacidade para comunicar sentimentos

Otimizar ambiente

Escutar a criança

## Grupos de Trabalho - Pediatria

### Preparação para a cirurgia

Enfermeira Vânia - UCIPed

Enfermeira Maria - Pediatria

Enfermeiro Nuno - Urgência Pediatria

### Preparação para procedimentos invasivos

Enfermeira Carolina - UCIPed

Enfermeira Tânia - Pediatria

Enfermeira Lúcia - Urgência Pediatria

### Acolhimento

Enfermeira Joana Guimarães - UCIPed

Enfermeira Mariana - Pediatria

## Desenvolvimento infantil

Enfermeiro - Prevenção secundária

✓ Atividade Diagnósticas:

Vigiar desenvolvimento infantil: sinais de alarme  
(reação do sistema ao stressore)

**Identificar e suprimir o stressor sempre que possível**  
**Recrutar energia do sistema**

**Intervenções dirigidas e individualizadas**  
**Promover o envolvimento da família**

## Desenvolvimento infantil

**Prevenção secundária**  
Identificar reação e  
suprimir stressores;  
Promoção do  
desenvolvimento

**Prevenção primária**  
Cuidados antecipatórios

**Prevenção Terclária**  
Readaptação  
funcional / promoção  
do desenvolvimento  
Infantil

**Aprendizagem**  
**desenvolvimento Infantil**

## **APENDICE III – Parametrização do Foco Desenvolvimento Infantil**

## Parametrização do Foco Desenvolvimento Infantil

Foco	Juízo	Intervenções
Desenvolvimento Infantil	Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Promover o desenvolvimento infantil recém-nascido</li> <li>- Procedimento</li> <li>✓ Promover o desenvolvimento infantil na criança</li> <li>✓ Vigiar desenvolvimento recém-nascido – Quadro</li> <li>✓ Vigiar desenvolvimento infantil - Quadro</li> <li>✓ Otimizar Ambiente</li> <li>✓ Posicionar a criança</li> <li>✓ Vigiar Posição do Recém-nascido – Quadro</li> <li>✓ Otimizar Posição Corporal Recém-nascido – Procedimento</li> <li>✓ Otimizar Vestuário</li> <li>✓ Promover a autonomia do recém-nascido no alimentar-se</li> <li>✓ Alimentar: criança</li> <li>✓ Vigiar reflexos alimentação recém-nascido - quadro</li> <li>✓ Promover a Vinculação – Procedimento:</li> <li>✓ Promover hábitos de sono do recém-nascido</li> <li>Procedimento</li> <li>✓ Confortar a criança</li> <li>✓ Adequar medidas não farmacológicas</li> <li>✓ Comunicar com enfermeiro da unidade de saúde</li> <li>✓ Promover envolvimento da família</li> <li>✓ Explicar procedimento</li> <li>✓ <b><u>Aprendizagem sobre Desenvolvimento Infantil</u></b> <b><u>(a aprendizagem constitui em si um foco)</u></b></li> </ul>

Trabalho elaborado em Março/Abril de 2014 em equipa com o GAPE e o GIPE.

Foco	Juízo	Intervenções
Desenvolvimento Infantil	Risco	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Promover o desenvolvimento infantil recém-nascido</li> <li>- Procedimento</li> <li>✓ Promover o desenvolvimento infantil na criança</li> <li>✓ Vigiar desenvolvimento recém-nascido – Quadro</li> <li>✓ Vigiar desenvolvimento infantil - Quadro</li> <li>✓ Otimizar Ambiente</li> <li>✓ Posicionar a criança</li> <li>✓ Vigiar Posição do Recém-nascido – Quadro</li> <li>✓ Otimizar Posição Corporal Recém-nascido – Procedimento</li> <li>✓ Otimizar Vestuário</li> <li>✓ Promover a autonomia do recém-nascido no alimentar-se</li> <li>✓ Alimentar: criança</li> <li>✓ Vigiar autonomia do recém-nascido no alimentar</li> <li>✓ Promover a Vinculação – Procedimento:</li> <li>✓ Promover hábitos de sono do recém-nascido</li> <li>Procedimento</li> <li>✓ Confortar a criança</li> <li>✓ Adequar medidas não farmacológicas</li> <li>✓ Comunicar com enfermeiro da unidade de saúde</li> <li>✓ Promover envolvimento da família</li> <li>✓ Explicar procedimento</li> <li>✓ <b><u>Aprendizagem sobre Desenvolvimento Infantil ( a aprendizagem constitui em si um foco)</u></b></li> </ul>
Trabalho elaborado em Março/Abril de 2014 em equipa com o GAPE e o GIPE		

## **APENDICE IV – Intervenções e documentação associada**

### **Intervenções e Documentação associada às mesmas**

<b>Intervenções</b>	<b>Documentação Associada</b>	<b>Desenvolvimento</b>
✓ Promover o desenvolvimento infantil recém-nascido	Procedimento	Concluído
✓ Promover o desenvolvimento infantil na criança	Procedimento	Concluído
✓ Vigiar desenvolvimento recém-nascido	Quadro de Vigilância	Concluído
✓ Vigiar desenvolvimento da criança	Quadro de Vigilância	Concluído
✓ Otimizar Posição Corporal Recém-nascido	Procedimento	Concluído
✓ Vigiar Posição do Recém-nascido	Quadro de Vigilância	Concluído
✓ Promover a autonomia do recém-nascido no alimentar-se	Procedimento	Concluído
✓ Vigiar autonomia do recém-nascido no alimentar	Quadro de Vigilância	Concluído
✓ Promover a Vinculação	Procedimento	Concluído
✓ Promover hábitos de sono do recém-nascido Procedimento	Procedimento	Concluído
✓ Adequar medidas não farmacológicas	Procedimento	Em desenvolvimento
✓ Explicar procedimento	Procedimento	Em desenvolvimento
✓ Promover envolvimento da família	Procedimento	Em desenvolvimento
✓ <b><u>Aprendizagem sobre Desenvolvimento Infantil</u></b>	Quadro	Concluído

Trabalho elaborado em Março/Abril de 2014 em equipa com o GAPE e o GIPE

## **APENDICE V – Procedimientos elaborados**

Hospital “X”	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Promover autonomia do recém-nascido no alimentar</b>	DEF ----- Pág. 1 / 7
--------------	--	----------------------------

## 1. TÍTULO

Promover autonomia do recém-nascido no alimentar

## 2. PADRÃO

### Cuidados ao Utente (COP)

COP: 1 Políticas e procedimentos orientam a uniformização do cuidado a todos os utentes.

COP. 2 Existe um procedimento para integrar e coordenar o cuidado prestado a cada utente.

## 3. OBJECTIVO

Uniformizar os cuidados de enfermagem na promoção da autonomia alimentar.

## 4. DESTINATÁRIOS

Enfermeiros da área da mulher e criança.

## 5. DEFINIÇÕES

A alimentação do recém-nascido envolve três reflexos, sucção, deglutição e respiração bem como a coordenação entre eles.

Segundo a CIPE versão 2, (2010)

Deglutir: passagem dos líquidos e dos alimentos fragmentados, pelo movimento da língua e dos músculos, da boca para o estômago através da orofaringe e esófago.

Reflexo de sucção: estabelecimento de relação adequada da criança à mãe, enquanto mama e se alimenta, estabelecendo contacto, compreendendo os sinais da mãe; forma apropriada de agarrar a aréola, sucção e colocação da língua correctas, deglutição audível, num mínimo de 5 a 10 minutos em cada mama, largando espontaneamente quando satisfeito.

Sugar: ingestão de líquidos pela boca utilizando os músculos dos lábios e a língua, por exemplo, o leite da mama ou líquido por biberão.

O desenvolvimento das funções alimentares inicia-se in útero e continua no processo de maturação pós-natal. No recém-nascido prematuro e doente, os reflexos de sucção e deglutição são imaturos ou ausentes, havendo necessidade de adequar as funções de

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	---	-----------	-------------

Hospital “X”	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Promover autonomia do recém-nascido no alimentar</b>	DEF ----- Pág. 2 / 7
--------------	--	----------------------------

alimentação. O crescente equilíbrio entre o ritmo de sucção e a relação entre sucção/deglutição pode ser visto com um sinal de maturidade do RNPT no decorrer do processo de alimentação por via oral. (Yamamoto & Keske-Soares & Weinmann, 2009)

### Competências Orais/ Estratégias de Alimentação

Idade Gestacional (semanas)	Competências orais no período pós-natal	Estratégias promotoras da autonomia alimentar
24 - 32	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflexo de sucção presente</li> <li>- Respiração surge entre as 25ª e a 27ª semana</li> <li>- Deglutição apresenta-se como um reflexo organizado</li> <li>- Movimentos respiratórios presentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Início da sucção não nutritiva</li> <li>- Alimentar a criança por sonda</li> <li>- 30 semanas, colocar uma pequena quantidade de leite na boca</li> </ul>
32 - 34	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflexo de sucção organizado</li> <li>- Sucção não nutritiva presente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adaptar o recém-nascido á mama para reconhecimento e estimulação;</li> <li>- Administração de por seringa ou copo</li> <li>- Administração de leite “sonda/dedo”</li> </ul>
34 - 36	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordenação eficaz entre a sucção, deglutição e respiração</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocar o bebe à mama sempre que se encontre desperto e manifeste sinais de fome;</li> <li>- Quando a amamentação estiver bem implementada iniciar alimentação por tetina, se necessário.</li> </ul>

Yamamoto & Bauer & Haeffner & Weinmann & Keske-Soares, 2009

### Limitações dos Recém-Nascidos Prematuros/ Doentes para autonomia alimentar

Sucção débil

Padrão de sucção desorganizado com muitas sucções isoladas

Alterações função faríngea (tosse, náusea, regurgitação, aspiração, engasgamento;

Palatos arqueados (dificuldade em mamar) e hipersensibilidade oral quando submetidos a entubações oro-traqueias

Pseudo-retrognatismo (mandíbula retraída e pequena), palato duro e curto dificulta alimentação

Alterações sensoriais desencadeadas por estímulos orais incómodos.

### Vantagens da estimulação Sensorio-Motora Oral

Promove a estimulação da sucção

Estimula comportamentos de auto-regulação

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	---	-----------	-------------

Hospital “X”	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Promover autonomia do recém-nascido no alimentar</b>	DEF ----- Pág. 3 / 7
--------------	--	----------------------------

Diminui complicações alimentares precoces o que diminui complicações alimentares na infância (transição para os sólidos, hipersensibilidades e intolerância alimentar, (Hawdon tal., 2000).

### **Intervenção oral não nutritiva**

A realização da sucção não nutritiva consiste, numa primeira fase, na realização de toques na região perioral de modo a estimular o reflexo de busca, seguido da introdução do dedo mínimo na cavidade oral do RNPT, o dedo é protegido por uma luva e embebido em leite. Faz-se durante 2 ou 3 minutos, pelo menos uma vez por dia, conforme a tolerância do RNPT:

- Massagem suave do lóbulo da orelha ao canto do lábio;
- Fricção nas gengivas, nos quatro quadrantes, de frente para trás;
- Fricção nas bochechas, um dedo dentro da boca, um dedo fora da boca;
- Desenvolvimento do sulco lingual: passar (alisar) o dedo no centro da língua (posterioranterior); pressionar o centro da língua para baixo.



Figura 1 – Delimitação externa das regiões oral e perioral, evidenciadas no recém-nascido.  
Extraída de: Medeiros (2007)

### **5.1.2 – Intervenção oral nutritiva**

Considera-se que o recém-nascido se encontra preparado para a intervenção quando:

Tem capacidade para manter a estabilidade fisiológica, de acordo com a idade gestacional

Demonstra capacidade para manter alinhamento corporal na linha média

Mantém períodos de vigília calma

Demonstra energia para se alimentar: mantém tonicidade muscular

Abre a boca quando oferecido a tetina ou o dedo

### **Alimentação por seringa**

- Iniciar a estimulação colocando uma pequena quantidade de leite no canto da boca;
- Aguardar que o recém-nascido degluta
- Promover a deglutição dando tempo ao RN para engolir - o RN descansa quando necessita

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	---	-----------	-------------

Hospital “X”	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Promover autonomia do recém-nascido no alimentar</b>	DEF ----- Pág. 4 / 7
--------------	--	----------------------------

- Gerir o tempo da mamada para aproximadamente 30 minutos a fim de minimizar a fadiga, mas permitir ao RN marcar a velocidade desta;
- Estimular o RN a eructar de tempos a tempos

### **Alimentação por copo**

- Providenciar copo pequeno, transparente e de rebordo macio maio cheio de leite
- Pôr sobre o lábio inferior o copo, levemente para que os bordos do copo estejam nos cantos da boca do RN (onde os lábios inferior e superior se juntam) com a língua dentro do copo (embora alguns RN de termo possam preferir a língua por baixo da borda do copo)
- Posicionar o copo para que o leite apenas toque os lábios do RN. Não deitar leite dentro da boca do RN – pode causar tosse ou engasgamento;
- Estimular os movimentos de assoalho da boca e da língua com os lábios sempre em contacto com o copo fazendo uma ligeira pressão com o dedo mínimo sob o queixo;
- Promover a deglutição dando tempo ao RN para engolir - o RN descansa quando necessita
- Gerir o tempo da mamada para aproximadamente 30 minutos a fim de minimizar a fadiga, mas permitir ao RN marcar a velocidade desta;
- Estimular o RN a eructar de tempos a tempos
- Manter o copo bem posicionado durante a mamada, ou seja enquanto o RN descansa não o retirar da sua posição

### **Alimentação por tetina**

- Selecionar a tetina de acordo com a sucção do recém-nascido (baixo-fluxo, médio fluxo)
- Estimular o reflexo dos pontos cardeais e aguardar que o recém-nascido abra a boca
- Colocar a tetina na boca do recém-nascido e vigiar reflexos
- Promover o suporte da mandíbula e das bochechas, se sucção débil
- Diminuir o fluxo de leite, baixando o biberon, se reflexo de sucção muito eficaz, por forma a evitar engasgamentos
- Vigiar sinais de cansaço, sempre que necessário promover momentos de descanso

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	---	-----------	-------------

Hospital “X”	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Promover autonomia do recém-nascido no alimentar</b>	DEF ----- Pág. 5 / 7
--------------	--	----------------------------

- Respeitar os momentos de pausa do recém-nascido: Nunca estimular a sucção com movimentos de rotação da tetina ou de pressão na língua durante as pausas
- Gerir o tempo da mamada para aproximadamente 30 minutos a fim de minimizar a fadiga, mas permitir ao RN marcar a velocidade desta;
- Estimular o RN a eructar de tempos a tempos
- Se a sucção é débil e os movimentos da língua são descoordenados, sempre que o recém-nascido ainda se encontra desperto, introduzir a chucha (sucção não nutritiva). O leite que o RNPT não conseguir mamar será administrado por sonda de declive

## 6. PROCEDIMENTOS

Optimizar ambiente: diminuir o ruído e a luminosidade por forma a conseguir um ambiente tranquilo, livre de distrações, que permita o recém-nascido concentrar-se na alimentação,

Vigiar sono do recém-nascido: Identificar fase do sono, se em vigília tranquila pode-se proceder à estimulação oral (nutritiva ou não nutritiva);

Gerir repouso: sincronizar a alimentação e a estimulação oral de acordo com os ciclos de sono/vigília do recém-nascido;

Confortar criança: utilizar estratégias promotoras do conforto como o enrolamento, embalar, reduzir as luzes, evitar contacto ocular, por forma a conseguir a regulação do sistema e permitir a estimulação oral nutritiva e/ou não nutritiva;

Monitorizar sinais vitais: a estimulação oral deve ser iniciada e/ou mantida somente se apresentar estabilidade fisiológica;

Vigiar padrão respiratório: vigiar sinais de cansaço/dificuldade respiratória;

Vigiar sinais de fome;

Optimizar posição corporal: garantindo alinhamento corporal com suporte e orientação á linha média em posição semi-sentado;

Vigiar lactação;

Optimizar sonda gastrointestinal;

Vigiar conteúdo gástrico;

Monitorizar conteúdo gástrico;

Alimentar criança: de acordo com a idade gestacional, competências orais, actividade e estabilidade fisiológica;

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	---	-----------	-------------

Hospital "X"	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Promover autonomia do recém-nascido no alimentar</b>	DEF ----- Pág. 6 / 7
--------------	--	----------------------------

Vigiar autonomia do recém-nascido no alimentar:

Vigiar adaptação à mama: coordenação da respiração com o reflexo de sucção-deglutição durante a mamada;

Vigiar refeição no lactente:

Promover envolvimento da família: os pais devem ser envolvidos na promoção da autonomia alimentar do recém-nascido.

## 7. REFERÊNCIAS

BRAZELTON T.B. & NUGET J.K. (1995) Neonatal behavioral assessment scale. Cambridge: Cambridge University Press.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM Versão 1.0 (2008). Conselho Internacional de Enfermagem. Editora: Lusodidacta;

DELANEY, A.L. & ARVEDSON, J.C. (2008). Development of swallowing and feeding: Prenatal through first year of life. Development Disabilities Research Reviews, 14, 105-117.

FIGUEIREDO H., BARREIROS J., GONÇALVES I., CUNHA M. (2007) Avaliação de um Programa de Intervenção Oral em recém-nascidos de Muito Baixo Peso. ESSFisiOnline Vol. 3; Nº 2, 3-12.

HAWDON, J.M., BEAUREGARD, N., SLATTEREY, J. & KENNEDY, G. (2000). Identification of Neonates at Risk of developing problems in infancy. Developmental Medicine and Child Neurology, 42, 235-239.

LEVY, D.S.. Atuação Fonoaudiológica com Recém-Nascidos de Alto Risco. In: PRADE, Leila Sauer (2006). Recém-Nascidos Pré-Termo: Critérios para a introdução da alimentação por via oral. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria

OLIVEIRA, A.; CUNHA, M.; FERREIRA, L.; FIGUEIREDO, H.; CADETE, A. & MACHADO, M. (2008) Cuidar para o Desenvolvimento - Intervenção no Recém-Nascido Pré-termo de Muito Baixo Peso. EssFisiOnline, vol. 4, nº 2, 44-61.

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	---	-----------	-------------

Hospital “X”	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Promover autonomia do recém-nascido no alimentar</b>	DEF ----- Pág. 7 / 7
--------------	--	----------------------------

MATHEUS, Jéssica; LIMA, Maria Cecília M.P.; MITRE, Edson I. (2004) Efeitos da Sucção Não-Nutritiva em Recém-Nascidos Pré-Termo considerando índices de saturação de oxigênio. Revista CEFAC, São Paulo, vol.6, nº 3, 282-7

MEDEIROS, Andréa Monteiro Correia (2007). A existência de “sistema sensório-motor integrado” em recém-nascidos humanos. Psicologia USP, 18(2), 11-33.

MILLER, J. L., SONIES, B. C., & MACEDONIA, C. (2003). Emergence of oropharyngeal, laryngeal and swallowing activity in the developing fetal upper aerodigestive tract: An ultrasound evaluation. Early Human Development, 71(6), 61–87.

PIMENTA, Hellen P.; MOREIRA, Maria E. L.; ROCHA, Adriana Duarte; JUNIOR, Saint Clair G.; PINTO, Liana W.; LUCENA, Sabrina Lopes (2008). Efeitos da sucção não-nutritiva e da estimulação oral nas taxas de amamentação em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso ao nascer: um ensaio clínico randomizado. Jornal de Pediatria, vol.84, nº5, 423-27.

PRADE, Leila Sauer (2006). Recém-Nascidos Pré-Termo: Critérios para a introdução da alimentação por via oral. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria

## 8. ANEXOS

Não aplicável.

## 9. REVISÕES

REV.	DATA	NATUREZA DA ALTERAÇÃO

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	---	-----------	-------------

HOSPITAL “X”	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Procedimento: Otimizar posição corporal do recém-nascido</b>	DEF ----- Pág. 1 / 7
--------------	--	----------------------------

## 1. DESIGNAÇÃO

Otimizar posição corporal do recém-nascido (RN)

## 2. PADRÃO

### Cuidados ao Doente (COP)

COP. 1 Políticas e procedimentos orientam a uniformização do cuidado a todos os pacientes.

COP. 2 Existe um procedimento para integrar e coordenar o cuidado prestado a cada doente.

## 3. OBJECTIVO

Uniformizar os procedimentos relativos aos cuidados de enfermagem no que concerne à otimização da posição corporal do recém-nascido.

## 4. APLICAÇÃO / DESTINATÁRIOS

Enfermeiros da área da Mulher e Criança

## 5. DEFINIÇÕES

No período pré-natal, o feto está constantemente rodeado pelas paredes uterinas, pelo que os movimentos ativos que ocorrem têm fronteiras bem definidas. A posição de descanso é em flexão, contida e orientada à linha média, tendo em conta a cabeça e extremidades.

As crianças prematuras tendem a assumir uma posição de extensão, assimétrica, com a cabeça totalmente lateralizada (geralmente para a direita), extremidades em abdução com rotação externa, estando todo o corpo de encontro a uma superfície plana constante (colchão).

O posicionamento, afeta a organização neurocomportamental, o desenvolvimento músculo-esquelético e o funcionamento neuromotor dos RN internados. Assim, o posicionamento terapêutico promove o alinhamento estrutural normal e o controlo neuromotor necessário para que se processe a otimização do desenvolvimento das capacidades motoras e posturais (Hunter, 2010).

As crianças internadas correm maiores riscos de adquirir malformações relacionadas com o posicionamento por variadas razões, como seja: doença, debilidade, controlo motor imaturo, efeitos da gravidade, diversos tratamentos. Estes fatores encontram-se associados a imobilidade prolongada ou diminuição dos movimentos espontâneos.

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	--	-----------	-------------

HOSPITAL “X”	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Procedimento: Otimizar posição corporal do recém-nascido</b>	DEF ----- Pág. 2 / 7
--------------	--	----------------------------

Destacam-se as seguintes malformações posicionais iatrogênicas e respectivas consequências no desenvolvimento das crianças:

- Deformação assimétrica do crânio. Os Recém-nascidos, sobretudo os prematuros, têm os crânios finos e suaves pelo que podem apresentar um achatamento lateral ou occipital do crânio. Sempre que possível, deve-se incentivar o posicionamento “de barriga para brincar” como prevenção desta deformação, uma vez que possibilita o desenvolvimento muscular da cabeça, pescoço e ombros e aquisição de competências do motoras grossas adequadas à idade.
- Torcicolos, curvatura lateral do tronco, preferência visual e funcional pela mão direita como resultado do posicionamento preferencial da cabeça para o lado direito, tanto em prematuros como RN de termo, mantendo 70 a 80% das vezes essa posição, quando em decúbito dorsal.
- Extensão do pescoço e postura em arco frequentemente observadas em RN submetidos a ventilação invasiva ou não invasiva.
- Hiperabdução e flexão dos membros superiores provocam uma rotação externa dos mesmos, resultando num posicionamento persistente em W. Mais tarde poderá haver interferência na competência para se posicionar na linha média.
- Abdução das ancas, rotação externa dos membros inferiores ou aparência de pernas em posição de rã, como resultado da rotação externa dos membros inferiores quando o tronco e região pélvica estão nivelados sobre o colchão.
- Assimetrias motoras relatadas em crianças pré-termo até 32 semanas de gestação ou pequenas para a idade gestacional ocorrem mais nestas crianças do que nos nascidos a termo mesmo após idade corrigida de 4 meses.
- O posicionamento terapêutico deve ser realizado no sentido de prevenir úlceras de pressão para além de prevenir as deformidades.

### **Princípios do Posicionamento Terapêutico**

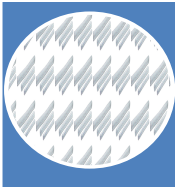
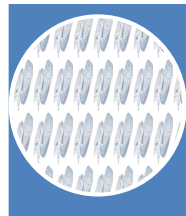
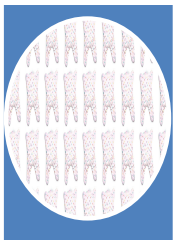


- Manter um alinhamento adequado do corpo (orientação à linha média, flexão e contenção);
- Adequar suporte músculo-esquelético para promover o crescimento e desenvolvimento deste sistema;
- Proporcionar conforto e segurança através da contenção e pressão facilitando o levar as mãos à face e/ou à boca para se auto-regular;

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	--	-----------	-------------

HOSPITAL “X”	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Procedimento: Otimizar posição corporal do recém-nascido</b>	DEF ----- Pág. 3 / 7
--------------	--	----------------------------


- Promover medidas de descanso.

### Suportes de Posicionamento

Nome	Características	Tamanho
Rolos 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dobráveis;</li> <li>• Mantêm a sua forma até serem reajustados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pequeno RN &lt; 1200 g;</li> <li>○ Médio RN 1200 g;</li> <li>○ Grande RN maiores (&gt;1800)</li> </ul>
Ninhos 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajudam a promover a estabilidade;</li> <li>• O apoio para os pés (acolchoado e macio) e as alças ajustáveis facilitam o movimento enquanto mantêm a posição e flexão adequadas;</li> <li>• O peso do RN influencia a escolha do ninho.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Extra pequeno: RN &lt; 900 g;</li> <li>○ Pequeno: RN 800 - 1350 g;</li> <li>○ Médio: RN 1300 - 2250 g;</li> <li>○ Grande: RN &gt; 2250 g.</li> </ul>
Rãs 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auxiliar em forma de saco maleável que tem várias funcionalidades:</li> <li>• Auxiliar nos posicionamento;</li> <li>• Pode ser colocada à volta da cabeça, pescoço ou para posicionar uma extremidade</li> <li>• Pode ser usado como um “par de mãos” extra durante os procedimentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ N/A</li> </ul>
Para-Quedas 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema de suporte para RN que precisam de elevação;</li> <li>• Pode ser usado em crianças com refluxo gástrico ou problemas respiratórios;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Grande e pequeno</li> <li>○ Incubadoras e berço</li> </ul>
Almofada de Elevação 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenhada com o intuito de auxiliar a manter a posição de Decúbito Ventral, suportando o tronco e utilizando a força natural da gravidade;</li> <li>• A sua forma facilita o natural posicionamento dos ombros, a coordenação mão-boca e o alinhamento médio do tronco e cabeça.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Extra pequeno: RN &lt; 800 g;</li> <li>○ Pequeno: RN 800-1250 g;</li> <li>○ Médio: RN 1250-2000 g;</li> <li>○ Grande: RN 2000 g.</li> </ul>

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	---	-----------	-------------

HOSPITAL “X”	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Procedimento: Otimizar posição corporal do recém-nascido</b>	DEF ----- Pág. 4 / 7
--------------	--	----------------------------

Almofadas Gel  	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bolsa de gel; Oferece uma superfície de apoio e pode auxiliar no alívio da tensão causada pela imobilidade prolongada ou outras situações em que o reposicionamento frequente é contra-indicado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Redondas</li> <li>○ Retangulares</li> <li>○ Cunha</li> </ul>
--	--	---

### Considerações Clínicas e Desenvolvimentistas para o posicionamento (Hunter, 2010)

<b>DECÚBITO VENTRAL</b>	<b>VANTAGENS CLÍNICAS</b>	<b>VANTAGENS DE DESENVOLVIMENTO</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhora a oxigenação e ventilação (apesar do aumento de trabalho para a respiração) em neonatos ventilados ou não</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove o desenvolvimento do tónus flexor</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhora esvaziamento gástrico do que em decúbito dorsal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove o movimento mão-boca (auto-regulação)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminui o refluxo gastroesofágico, quando associado à elevação da cabeceira a 30°</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove a extensão do pescoço e levantamento da cabeça</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminui episódios de bradicardia e hipoxemia, quando associado a elevação da cabeceira a 15°</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhora adaptação ao meio extrauterino (diminui choro, aumenta períodos de sono profundo)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendado para posição de dormir em neonatos com refluxo que não se resolve com medidas medicamentosas e de dieta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Previne assimetrias craniais, quando se alterna posicionamento da cabeça de um lado para o outro</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminui risco de aspiração</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimula a adução das ancas e joelhos</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminui o consumo energético, já que os neonatos se encontram mais calmos, com menos actividade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Previne a rotação externa das ancas</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminui risco de apneia durante o sono</li> <li>• Aumenta a FC durante o sono</li> </ul>	
	<b>DESvantagens CLÍNICAS</b>	<b>DESvantagens DE DESENVOLVIMENTO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificulta o acesso aos neonatos para execução de alguns procedimentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pode potenciar postura de “pernas de rã” devido à gravidade, se não se mantiver posição correcta</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se neonato agitado ou activo, poderá ocorrer mais facilmente a auto-extubação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pode resultar no desenvolvimento de assimetrias motoras e deformidades da cabeça com achatamento lateral</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumenta o risco de SMSL</li> <li>• Não permite vigiar abdómen</li> <li>• Aumento do risco de SMSL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificulta a exploração visual e o contacto visual com o cuidador</li> </ul>	

<b>DECÚBITO DORSAL</b>	<b>VANTAGENS CLÍNICAS</b>	<b>VANTAGENS DE DESENVOLVIMENTO</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilita acesso para prestar cuidados aos neonatos clinicamente instáveis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove alinhamento à linha média</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduz risco de SMSL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduz achatamento lateral da cabeça, mantendo a cabeça na linha média</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminui a pressão intracraniana, associado a elevação da cabeceira a 30°</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilita exploração visual e contacto visual com o cuidador</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminui a hemorragia intraventricular</li> </ul>	
	<b>DESvantagens CLÍNICAS</b>	<b>DESvantagens DE DESENVOLVIMENTO</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminui tensão do oxigénio, compliance pulmonar e volume tidal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove a extensão ao invés da flexão, pelo que se associa à posição de arco hipertónico com hiperextensão da cabeça, pescoço e ombros</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumenta episódios de refluxo gastroesofágico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promove deformidade posicional de rotação externa de braços e pernas</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumenta risco de aspiração</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pode resultar em plagiocefalia posterior (cabeça</li> </ul>	

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	---	-----------	-------------

HOSPITAL “X”	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Procedimento: Otimizar posição corporal do recém-nascido</b>	DEF ----- Pág. 5 / 7
--------------	--	----------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumenta o consumo energético (neonatos dormem menos e choram mais)</li> <li>Pode criar pressão na zona occipital se a cabeça permanecer na mesma posição durante tempo excessivo ou sem aliviador de pressão</li> </ul>	achata), o que poderá resultar no atraso do desenvolvimento motor
--	--	---

<b>DECÚBITO LATERAL</b>	<b>VANTAGENS CLÍNICAS</b>	<b>VANTAGENS DE DESENVOLVIMENTO</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esquerdo: Diminui esvaziamento gástrico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promove orientação à linha média de cabeça e extremidades</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Direito: Melhora esvaziamento gástrico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimula flexão das extremidades</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melhora a oxigenação dos neonatos com problemas pulmonares como atelectasia ou enfisema pulmonar (o lado afectado deverá estar em contacto com o colchão)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promove movimento mão-boca</li> <li>Promove flexão e adução das ancas e joelhos, prevenindo a rotação externa das ancas</li> </ul>
	<b>DESVANTAGENS CLÍNICAS</b>	<b>DESVANTAGENS DE DESENVOLVIMENTO</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pode contribuir para o desenvolvimento de atelectasia no lado dependente</li> <li>Aumenta o risco de SMSL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promove achatamento lateral da cabeça quando não é realizada a mudança frequente de posição</li> <li>Dificulta a manutenção da flexão nos neonatos activos r/ou hipertónicos</li> </ul>

## 6. PROCEDIMENTO:

Aprontar o material necessário (ver suportes de posicionamento); pode ser também necessário recorrer a um “para-quedas” para possibilitar a elevação da cabeceira.

Posicionar a criança: manipular em flexão, contenção e orientação à linha média durante todas as intervenções/cuidados;

Logo que a criança manifeste capacidade para se manter na posição fisiológicas de flexão, a posição de eleição deve ser o dorsal.

Vigiar o posicionamento do RN em cada interação e modificá-lo de forma a dar suporte e uma orientação simétrica relativamente à sua linha média corporal

Otimizar posição corporal: Descrever suportes para o posicionamento terapêutico (rã, ninho, rolo, almofada de gel) e o resultado obtido. Remover gradualmente os suportes de posicionamento enquanto a prática de “costas para dormir, de barriga para brincar” é implementada, à medida que o RN demonstra flexão fisiológica da parte superior do corpo quando em decúbito dorsal;

Promover o envolvimento da família: incentivar os pais a participar nos posicionamentos;

## 7. REFERÊNCIAS

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® versão 2 (2011)

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	---	-----------	-------------

HOSPITAL “X”	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Procedimento: Otimizar posição corporal do recém-nascido</b>	DEF ----- Pág. 6 / 7
--------------	--	----------------------------

COUGHLIN, M., GIBBINS, S. e HOATH, S. (2009) – “Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice”, Journal of Advanced Nursing

HOCKENBERRY e WILSON (2014) – “WONG – Enfermagem da criança e do adolescente”, 9ª Edição, Vol. I, Lusociência, Loures (Capítulo 10 - págs. 354-356; 390-392; Capítulo 11 - págs 441-442)

HUNTER, J. (2010) – “Positioning” *in* Developmental Care of Newborns & Infants, National Association of Neonatal Nurses, Mosby (Capítulo 16 – págs 299-319)

HOCKRIDGE, T. e TAQUINO, L. (2010) – “Infant Sleep Position Protocols” *in* Developmental Care of Newborns & Infants, National Association of Neonatal Nurses, Mosby (Capítulo 11 – págs 183-196)

MALUSKY, S. e DONZE, A. (2011) – “Neutral Head Positioning in Premature Infants for Intraventricular Hemorrhage Prevention: An Evidence-Based Review”, Neonatal Work, Vol. 30, Nº 6, Novembro/Dezembro 2011 (págs 381-396)

MCMANUS, B. e CAPISTRAN, P. (2008) – “A Case Presentation of Early Intervention with Dolichocephaly in the NICU: Collaboration Between the Primary Nursing Team and the Developmental Care Specialist”, Neonatal Work, Vol. 27, Nº 5, Setembro/Outubro 2008 (págs 307-315)

NIGHTLINGER, K. (2011) – “Developmentally Supportive Care in the Neonatal Intensive Care Unit: An Occupational Therapist’s Role”, Neonatal Work, Vol. 30, Nº 4, Julho/Agosto 2011 (págs 243-248)

TAMEZ, R. (2013) – “Enfermagem na UTI Neonatal”, 5ª Edição, Editora Guanabara Koogan, Rio de Janeiro (Capítulo 13: Postura e Toque Terapêutico – págs.139-149)

TESTA, A, LAVRADOR, M. e BARRACA, S. (2002) – “Protocolo de Posicionamento do Recém-Nascido Prematuro”, Revista Referência, nº 8, Maio 2002 (págs. 79-83)

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	--	-----------	-------------

HOSPITAL "X"	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Procedimento: Otimizar posição corporal do recém-nascido</b>	DEF ----- Pág. 7 / 7
--------------	--	----------------------------

<http://www.spp.pt/conteudos/default.asp?ID=33> consultado em Fevereiro 2014

#### 8. ANEXOS

Não aplicável.

#### 9. REVISÕES

REV.	DATA	NATUREZA DA ALTERAÇÃO

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	--	-----------	-------------

HOSPITAL “X”	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Procedimento: Promover a Vinculação</b>	DEF ----- Pág. 1 / 5
--------------	---	----------------------------

## 1. TITULO

Promover a Vinculação

## 2. PADRAO JCI

Cuidados ao Utente (COP)

COP: 1 Políticas e procedimentos orientam a uniformização do cuidado a todos os utentes.

COP. 2 Existe um procedimento para integrar e coordenar o cuidado prestado a cada utente.

## 3. OBJECTIVO

Uniformizar os procedimentos relativos aos cuidados de enfermagem na promoção da vinculação

## 4. DESTINATÁRIOS

Enfermeiros da Unidade de Neonatologia.

## 5. DEFINIÇÕES

Vinculação - *“Parentalidade: Ligação entre a criança e mãe e/ou pai; formação de laços afectivos”*. CIPE (versão 2, 2010),

A vinculação é *“a primeira relação humana de uma criança como pedra fundamental sobre a qual se edifica a sua personalidade”*. Silva, 2002

O internamento de um recém-nascido numa unidade de neonatologia, é marcado não só pela separação da família, mas também pela vivência prematura de uma maternidade e paternidade que é invadida por uma série de sentimentos, emoções e factores de stress, para os quais a família não se encontra preparada.

A literatura vem destacando que, a fragilidade que é apresentada por um RN prematuro ou doente, assim como as fases do desenvolvimento e a sua recuperação numa unidade de neonatologia, aumentam a importância dos cuidados parentais no contexto hospitalar. Os pais devem ser incluídos na prestação de cuidados no sentido

Revisão n.º	Elaborado: Gupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	--	-----------	-------------

HOSPITAL “X”	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Procedimento: Promover a Vinculação</b>	DEF ----- Pág. 2 / 5
--------------	---	----------------------------

de promover o processo de vinculação. É fundamental que a interação pais-filho se inicie o mais precocemente possível (Brazelton, 1986).

*“A satisfação das necessidades de vinculação passam por contactos afectuosos com a mãe e outros prestadores de cuidados, pelos contactos corporais, pelas interacções através do sorriso e do olhar, pelos gestos de ternura e afecto, pelas comunicações sensoriais no momento de cuidados, nomeadamente de amamentação, pela segurança encontrada nos braços do adulto, pela sintonia dos ritmos e dos afectos”.* (CORREIA e SILVA, 2006, p.54)

Neste sentido, o contacto físico humano, constitui um elemento profundo e essencial do desenvolvimento da criança. Um toque positivo comunica amor, segurança para o RN. O simples acto de proporcionar um toque positivo trás benefícios ao nível da regulação hemodinâmica, na redução do stress, no desenvolvimento do SNC, no crescimento e na interacção pais-filho.

O Método Canguru proporciona o contacto pele-a-pele dos pais com o recém-nascido. Este método revela-se numa forma de toque com benefícios comprovados, não só para a vinculação e interacção RN-família, mas também para o desenvolvimento do RN.

O Método Canguru consiste no contacto pele-a-pele entre o RN e a figura parental. O recém-nascido é colocado, apenas com a fralda, em posição vertical na região torácica entre as mamas da figura parental, em contacto pele-a-pele. Todos os recém-nascidos, estejam ou não ventilados e de qualquer idade gestacional ou peso, estão aptos para a realizá-lo, desde que este método não acarrete riscos para a condição clínica da criança e desde o seu estado seja considerado estável.

Todos os recém-nascidos de termo ou pré-termo em ventilação espontânea ou não invasiva, de idade gestacional igual ou superior a 28 semanas e peso igual ou superior a 1000 gramas, estão aptos à realização do Método do Canguru, desde que apresentem estabilidade fisiológica.

Revisão n.º	Elaborado: Gupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	--	-----------	-------------

HOSPITAL “X”	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Procedimento: Promover a Vinculação</b>	DEF ----- Pág. 3 / 5
--------------	---	----------------------------

Os critérios de exclusão para a realização do método canguru são:

- Necessidade de ventilação invasiva (numa situação em que o RN se encontre clinicamente estável e com parâmetros cardio-respiratórios estáveis a sua participação deve ser discutida com equipa médica).
- Vários episódios de bradicardia.
- Frequência respiratória <30 ciclos por minuto
- Saturação de oxigénio <85 %.
- Tensões arteriais instáveis para a idade gestacional.
- Cateteres centrais (por exemplo: umbilicais, femorais, drenos torácicos ou outros); ou transfusões em curso.
- Sedados.
- Mãe/Pai com lesões de pele ou infeções.
- Recusa dos pais.

As inúmeras capacidades sensoriais e motoras do RN, vão evocar respostas parentais proporcionadas por diversos meios de comunicação, que são úteis para o estabelecimento dos processos de interação e vinculação RN-família.

## **6. PROCEDIMENTO**

Explicar o ambiente da unidade de saúde: acolher a família do RN; informar sobre os direitos e deveres da família; explicar a unidade de saúde quanto ao seu ambiente tecnológico e material de suporte ao recém-nascido; esclarecer dúvidas;

Promover a adaptação à parentalidade: promover momentos de interação RN-família (como tocar, olhar, falar, aconchegar/segurar, envolver e participar nos cuidados ao RN); ajudar a família a mobilizar sentimentos de segurança e pertença relativamente ao seu filho explicando os seus recursos sensoriais e de interação;

Incentivar ao contacto visual: incentivar a família a estabelecer o contacto visual com o RN, e que ensine a família a observar e compreender as expressões singulares e únicas do seu filho.

Incentivar o toque no RN: promover o toque positivo (como por exemplo: toque de contenção, aconchego, colo, massagem, realização Método Canguru);

Promover o envolvimento da família: proporcionar oportunidades, sempre que possível, para a família pegar no RN ao colo, aconchegá-la nos seus braços, e na

Revisão n.º	Elaborado: Gupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	--	-----------	-------------

HOSPITAL “X”	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Procedimento: Promover a Vinculação</b>	DEF ----- Pág. 4 / 5
--------------	---	----------------------------

impossibilidade de esta o poder fazer, incentivar a família a participar nas medidas de conforto e contensão do RN pelo toque com as mãos.

Incentivar amamentação: a amamentação promove a interação e vinculação RN-Mãe, pelo que se deve promover a amamentação o mais precocemente possível;

Optimizar ambiente: assegurar privacidade da família, em caso da realização do método canguru, amamentação, colo;

Aprontar material: preparar todo o material necessário para a prestação de cuidados ao RN; preparar o material necessário à realização do método canguru;

Optimizar vestuário: na realização do método canguru o enfermeiro deverá: despir o RN, deixar apenas a fralda, colocar gorro no RN se necessário, providenciar batas aos pais se necessário e cobrir o RN com uma manta ou lençol;

Optimizar posição corporal: na realização do método canguru, posicionar o recém-nascido verticalmente no peito materno ou paterno;

Monitorizar sinais vitais: manter a monitorização durante a realização do método canguru;

Vigiar padrão respiratório: Vigiar frequência e ritmo da respiração do RN com monitor cardio-respiratório ou com monitor de apneia;

Elogiar parentalidade: fazer reforços positivos face á atitude dos pais.

## 7. BIBLIOGRAFIA

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão 2, 2010.

CORREIA e SILVA, Ana – **Cuidar do Recém-nascido- O Enfermeiro como promotor das competências parentais.** Universidade Aberta, 2006.Tese de Mestrado de comunicação em Saúde.

CAMARNEIRO, Ana Paula; ALVES, Catarina; FERREIRA, Ana; *et. al.* - Interacção mãe-bebé prematuro numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. **Acta Pediátrica Portuguesa.** Vol. 40, n.º 2 (2009), p. 53-57. [Consult.24 Fev. 2014]. Disponível na internet: <URL:

Revisão n.º	Elaborado: Gupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	--	-----------	-------------

HOSPITAL “X”	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Procedimento: Promover a Vinculação</b>	DEF ----- Pág. 5 / 5
--------------	---	----------------------------

[http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/15/20090804165618\\_ActaPediat\\_Vol40\\_N2.pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/15/20090804165618_ActaPediat_Vol40_N2.pdf)>.

ISSN 0873-9781

FERREIRA, Manuela; COSTA, Maria - Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. **Revista Referência**. Nº 30 (2004), p. 51-58. [Consult.24 Fev. 2014] Disponível na internet: <URL:<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/442/1/Cuidar%20em%20parceria.pdf>> ISSN 1647-662X

GOMES-PEDRO, João; TORRAL, Fernanda; SOBRAL, Filipa *et al.*- Viver Numa Unidade de Cuidados Especiais para Recém-Nascidos - Um risco...Uma oportunidade. **Acta Pediátrica Portuguesa**. Vol. 35, n.º 3 (2004), p. 167-174. [Consult.24 Fev. 2014]. Disponível na internet: <URL: [http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/47/20130423091333\\_ponto\\_de\\_vista\\_167.pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/47/20130423091333_ponto_de_vista_167.pdf)> ISSN 0873-9781

PEDRO, SANDRA – **Envolvimento Parental numa UCIN- Necessidades Emergentes**. Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), 2007. Tese de Mestrado de Psicologia da Gravidez e da Parentalidade.

## 8. ANEXOS

Não aplicável.

## 9. REVISÕES

REV.	DATA	NATUREZA DA ALTERAÇÃO

Revisão n.º	Elaborado: Gupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	--	-----------	-------------

HOSPITAL "X"	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Procedimento: Promover o desenvolvimento da criança</b>	DEF ----- Pág. 1 / 10
--------------	---	-----------------------------

## 1. TÍTULO

Promover o desenvolvimento da criança

## 2. PADRÃO

Cuidados ao Utente (COP)

COP: 1 Políticas e procedimentos orientam a uniformização do cuidado a todos os utentes.

COP. 2 Existe um procedimento para integrar e coordenar o cuidado prestado a cada utente.

## 3. OBJECTIVOS

Uniformizar os cuidados de enfermagem na promoção dos hábitos de sono do recém-nascido.

## 4. DESTINATÁRIOS

Enfermeiros da área da mulher e criança.

## 5. DEFINIÇÕES

O desenvolvimento infantil representa parte do desenvolvimento humano e incorpora o crescimento e desenvolvimento físico, mental e social progressivo, desde o nascimento e durante toda a infância. (CIPE, versão 2).

O internamento consiste num momento de stress para a criança e família. A alteração marcada nas rotinas diárias familiares e o medo do desconhecimento, dos procedimentos invasivos e da doença faz com que a hospitalização seja encarada como algo negativo no processo de desenvolvimento infantil.

Os primeiros estudos realizados sobre o impacto da hospitalização no desenvolvimento infantil revelaram resultados devastadores (Barros, L., 2003). A inclusão dos familiares nos serviços de saúde, a implementação de uma prática de cuidados dirigida às necessidades da criança, a diminuição do tempo de internamento e a preocupação em tornar os serviços de pediatria num espaço agradável veio alterar os resultados dos estudos sobre a hospitalização sendo que atualmente é possível pensar no internamento como um momento de aprendizagem e desenvolvimento na

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	---	-----------	-------------

HOSPITAL "X"	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Procedimento: Promover o desenvolvimento da criança</b>	DEF ----- Pág. 2 / 10
--------------	---	-----------------------------

medida em que constitui uma situação nova, "... que apresenta um grau moderado de ameaça e de stress, em conjugação com a disponibilidade de figuras apoiantes e securizantes e de modelos de atuação adequadas." (Barros, L. 2003).

O Enfermeiro assume um papel primordial na promoção do desenvolvimento infantil durante o internamento na medida em que é o técnico que permanece mais tempo junto da criança e família. Deve assumir prática de cuidados não traumáticos, centrada na família que integre os conhecimentos das características e necessidades específicas das crianças em cada estadio de desenvolvimento.

Os cuidados não traumáticos consistem no "... fornecimento de cuidados terapêuticos através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares em qualquer local, no sistema de cuidados." (Hockenberry, Wilson, 2014). Sendo os principais stressores da hospitalização o medo da dor, da separação da figura cuidadora, do desconhecido e o medo da doença/ alteração da figura corporal (Hockenberry, Wilson, 2014; Barros, L., 2003) o enfermeiro deve dar especial atenção ao momento do acolhimento, à adequação das medidas não farmacológicas e à preparação das crianças/famílias para os procedimentos e cirurgias. Deve ainda ser facilitador de um ambiente tranquilo onde seja possível o uso do brinquedo e de estratégias de coping que possibilitem à criança uma sensação de segurança emocional face aos procedimentos desagradáveis e dolorosos (Bretas, J., Bortolote, G., 2008).

Encarando o internamento hospitalar como um contacto da família com a equipa de saúde onde criança/adolescente se encontra face a um momento stress/aprendizagem, o enfermeiro deve manter a vigilância do desenvolvimento infantil, uma vez que o despiste de perturbações do desenvolvimento psicomotor são muitas vezes diagnosticadas em exames oportunistas (DGS, 20123), bem como adotar uma atitude de empoderamento dos pais para poderem assegurar/promover esse mesmo desenvolvimento.

A Direção Geral de Saúde, no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013), propõe a vigilância do desenvolvimento infantil até aos 5 anos de vida através da aplicação da escala de Mary Sheridan modificada, bem como atividades promotoras do desenvolvimento e os cuidados antecipatórios.

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	---	-----------	-------------

HOSPITAL "X"	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Procedimento: Promover o desenvolvimento da criança</b>	DEF ----- Pág. 3 / 10
--------------	---	-----------------------------

Importa referir que a aplicação da escala deve ser feita incluindo os pais que têm que ter oportunidade para manifestarem as suas dúvidas ou suspeitas. Devem ser levadas em conta as informações recolhidas durante o acolhimento da criança/família, que podem identificar stressores/fatores de risco ao desenvolvimento.

Sempre que se trate de uma criança cujo nascimento foi prematuro, até aos 2 anos deve-se proceder à correção da idade gestacional.

A DGS (2013) elaborou um quadro sobre os sinais de alarme, que segue os intervalos de idade definidos pela escala da Mary Sharidan. No sentido de uniformizar a observação e documentação acerca das alterações do desenvolvimento infantil por parte da equipa de enfermagem do departamento de pediatria, segue-se o quadro supra- citado:

**Quadro 1- Sinais de alarme do desenvolvimento infantil (0 aos 5 anos):**  
**DGS- Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, 2013**

Idade	Sinais de alarme
1 mês	<input type="checkbox"/> Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado(a). <input type="checkbox"/> Apresenta hipertonicidade na posição de pé. <input type="checkbox"/> Nunca segue a face humana. <input type="checkbox"/> Não vira os olhos e a cabeça para o som (voz humana). <input type="checkbox"/> Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos.
3 meses	<input type="checkbox"/> Não fixa, nem segue objetos. <input type="checkbox"/> Não sorri. <input type="checkbox"/> Não há qualquer controlo da cabeça. <input type="checkbox"/> Tem as mãos sempre fechadas. <input type="checkbox"/> Tem os membros rígidos em repouso. <input type="checkbox"/> Apresenta sobressalto ao menor ruído. <input type="checkbox"/> Chora e grita quando se toca. <input type="checkbox"/> Pobreza de movimentos.
6 meses	<input type="checkbox"/> Ausência de controlo da cabeça. <input type="checkbox"/> Tem membros inferiores rígidos e faz passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar. <input type="checkbox"/> Não olha nem pega em qualquer objeto. <input type="checkbox"/> Apresenta assimetrias. <input type="checkbox"/> Não reage aos sons. <input type="checkbox"/> Não vocaliza. <input type="checkbox"/> Tem desinteresse pelo ambiente. <input type="checkbox"/> Apresenta irritabilidade. <input type="checkbox"/> Tem estrabismo manifesto e constante.
9 meses	<input type="checkbox"/> Não se senta. <input type="checkbox"/> Permanece sentado(a) e imóvel sem procurar mudar de posição. <input type="checkbox"/> Apresenta assimetrias. <input type="checkbox"/> Não tem preensão palmar, não leva objetos à boca. <input type="checkbox"/> Não reage aos sons. <input type="checkbox"/> Vocaliza monotona ou perde a vocalização. <input type="checkbox"/> É apático(a), sem relação com familiares.

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	---	-----------	-------------

HOSPITAL "X"	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Procedimento: Promover o desenvolvimento da criança</b>	DEF ----- Pág. 4 / 10
--------------	---	-----------------------------

	<input type="checkbox"/> Engasga-se com facilidade. <input type="checkbox"/> Tem estrabismo.
12 meses	<input type="checkbox"/> Não aguenta o peso nas pernas. <input type="checkbox"/> Permanece imóvel, não procura mudar de posição. <input type="checkbox"/> Apresenta assimetrias. <input type="checkbox"/> Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão. <input type="checkbox"/> Não responde à voz. <input type="checkbox"/> Não brinca nem estabelece contacto. <input type="checkbox"/> Não mastiga.
18 mese	<input type="checkbox"/> Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas. <input type="checkbox"/> Anda sempre na ponta dos pés. <input type="checkbox"/> Apresenta assimetrias. <input type="checkbox"/> Não faz pinça – não pega em nenhum objeto entre o polegar e o indicador. <input type="checkbox"/> Não responde quando o(a) chamam. <input type="checkbox"/> Não vocaliza espontaneamente. <input type="checkbox"/> Não se interessa pelo que o(a) rodeia; não estabelece contacto. <input type="checkbox"/> Deita os objetos fora. Leva-os sistematicamente à boca. <input type="checkbox"/> Tem estrabismo.
2 anos	<input type="checkbox"/> Não anda sozinho(a). <input type="checkbox"/> Deita os objetos fora. <input type="checkbox"/> Não constrói nada. <input type="checkbox"/> Não parece compreender o que se lhe diz. <input type="checkbox"/> Não pronuncia palavras inteligíveis. <input type="checkbox"/> Não se interessa pelo que está em seu redor. <input type="checkbox"/> Não estabelece contacto. <input type="checkbox"/> Não procura imitar. <input type="checkbox"/> Tem estrabismo.
4-5 anos	<input type="checkbox"/> É hiperactivo(a), distraído(a) e tem dificuldade de concentração. <input type="checkbox"/> Apresenta linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez. <input type="checkbox"/> Tem estrabismo ou suspeita de défice visual. <input type="checkbox"/> Apresenta perturbação do comportamento.

As atividades promotoras do desenvolvimento e os cuidados antecipatórios fazem parte de uma intervenção independente dos enfermeiros que se prendem com os ensinamentos às famílias. O enfermeiro deve capacitar os pais/cuidadores, enquanto pessoas significativas e principais cuidadores da criança por forma assegurar o seu melhor crescimento e desenvolvimento.

Seguindo o mesmo intervalo de idades, de acordo com a DGS (2013), seguem-se quadros que sistematizam os ensinamentos aos pais na promoção do desenvolvimento infantil.

### **Quadro 2- Atividades Promotoras do Desenvolvimento Infantil (DGS, 2013)**

Idade	Actividades
1 mês	<input type="checkbox"/> Pegar no(a) bebé e embalá-lo(a) suavemente. Pode aconselhar-se uma cadeira de balouço.

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	---	-----------	-------------

HOSPITAL "X"	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Procedimento: Promover o desenvolvimento da criança</b>	DEF ----- Pág. 5 / 10
--------------	---	-----------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Falar e cantar suavemente com sons altos, baixos, agudos, graves e suaves. Chamar o(a) bebê pelo nome.</li> <li><input type="checkbox"/> Falar sobre tudo o que estiver a fazer: lavar as mãos, vestir-se.</li> <li><input type="checkbox"/> Usar canções de embalar, música instrumental suave ou músicas com melodias repetidas.</li> <li><input type="checkbox"/> Comunicar com o(a) bebê olhando-o(a) nos olhos, encostado ao peito.</li> <li><input type="checkbox"/> Colocar o(a) bebê sobre os joelhos, deixar que ela(e) agarre o indicador com as mãos e converse com ela(e).</li> <li><input type="checkbox"/> Segurar uma bola vermelha a 20 cm e movimentá-la para cima e para baixo, para a esquerda e direita, estando o(a) bebê em estado de alerta e com a cabeça em posição central.</li> <li><input type="checkbox"/> Dar oportunidade ao bebê de experimentar cheiros diferentes (flor, laranja...)</li> <li><input type="checkbox"/> Fazer massagem suave corporal, observando sempre o(a) bebê calmamente, sem movimentos muito elaborados. Não forçar movimentos, fazer pouca pressão, não exceder os 20 minutos.</li> <li><input type="checkbox"/> Pegar ao colo, olhar olhos nos olhos, sorrir, deitar a língua de fora, quando em estado de alerta.</li> <li><input type="checkbox"/> Oferecer o polegar do(a) bebê para que esta(e) se autoconforte e reorganize.</li> <li><input type="checkbox"/> Evitar ambientes hiperestimulantes. Observar o(a) bebê.</li> </ul>
4-6 semanas	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Movimentar objetos coloridos e pendurá-los perto do rosto da criança, a uma distância um pouco superior a 20 cm e não necessariamente em forma de esfera.</li> <li><input type="checkbox"/> Produzir sons suaves com chocalhos, caixa de música e observar a sua atenção.</li> <li><input type="checkbox"/> Observar o(a) bebê sobre a forma como dorme, sossega, se alimenta e procura auto conforto.</li> <li><input type="checkbox"/> Conversar com carinho, aprender a tocá-lo(a), embalá-lo(a), estar em sincronia com o seu comportamento. Manter tonalidades de voz diferentes e suaves. Continuar a usar a cadeira de balouço.</li> <li><input type="checkbox"/> Mudar periodicamente de posição, de modo a proporcionar-lhe o melhor conforto, sem utilização do decúbito ventral para dormir.</li> <li><input type="checkbox"/> Continuar a massajar de forma simples, sem movimentos bruscos e muito elaborados e sem muita pressão. Não exceder os 20 minutos.</li> <li><input type="checkbox"/> Proporcionar momentos calmos sem sobrecarga de estímulos, limitando as visitas de estranhos e ambientes hiperestimulantes.</li> </ul>
3 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Interagir através da fala, usar a mímica do rosto e imitar o som de determinados objetos ou instrumentos musicais.</li> <li><input type="checkbox"/> Ouvir música suave na companhia do cuidador. Dançar, em ritmo suave, com o(a) bebê ao colo. Cantar.</li> <li><input type="checkbox"/> Mobilizar o(a) bebê, evitando que esteja deitada(o) demasiado tempo e na mesma posição.</li> <li><input type="checkbox"/> Procurar levantá-lo(a) devagar pelas mãos, como se fosse sentá-lo(a).</li> <li><input type="checkbox"/> Oferecer-lhe objetos para segurar, colocar objetos pendentes para que possa segui-los.</li> <li><input type="checkbox"/> Desenvolver um ritual de apoio à hora de dormir, sem deixar chorar desenfadadamente.</li> </ul>
6 meses	<p>Oferecer brinquedos apropriados como uma bola de tamanho médio, de cores vivas, cubos de arestas redondas, de modo a estimulá-lo(a) a passar o objeto de uma mão para a outra.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Sentá-lo(a) com apoio para que possa participar mais ativamente no meio que o rodeia.</li> </ul>

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	---	-----------	-------------

HOSPITAL "X"	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Procedimento: Promover o desenvolvimento da criança</b>	DEF ----- Pág. 6 / 10
--------------	---	-----------------------------

	<input type="checkbox"/> Incentivar para que produza novos sons com a boca. Conversar e dançar com o(a) bebé. <input type="checkbox"/> Colocar o(a) bebé num tapete adequado e incentivá-lo(a) a deslocar-se rolando e a pegar nos brinquedos que estejam mais longe. <input type="checkbox"/> Proporcionar brincadeiras de interação, colocar à frente do espelho e não prevenir situações que lhe causem frustrações (elemento forte de aprendizagem). <input type="checkbox"/> Não entrar em conflito durante a refeição, que constitui uma oportunidade de interação sem pressão. <input type="checkbox"/> Ritual do sono reforçado antes de dormir.
9 meses	Oferecer objetos diferentes e afastados, no sentido de incentivar o posicionamento. <input type="checkbox"/> Colocar objetos em cima de uma cadeira, de forma a incentivá-lo(a) a colocar-se de pé, colocando um tapete à volta caso caia. <input type="checkbox"/> Chamar os objetos pelos nomes, ensinar a colocar fora e dentro da caixa. <input type="checkbox"/> Oferecer papel para amassar e rasgar. <input type="checkbox"/> Dar a experimentar diferentes texturas. <input type="checkbox"/> Oferecer dois objetos para a mão e posteriormente um terceiro, deixando que ele «resolva o problema». <input type="checkbox"/> Brincar ao «esconde». <input type="checkbox"/> Ser firme e terno no «não». <input type="checkbox"/> Utilizar brincadeiras de tapar e destapar o rosto e outros jogos repetitivos (bater palmas, acenar...). <input type="checkbox"/> Realizar massagem (sem grandes alterações), com a exceção do apoio de um brinquedo para o manter quieto. <input type="checkbox"/> Imitar sons de animais e objetos fazendo mímica e pedindo para a criança imitar.
12 meses	Promover a aquisição de capacidades motoras. <input type="checkbox"/> Deixar a criança tomar algumas decisões visando a segurança. <input type="checkbox"/> Reagir calmamente e com firmeza às birras. <input type="checkbox"/> Manter os rituais do sono. <input type="checkbox"/> Não entrar em conflito na hora da refeição. <input type="checkbox"/> Estimular as tarefas/ordens simples; dar estímulo positivo após a realização destas. <input type="checkbox"/> Oferecer cubos, dar vários objetos para as mãos. <input type="checkbox"/> Falar sobre as separações com antecedência progressiva e cumprir as promessas. <input type="checkbox"/> Evitar pressões para o controlo esfinteriano. <input type="checkbox"/> Incentivar para que a criança peça quando quer algo, verbalizando o pedido, mesmo que se saiba o que ela deseja. <input type="checkbox"/> Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.
18 meses	<input type="checkbox"/> Ensinar a criança a guardar os brinquedos numa caixa ou num saco, para que aprenda a organizar-se. <input type="checkbox"/> Pedir à criança que olhe e repita o nome de partes do corpo do boneco. <input type="checkbox"/> Ensinar a criança a «rabiscar» na areia, na terra ou num papel, de modo a estimular a destreza manual e a área sensorial. <input type="checkbox"/> Demonstrar o que é, e o que não é perigoso para ela. <input type="checkbox"/> Elogiar a criança quando for capaz de realizar algo sozinha. <input type="checkbox"/> Continuar a incentivar o convívio. <input type="checkbox"/> Realizar atividades com música, incentivando a criança a dançar e a cantar. <input type="checkbox"/> Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	---	-----------	-------------

HOSPITAL "X"	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Procedimento: Promover o desenvolvimento da criança</b>	DEF ----- Pág. 7 / 10
--------------	---	-----------------------------

2 anos	<input type="checkbox"/> Proporcionar brincadeiras como: pular num só pé, correr, saltar uma corda, de modo a estimular a coordenação motora. <input type="checkbox"/> Controlo esfinteriano se a criança tiver desenvolvido competência da fala. <input type="checkbox"/> Estimular a arrumação, imitação e declínio do negativismo. <input type="checkbox"/> Ajudar a criança a pronunciar palavras, mas pelo estímulo positivo. <input type="checkbox"/> Oferecer tintas para a criança mexer e desenhar. <input type="checkbox"/> Dar-lhe a conhecer várias texturas e materiais. <input type="checkbox"/> Contar histórias e dar <i>puzzles</i> . <input type="checkbox"/> Facilitar oportunidade de jogo simbólico. <input type="checkbox"/> Pedir para ajudar em pequenas tarefas diárias. <input type="checkbox"/> Dar oportunidade para a criança emitir o próprio pensamento e desejo, mantendo os limites. <input type="checkbox"/> Reforçar a necessidade impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança
3 anos	Promover atividades lúdicas físicas: saltar, correr, pular, andar de triciclo, etc. <input type="checkbox"/> Pedir à criança que conte histórias ou algo que fez (ação passada). Incentivar a criança a fantasiar. <input type="checkbox"/> Dar responsabilidades, aceitar a forma que ele achou para dominar a sua vida. <input type="checkbox"/> Não trazer a criança para a realidade quando está no seu mundo imaginário. <input type="checkbox"/> Conduzir os rituais de sono de forma regrada (medos, associados ao pensamento mágico). <input type="checkbox"/> Fase dos «porquês». Há que ter muita paciência, tendo em conta que nem sempre espera pela resposta à primeira pergunta. <input type="checkbox"/> Não ridicularizar comportamentos. <input type="checkbox"/> Ajudar a criança a partilhar os brinquedos – altura para ingressar no jardim-de-infância. <input type="checkbox"/> Acompanhamento de programas televisivos. <input type="checkbox"/> Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.
4 anos	Promover as construções com <i>lego</i> e com <i>puzzles</i> . <input type="checkbox"/> Proporcionar oportunidade para a criança fazer o desenho da figura humana. <input type="checkbox"/> Inventar brincadeiras que envolvam distinção de cores e ensinar canções e versos. <input type="checkbox"/> Pô-la a participar em afazeres, mesmo que sejam simbólicos. <input type="checkbox"/> Dar oportunidade para a verbalização das suas vontades, aceitar a sensibilidade da criança, aceitando avanços e recuos. <input type="checkbox"/> Mostrar as sequências das atividades. <input type="checkbox"/> Promover brincadeiras onde exista movimento físico. <input type="checkbox"/> Auxiliar a criança na diferenciação entre a emoção e o agir (consciência moral/solidariedade humana). <input type="checkbox"/> Proporcionar a oportunidade da criança transmitir uma mensagem a outra pessoa. <input type="checkbox"/> Não entrar em grandes pormenores quando questionados sobre sexualidade. <input type="checkbox"/> Reforçar a necessidade de impor regras e limites e não ceder à chantagem da criança.
5 – 6 anos	Selecionar os programas televisivos /computador, bem como o horário e o período de tempo. <input type="checkbox"/> Não ridicularizar os presumíveis medos /pesadelos /fobias, ajudando a

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	---	-----------	-------------

HOSPITAL "X"	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Procedimento: Promover o desenvolvimento da criança</b>	DEF ----- Pág. 8 / 10
--------------	---	-----------------------------

	<p>resolver o sentimento de impotência.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Continuar a proporcionar atividades que permitam à criança desenvolver a área motora.</li> <li><input type="checkbox"/> Ensinar-lhe a recortar e colar triângulos, quadrados e círculos de vários tamanhos e formar figuras.</li> <li><input type="checkbox"/> Pedir para que explique o significado de palavras simples e incentivar para que pergunte aquelas que não conhece.</li> <li><input type="checkbox"/> Continuar a proporcionar à criança responsabilidade, como por exemplo: ajudar em casa, dar recados.</li> <li><input type="checkbox"/> Inculcar regras, impor limites, ajudar a lidar com os impulsos (roubo, mentira).</li> <li><input type="checkbox"/> Promover a participação em jogos para a promoção da sua personalidade (saber lidar com a timidez, submissão, vaidade, liderança, etc.).</li> </ul>
--	--

## 6. PROCEDIMENTO

Explicar sobre ambiente da Unidade de Saúde: proceder ao acolhimento da criança e família do espaço da unidade de saúde; apresentação do espaço da unidade e dos profissionais.

Otimizar ambiente: tendo em conta o conhecimento dos hábitos de sono/vigília e de acordo com a situação clínica;

Otimizar Posição corporal garantir que a criança se mantém num posicionamento terapêutico;

Posicionar a criança: manipular e posicionar a criança respeitando os princípios do posicionamento terapêutico;

Vigiar sono da criança:

Otimizar vestuário: adequar vestuário respeitando os princípios promotores da organização e regulação do recém-nascido;

Adequar medidas não farmacológicas: Enquanto medida não traumática respeitando a idade e fase de desenvolvimento da criança;

Explicar procedimento -

Vigiar desenvolvimento infantil: com recurso á escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan;

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	---	-----------	-------------

HOSPITAL "X"	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Procedimento: Promover o desenvolvimento da criança</b>	DEF ----- Pág. 9 / 10
--------------	---	-----------------------------

Identificar sinais de alerta; de acordo com as directrizes da DGS (quadro1)

Promover o envolvimento da família: envolver os pais durante a sua permanência na unidade de saúde

Supervisionar papel parental: observar competências dos pais no cuidado ao recém-nascido;

Comunicar com o enfermeiro da unidade de saúde: proceder á referenciação telefónica com o Enfermeiro dos Cuidados de Saúde Primários e ao envio da carta de alta sempre que se identifique algum sinal de alarme aquando da vigilância do desenvolvimento infantil ou quando se verifica fatores de risco ao desenvolvimento infantil:

## 7. BIBLIOGRAFIA

Brazelton, T.; Sparrow, J. (2010). *A criança dos 3 aos 6 anos: o desenvolvimento emocional e do comportamento*. (5ª Ed.). Barcarena: Editorial Presença

Concelho Internacional de enfermeiros (2010) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 2. *Ordem dos Enfermeiros*

Direção-Geral da Saúde (2003). Circular Normativa n.º 9/DGCG. 2003 – A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor.

Direção-Geral da Saúde (2014). Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância: Critérios de Elegibilidade. Ministério da Educação, Ministério da Saúde e Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Disponível em <http://www.dgs.pt/ms/12/default.aspx?id=5525>

Hockenberry, M.; Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9ªed). Lisboa: Lusociencia

Ordem dos Enfermeiros (2010b). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Série I. Nº 3.

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	---	-----------	-------------

HOSPITAL "X"	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Procedimento: Promover o desenvolvimento da criança</b>	DEF ----- Pág. 10 / 10
--------------	---	------------------------------

## 8. ANEXOS

Não aplicável.

## 9. REVISÕES

REV.	DATA	NATUREZA DA ALTERAÇÃO

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	---	-----------	-------------

HOSPITAL “X”	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Procedimento: Promover hábitos de sono do recém-nascido</b>	DEF ----- Pág. 1 / 5
--------------	---	----------------------------

## 1. TÍTULO

Promover hábitos de sono do recém-nascido.

## 2. PADRÃO

Cuidados ao Utente (COP)

COP: 1 Políticas e procedimentos orientam a uniformização do cuidado a todos os utentes.

COP: 2 Existe um procedimento para integrar e coordenar o cuidado prestado a cada utente.

## 3. OBJECTIVOS

Uniformizar os procedimentos relativos aos cuidados de enfermagem na promoção dos hábitos de sono do recém-nascido.

## 4. DESTINATÁRIOS

Enfermeiros da área da mulher e criança.

## 5. DEFINIÇÕES

### Sono

Redução recorrente da atividade corporal, marcada por uma diminuição da consciência, não se manter acordado, em que a pessoa não está alerta, metabolismo diminuído, postura imóvel, atividade corporal diminuída e sensibilidade diminuída mas prontamente reversível a estímulos externos (Cipe 2010)

O sono representa gasto de energia. É responsável pela maturação sensorial (influencia a maturação do sistema nervoso central), através da integração dos processos de aprendizagem e memória. (ELSEVIER, 2006 e ALGARIN, 2007). A organização das fases do sono revela a maturação dos organismos.

### **Identificação das fases do sono no recém-nascido**

REM/Ativo: movimentos oculares rápidos.

NREM/Tranquilo: sem movimentos oculares.

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	---	-----------	-------------

HOSPITAL “X”	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Procedimento: Promover hábitos de sono do recém-nascido</b>	DEF ----- Pág. 2 / 5
--------------	---	----------------------------

Sono transacional: períodos de sono que representam a passagem do sono REM/NREM/REM

O desenvolvimento do sistema sensorial depende de dois fatores essenciais: a estimulação sensorial externa e a estimulação endógena. A estimulação endógena, que acontece durante o sono REM nos recém-nascidos pré-termo, é determinante para o desenvolvimento dos vários sistemas neuro-sensoriais como são exemplo o sistema auditivo, sistema visual e o sistema olfativo. Se a privação de sono ocorrer em fases muito precoces e críticas do desenvolvimento do recém-nascido, (entre as 28 semanas e os 3 anos de idade), existem funções cerebrais que ficarão permanentemente lesadas.

Com o desenvolvimento do sistema nervoso, as aprendizagens e sedimentação dos inputs sensoriais começam a estar divididos entre o sono REM e o sono NREM pelo que assegurar a transição das fases de sono se assume como um cuidado importante nestes recém-nascidos. No ciclo circadiano, o sono segue-se de um período de vigília e vice-versa. Importa então perceber quais os mecanismos que regulam esta transição.

A regulação do tempo de vigília e sono está relacionado com dois aspetos fundamentais:

- Um “pacemaker” circadiano, localizado no hipotálamo, que nos reporta para o ciclo Dia/Noite e que nos permite estar acordados durante a fase ativa do dia e a dormir durante a fase inativa da noite;
- Um mecanismo de homeostasia que nos permite ter sono após um longo período de vigília e que nos permite acordar após um período de sono.

No útero materno, o feto parece estabelecer o seu relógio biológico de acordo com o ritmo dia/noite, da mãe.

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	---	-----------	-------------

HOSPITAL “X”	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Procedimento: Promover hábitos de sono do recém-nascido</b>	DEF ----- Pág. 3 / 5
--------------	---	----------------------------

**Quadro 1 : Idade Recém-nascido/ Maturação fases sono.**

Idade Gestacional (Semanas)	Fases do Sono Identificáveis	Predominância fases sono	Duração ciclos sono
< 28	Sem fases identificáveis	Sem fases identificáveis	
28 – 30	Identificação fase REM e NREM	Predominância fase REM	40 minutos
31-35	Maturação dos ciclos REM e NREM	Predominância fase REM	45 minutos
36-38	REM e NREM com ciclos estáveis	Predominância fase REM	50-70 minutos
>40	REM e NREM com ciclos estáveis	Predominância fase REM	50-70 minutos

Nunes, M., Raya, J. Kham, R., 2009  
ELSEVIER, 2006 e ALGARIN, 2007

**Fases do sono (Prechtl,1974)**

- Estado 1: Sono tranquilo (NREM) - Olhos fechados sem movimentos oculares; sem movimentos corporais; respiração regular;
- Estado 2: Sono ativo (REM) - Olhos fechados com movimentos oculares; com movimentos corporais ligeiros; respiração irregular;
- Estado 3: Vigília tranquila - Olhos abertos mas sem movimentos amplos, respiração irregular;
- Estado 4: Vigília ativa - Olhos abertos, movimentos amplos, respiração irregular, choro ausente;
- Estado 5: Chorar - Movimentos corporais generalizados, respiração irregular, choro presente.

**6. PROCEDIMENTO:**

Vigiar Sono do Recém-nascido: Identificar estadio de sono do recém-nascido;  
Otimizar ambiente: diminuição da luz e do ruído. Promover a hora da sesta e da pausa noturna afim de se estabelecer um ciclo circadiano favorável ao desenvolvimento de padrões de ciclo de sono/vigília saudáveis.

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	---	-----------	-------------

HOSPITAL “X”	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Procedimento: Promover hábitos de sono do recém-nascido</b>	DEF ----- Pág. 4 / 5
--------------	---	----------------------------

Otimizar posição corporal do recém-nascido: manter posicionamento terapêutico e recorrer ao método canguru;

Identificar sinais de stress no recém-nascido: o choro, dedos em garra, hiper-extensão da cabeça e bocejo;

Confortar a criança: assegurando que o recém-nascido passe um nível mais baixo de atividade através da contenção, toque, otimização da posição corporal, alimentação e a sucção não nutritiva.

Identificar sinais de estabilidade fisiológica: postura descontraída de todas as extremidades, braços e pernas em flexão, reflexo mão boca como mecanismo de auto-regulação e promotores do sono;

Gerir o repouso: respeitar os períodos de sono quando a criança se encontra na fase de vigília;

Promover o envolvimento da família: envolver os pais na promoção do sono dos recém-nascidos.

## 7. BIBLIOGRAFIA:

V. Bertelle, MD; A. Sevestre, MD; K. Laou-Hap, RN; M. C. Nagahapitiye, HN; J. Sizun, MD (2007). Sleep in the Neonatal Intensive Care Unit. *J Perinat Neonat Nurs. Vol. 21, No. 2, pp. 140–148*

Cecilia R. Algarin, Patricio D. Peirano (2007). Sleep in brain development. *Biol Res 40: 471-478*

Bruce B. Downs Boulevard, Department of Community and Family Health, USF College of Public Health (2006). Sleep and Brain Development. *Clin Perinatol 33. 693–706*

Madeleine Grigg-Damberger, M.D.; David Gozal, M.D.; Carole L. Marcus, M.B.B.Ch.; Stuart F. Quan, M.D.; Carol L. Rosen, M.D.; Ronald D. Chervin,

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	---	-----------	-------------

HOSPITAL "X"	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Procedimento: Promover hábitos de sono do recém-nascido</b>	DEF ----- Pág. 5 / 5
--------------	---	----------------------------

M.D.; Merrill Wise, M.D.; Daniel L. Picchietti, M.D.; Stephan H. Sheldon, D.O.; Conrad Iber, M.D. (2007). The Visual Scoring of Sleep and Arousal in Infants and Children. *Journal of Clinic Sleep Medicine*. Vol. 3. Nr 2

KHAN, R., NUNES, M., RAYA, J. (2009). Avaliação do estado comportamental durante o sono em Recém-Nascidos. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*. Vol. 15. 25-29p.

Macgrth J., Kenner, C. (2010). *Developmental Care of Newborns & Infants: A Guide for Health Professionals*. 2º Edição. Mosby

### 8. ANEXOS

Não aplicável.

### 9. REVISÕES

REV.	DATA	NATUREZA DA ALTERAÇÃO

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	---	-----------	-------------

HOSPITAL "X"	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Procedimento: Promover o desenvolvimento do recém-nascido</b>	DEF ----- Pág. 1 / 7
--------------	---	----------------------------

## 1. TÍTULO

Promover o desenvolvimento do recém-nascido.

## 2. PADRÃO

Cuidados ao Utente (COP)

COP: 1 Políticas e procedimentos orientam a uniformização do cuidado a todos os utentes.

COP: 2 Existe um procedimento para integrar e coordenar o cuidado prestado a cada utente.

## 3. OBJECTIVOS

Uniformizar os cuidados de enfermagem na promoção do desenvolvimento do recém-nascido.

## 4. DESTINATÁRIOS

Enfermeiros da área da mulher e criança.

## 5. DEFINIÇÕES

Durante a gravidez o feto encontra-se no ambiente favorável ao seu desenvolvimento psicomotor. Aquando do nascimento de termo, sem intercorrências durante o parto, o recém-nascido fica junto da sua mãe. O processo de vinculação é imediatamente iniciado e o bebé estará em casa entre o 2º e o 4º dia de vida. Neste contexto, o enfermeiro tem um papel primordial na vigilância do desenvolvimento do recém-nascido, na capacitação dos pais para o desempenho do seu papel parental e na vigilância da vinculação.

Quando o nascimento é acompanhado de uma situação de risco (prematuridade, asfixia neonatal, malformações, etc.) existe a necessidade dos recém-nascidos serem internados numa unidade de neonatologia. Neste caso, a transição que representa o parto acontece de uma forma disfuncional: o bebé e a mãe são separados, o que altera o processo de vinculação,

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	---	-----------	-------------

HOSPITAL "X"	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Procedimento: Promover o desenvolvimento do recém-nascido</b>	DEF ----- Pág. 2 / 7
--------------	---	----------------------------

e o recém-nascido é transportado para um ambiente onde vai experienciar sensações negativas como a dor e a hiper-estimulação.

Sempre que o internamento aconteça em situação de prematuridade, os riscos a nível de alterações do desenvolvimento aumenta. O parto pré-termo é definido como o parto que acontece antes das 37 semanas de gestação. Sempre que acontece um parto pré-termo o processo de desenvolvimento fetal é interrompido e o recém-nascido sujeito a uma estimulação sensorial inadequada às suas necessidades de desenvolvimento. Os fetos estão preparados para estarem no útero materno, para ficarem ao colo dos pais e para serem integrados nos seus grupos sociais (A. Heidelise, 2006). O ambiente das neonatologias e os cuidados de saúde que estes recém-nascidos necessitam, assegurados através do recursos a tecnologias barulhentas e invasivas, representam o oposto das necessidades fetais.

Os estudos revelam que uma grande percentagem de prematuros apresentam alterações ao nível do desenvolvimento físico e cognitivo (A. Heidelise, 2006; Zelkowitz et al, 2008, Cunha, M. et al, 2006). Tal facto levou a uma extensa investigação sobre o impacto do internamento de um recém-nascido pré-termo/termo numa unidade hospitalar.

A pedra angular das alterações neuro-comportamentais dos prematuros está em compreender como se dá o desenvolvimento do sistema nervoso central (SNC) fetal e adotar uma prática de cuidados que a proteja/promova.

O desenvolvimento do SNC da criança inicia-se no período fetal e perdura até à idade adulta. A maturação neurológica dá-se em várias fases e segue uma diferenciação cefalo-caudal. Do centro para as extremidades (Hockenberry, Wilson, 2014)

O desenvolvimento neurológico decorre da estimulação endógena (neurotransmissores) e exógena. A estimulação exógena é integrada através de estímulos recebidos através do sistema sensorial (visual, auditivo, toque, vestibular, olfativo e gustativo) , visceral (dor, raiva, frio) e propriocetivo (movimento e postura, – localizados junto dos tendões, ligamentos, palma das mãos e planta dos pés).

No recém-nascido prematuro o sistema sensorial, proprioceptivo e visceral são imaturos. Nos recém-nascidos de risco podem encontrar-se "alterados". É importante ter presente que o sistema sensorial, em cada fase de desenvolvimento, está programado para receber determinados tipos de estímulos.

Segue-se um quadro que integra o desenvolvimento dos sistemas sensoriais de acordo com a idade gestacional: (MacGrath, J., Kenner, C. 2010)

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	---	-----------	-------------

HOSPITAL "X"	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Procedimento: Promover o desenvolvimento do recém-nascido</b>	DEF ----- Pág. 3 / 7
--------------	---	----------------------------

Idade Gestacional (Semanas)	Sistemas sensoriais					
	Visual	Tato	Olfato	Gustativo	Audição	Vestibular (gravidade, balanço e movimento)
4 - 8	4 semanas emerge o primeiro tecido ótico localizado em duas esferas localizadas na frente do tubo neural		5-7 semana dá-se a formação do nariz	- Entre a 8 semana e a 9 semana estão formadas as terminações nervosas		- Desenvolvimento lento do sistema vestibular ao longo da gravidez devido aos estímulos provenientes do útero materno
8-12			11 semanas-epitélio olfativo esta maduro			
12- 19	- Entre as 14 e as 28 semanas dá-se a formação de 7000 neurónios que integram o córtex visual;			- 16 semanas os receptores nervosos para o paladar estão presentes		
19 -24	-14 semanas inicio da formação da fóvea que dará origem à retina;  - 26 semanas abre os olhos mas não foca		- 20 semanas-bolbo olfativo totalmente formado  - 24 semanas consegue distinguir alguns cheiros	- 20 semanas inicia-se a discriminação de vários sabores	- Audição inicia-se entre as 23 e 24 semanas  - 24 semanas identifica sons; tolerância para os sons suaves	
24 – 28						
28 – 30			- 28 semanas o feto consegue responder a cheiros intensos		- Maturação da colclia e do nervo auditivo	
30 -32					- Início do processo do estímulo auditivo	
32 – 34	32 semanas, inicio do processo de mielinização do nervo otico		- Rápido desenvolvimento das habilidades olfativas		- Tem noção dos sons externos ao corpo materno	
34 – 40			-Às 40 semanas é capaz de reconhecer o cheiro do leite materno, do liquido amniótico.	- O feto já distingue sabores como o doce		- Integração bilateral dos reflexos;
40 semanas	Imaturo, rápido desenvolvimento até aos 6 meses pós-natal; Consegue ver objectos até 20 cms; identifica a forma dos objectos e das			- Maturação completa dos recetores gustativos, o feto distingue cerca de 7000 sabores	- Localizam e discriminam sons	- Sentido de balanço e de control dos movimentos que lhe permite estar atento aos restantes estímulos;

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	---	-----------	-------------

HOSPITAL "X"	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Procedimento: Promover o desenvolvimento do recém-nascido</b>	DEF ----- Pág. 4 / 7
--------------	---	----------------------------

	faces				
--	-------	--	--	--	--

MacGrath, J., Kenner, C. 2010

A integração sensorial é determinante para um correto desenvolvimento do SNC. O ambiente das unidades hospitalares e a gravidade do quadro clínico dos recém-nascido faz com que estes estejam expostos a estímulos desadequados ao desenvolvimento sensorial (dor, ruído, luminosidade, toque) o que leva a uma interrupção de um adequado desenvolvimento dos sistemas sensoriais – integração sensorial disfuncional. (McGrath, J., Kenner, C., 2011).

Com o objectivo de "... promover um ambiente de prestação de cuidados estruturado que suporte, incentive e oriente o desenvolvimento do recém-nascido prematuro e/ou em estado crítico..." (Coughlin et al., 2009), surgem os cuidados para o desenvolvimento.

Os cuidados para o desenvolvimento fundamentam-se nos estudos elaborados por Als 1982, que descrevem a relação existente entre os ambientes das neonatologias e o desenvolvimento do SNC. Als (2006) descreve o desenvolvimento do cérebro do recém-nascido como um processo dinâmico e contínuo de diferenciação, integração e modulação de vários sistemas. Os vários sub-sistemas interagem entre si e são influenciados pelo meio ambiente. O recém-nascido apresenta um desenvolvimento neurológico maduro e adequado quando consegue integrar vários estímulos sensoriais sem apresentar sinais de stress. Os seus comportamentos dão indicações aos enfermeiros de como devem planear os cuidados. (Hockenberry, Wilson, 2014).

No recém-nascido pré-termo, a vigilância do desenvolvimento é realizada através da identificação dos sinais de stress e de desorganização dos vários subsistemas, de acordo com a teoria sinativa (Als, H., 2009, Hockenberry, Wilson, 2014).

No recém-nascido de termo, uma vez que o seu comportamento se traduz sobretudo por uma atividade reflexa, a vigilância deve ser realizada pela pesquisa dos comportamentos reflexos, (presença, simetria) e do tónus muscular. (Hockenberry, Wilson, 2014)

As metas padrão dos cuidados para o desenvolvimento centram-se em intervenções independentes da doença, essenciais para o desenvolvimento e crescimento da criança e da família e incluem (Coughlin et al., 2009): Proteção do sono; Gestão da dor; Posicionamento, Cuidados com a pele e alimentação; Cuidados centrados na família e o Ambiente.

A otimização do ambiente, pela sua especificidade na neonatologia, requer aqui uma atenção especial. O quadro que se segue sintetiza as intervenções de enfermagem, relativas à otimização do ambiente, na promoção do desenvolvimento infantil.

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	---	-----------	-------------

HOSPITAL "X"	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Procedimento: Promover o desenvolvimento do recém-nascido</b>	DEF ----- Pág. 5 / 7
--------------	---	----------------------------

Idade Gestacional (semanas)	Sistemas sensoriais					
	Visual	Tato	Olfato	Gustativo	Audição	Vestibular
24 – 28	- Proteção da incubadora com capas; - Evitar luz directa e em situações de necessidade proteger os olhos com uma compressa;	- Promoção do toque terapêutico;	- Disponibilizar algodões ou compressas embebidas com leite materno;	- Disponibilizar objetos com cheiro materno/paterno (suave)	- Evitar ruídos elevados;	- Manipulações e transferências com movimentos suaves
28 – 30						
30 -32	- Evitar oscilações rápidas da intensidade da luz; - Promover o contacto com a face materna/paterna	- Método mãe canguro; - Promoção do toque terapêutico; - Manter os recém-nascidos vestidos; - Limitar variações da temperatura;	- Proteger de cheiros intensos como as soluções alcoólicas - Método canguru; - Higiene oral com leite materno;	- Proteger de cheiros intensos como as soluções alcoólicas - Método canguru; - Higiene oral com leite materno;	- Falar em voz suave antes dos procedimentos; - Evitar ruídos elevados;	- Estimulo rítmico de baixa intensidade sonora "urso que respira" - Manipulações e transferências com movimentos suaves
32 – 34	- Diminuição da luz nos períodos da sesta e da noite;		- Manter intervenções anteriores;	- Oferecer leite por seringa		
34 – 40	- Manter redução da luz para permitir que o recém-nascido possa explorar o ambiente, identificar as faces	- Despertar o bebe com toque suave;			- Cantar em tom e ritmos suaves (não associar dois estímulos em simultâneo); -	- Manter movimentos suaves; - Permitir um ritmo de cuidados regular; - Embalar - 38 semans- usar cadeiras de balanço;

As metas padrão dos cuidados para o desenvolvimento, devem demonstrar e quantificar o impacto das intervenções de enfermagem na unidade de cuidados.

## 6. Procedimento

Vigiar desenvolvimento do recém-nascido: avaliar o desenvolvimento do recém-nascido através da observação do nível de organização comportamental no recém-nascido pré-termo, e avaliação neurocomportamental (reflexos) no recém-nascido de termo;

Otimizar Posição corporal do recém-nascido: garantir que o recém-nascido se mantém num posicionamento terapêutico;

Posicionar a criança: manipular e posicionar o recém-nascido respeitando os princípios do posicionamento terapêutico;

Vigiar posição corporal do recém-nascido:

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	---	-----------	-------------

HOSPITAL "X"	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Procedimento: Promover o desenvolvimento do recém-nascido</b>	DEF ----- Pág. 6 / 7
--------------	---	----------------------------

Adequar medidas não farmacológicas: na prevenção da dor no recém-nascido aquando dos procedimentos dolorosos;

Promover hábitos de sono do recém-nascido;

Vigiar sono do recém-nascido;

Confortar a criança;

Alimentar criança: avaliando e respeitando a disponibilidade e competências do recém-nascido;

Promover a autonomia do recém-nascido no alimentar;

Vigiar autonomia do recém-nascido no alimentar;

Promover a vinculação;

Explicar sobre ambiente da Unidade de Saúde: proceder ao acolhimento da criança e família do espaço da unidade de saúde; apresentação do espaço da unidade e dos profissionais.

Promover o envolvimento da família: Envolver os pais nos cuidados durante a sua permanência na unidade;

Supervisionar papel parental: observar competências dos pais no cuidado ao recém-nascido;

Otimizar ambiente;

Otimizar vestuário: adequar vestuário respeitando os princípios promotores da organização e regulação do recém-nascido;

Contactar enfermeiro da unidade de saúde: Sempre que o risco do desenvolvimento infantil se mantenha referencia-se o recém-nascido para o centro de saúde telefonicamente e envia-se carta de alta por e-mail, no momento da alta.

## **6. BIBLIOGRAFIA:**

Hockenberry, Wilson, (2014). *Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9ª Edição. Lusociencia

MacGrath, J.; Kenner, C., (2010). *Developmental Care of Newborns & Infants: A guide for health professionals*. (2ª Ed.) United States of America:. Mosby

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	---	-----------	-------------

HOSPITAL "X"	<b>MANUAL DE ENFERMAGEM</b> <b>Procedimento: Promover o desenvolvimento do recém-nascido</b>	DEF ----- Pág. 7 / 7
--------------	---	----------------------------

Coughlin, M.;Gibbins,; Hoath, S. (2009). Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. *Journal of Advanced Nursing*

Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*.

Barroso, R.; Botelho, T,; Cadete, A.; Carreiro, H.; Cunha, M.; Ferreira, L... Machado, M. (2006). Estudo da Morbilidade no Neurodesenvolvimento em recém-nascidos de muito baixo peso. *Saúde Infantil*. 28(3), p. 25-37

## 8. ANEXOS

Não aplicável.

## 9. REVISÕES

REV.	DATA	NATUREZA DA ALTERAÇÃO

Revisão n.º	Elaborado: Grupo de trabalho em equipa com GAPE. Abril 2014	Aprovado:	Homologado:
-------------	---	-----------	-------------

## **APENDICE VI – Quadros de Vigilância**

## Vigiar Desenvolvimento do recém-nascido

<u>Pré-Termo:</u>	<u>Comportamentos de estabilidade</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabilidade fisiológica;</li> <li>- Respiração regular, suave e estável</li> <li>- Rosado, estabilidade na coloração</li> <li>- Ausência de soluções, bolçar ou engasgamento</li> <li>- Ausência de tremores, susto ou convulsões</li> <li>- Movimentos suaves e controlados</li> <li>- Tônus consistente com a idade corrigida</li> <li>- Postura mantida</li> <li>- Estratégias motoras de auto-regulação bem sucedidas</li> <li>- Facilidade de identificar os estados de alerta e de a criança os manter( Alerta calma, sono profundo)</li> <li>- Mudanças suaves entre os estados de sono e alerta;</li> <li>- Olhar com brilho, atenção focalizada no objeto/pessoa;</li> <li>- Sensível a estímulos visuais, auditivos e visuais</li> <li>- Sensível a estímulos mantidos e prolongados</li> <li>- Mudança suave de atenção para mais do que um tipo de estímulo</li> </ul>
	<u>Comportamentos de stress</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instabilidade fisiológica</li> <li>- Respiração irregular, apneia, dificuldade respiratória, suspiro</li> <li>- Marmareado, pálido, cianosado</li> <li>- Soluços, bolçar, gemido, tosse, espirros bocejo</li> <li>- Tremores, contrações musculares</li> <li>- Membros em extensão; dedos em “aceno”, hiperextensão do pescoço, tronco arqueado</li> <li>- Sem estratégias de auto-regulação</li> <li>- Irrequieto, mudanças rápidas e abruptas dos estados</li> <li>- Olhar vidrado, cara de choro, olhos fechados ou vigília prolongada</li> <li>- Dificuldade em interagir com o ambiente</li> <li>- Sinais de stress quando sujeito a mais do que um estímulo em simultanea</li> </ul>
<u>Termo</u>	<u>Sistema neurocomportamental</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Extremidades em flexão</li> <li>- Extensão passiva dos membros é seguida da flexão á posição inicial</li> <li>- Na posição de sentado a cabeça descai embora, numa fase inicial, acompanhe o tronco</li> <li>- Em dorsal move a cabeça de um lado para o outro</li> <li>- Mantém a cabeça em linha horizontal com a coluna quando colocado em pronação</li> </ul>

	<b><u>Reflexos</u></b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pestanejo</li><li>- Pupilar</li><li>- Olhos de Boneca</li><li>- Espirro</li><li>- Glabellar</li><li>- Sucção</li><li>- Laringeo</li><li>- Pontos cardeais</li><li>- Extrusão</li><li>- Bocejo</li><li>- Tosse</li><li>- Preensão</li><li>- Babinski</li><li>- Moro</li><li>- Sobressalto</li><li>- Perez</li><li>- Tônico cervical assimétrico</li><li>- Encurtamento do tronco</li><li>- Marcha automática</li><li>- Reptação</li><li>- Escalar</li></ul>
--	------------------------	--

Trabalho elaborado em Março/Abril de 2014 em equipa com o GAPE e o GIPE

## Vigiar Desenvolvimento infantil

Mery Sheridan modificada- DGS, 2013

<b>4-6 semanas:</b>	Postura e motricidade global	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Em decúbito ventral – levanta a cabeça.</li> <li>- Em decúbito dorsal – a postura deve ser assimétrica; membro superior do lado da face em extensão.</li> <li>- Em tração pelas mãos – a cabeça cai.</li> <li>- Quando sentado(a) – dorso em arco e mãos fechadas.</li> <li>- Em suspensão vertical – cabeça ereta membros semi-flectidos</li> </ul>
	Visão e motricidade fina	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Segue uma bola pendente a 20-25 cm em <math>\frac{1}{4}</math> de círculo (do lado até à linha média).</li> </ul>
	Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15 cm do ouvido.</li> </ul>
	Comportamento e adaptação social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fixa a face da mãe quando o alimenta.</li> <li>- Tem sorriso presente às 6 semanas</li> <li>- Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer.</li> </ul>

<b>3 meses</b>	Postura e motricidade global	Atende e volta-se geralmente aos sons.
	Visão e motricidade fina	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantém mãos abertas – junta-as na linha média e brinca com elas.</li> <li>- Segura brevemente a roca e move-a em direção à face.</li> <li>- Segue uma bola pendente <math>\frac{1}{2}</math> círculo e horizontal.</li> <li>- Apresenta convergência ocular.</li> <li>- Faz pestanejo de defesa.</li> </ul>
	Audição e Linguagem	- Atende e volta-se geralmente aos sons.
	Comportamento e adaptação social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sorri</li> <li>- Tem boa resposta social à aproximação de uma face familiar.</li> </ul>

<b>6 meses</b>	Postura e motricidade global	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Em decúbito ventral – apoia-se nas mãos.</li> <li>- Em decúbito dorsal – levanta cabeça, membros inferiores na vertical com dedos fletidos.</li> <li>- Em tração pelas mãos –faz força para se sentar.</li> <li>- Mantém-se sentado(a) sem apoio.</li> <li>- De pé faz apoio.</li> </ul>
	Visão e motricidade fina	- Tem preensão palmar.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leva os objetos à boca.</li> <li>- Transfere objetos.</li> <li>- Esquece imediatamente o objeto quando este cai.</li> <li>- Apresenta boa convergência (estrabismo anormal).</li> </ul>
	Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Segue os sons a 45 cm do ouvido.</li> <li>- Vocaliza sons monossílabos e dissílabos.</li> <li>- Dá gargalhadas</li> <li>□</li> </ul>
	Comportamento e adaptação social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- É muito ativo(a), atento(a) e curioso(a).</li> </ul>

<b>9 meses</b>	Postura e motricidade global	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Senta-se sozinho(a) e fica sentado(a) 10 a 15 minutos.</li> <li>- Põe-se de pé com apoio mas não consegue baixar-se.</li> </ul>
	Visão e motricidade fina	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tem apreensão e manipulação.</li> <li>- Leva tudo à boca.</li> <li>- Aponta com o indicador.</li> <li>- Faz pinça.</li> <li>- Atira os objetos ao chão deliberadamente.</li> <li>- Procura o objeto que caiu ao chão.</li> </ul>
	Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tem atenção rápida para os sons perto e longe.</li> <li>- Localiza sons suaves a 90 cm abaixo ou acima do nível do ouvido.</li> <li>- Repete várias sílabas ou sons do adulto.</li> </ul>
	Comportamento e adaptação social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Leva uma bolacha à boca.</li> <li>- Mastiga.</li> <li>- Distingue os familiares dos estranhos.</li> </ul>

<b>12 meses</b>	Postura e motricidade global	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Passa de decúbito dorsal a sentado(a).</li> <li>- Tem equilíbrio sentado(a).</li> <li>- Gatinha.</li> <li>- Põe-se de pé e baixa-se com o apoio de uma ou duas mãos.</li> </ul>
	Visão e motricidade fina	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explora com energia os objetos e atira-os sistematicamente ao chão.</li> <li>- Procura um objeto escondido.</li> <li>- Tem interesse visual para perto e longe.</li> </ul>
	Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tem resposta rápida aos sons suaves, mas habitua-se depressa.</li> <li>- Dá pelo nome e volta-se.</li> <li>- <i>Jargão</i> (vocaliza incessantemente em tom de conversa, embora completamente impercetível).</li> </ul>

		- Compreende ordens simples "dá, cá e adeus".
	Comportamento e adaptação social	- Bebe pelo copo com ajuda. - Segura a colher mas não a usa. - Colabora no vestir levantando os braços. - É muito dependente do adulto. - Demonstra afeto.

<b>18 meses</b>	Postura e motricidade global	-Anda bem. -Apanha brinquedos do chão.
	Visão e motricidade fina	-Constrói torre de 3 cubos. -Faz rabiscos mostrando preferência por uma mão. -Olha um livro de bonecos e vira várias páginas de cada vez.
	Audição e Linguagem	-Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muitas mais. -Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos.
	Comportamento e adaptação social	- Bebe por um copo sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos. - Segura a colher e leva alimentos à boca. - Não gosta que lhe peguem. - Exige muita atenção. - Indica necessidade de ir à casa de banho. - Começa a copiar atividades domésticas.

<b>2 anos</b>	Postura e motricidade global	- Corre. - Sobe e desce com os dois pés o mesmo degrau.
	Visão e motricidade fina	- Constrói uma torre de 6 cubos - Imita rabiscos circulares - Gosta de ver livros -Vira uma página de cada vez
	Audição e Linguagem	- Diz o primeiro nome. - Fala sozinho(a) enquanto brinca. - Junta duas ou mais palavras, construindo frases curtas. - Apresenta linguagem incompreensível, mesmo pelos familiares. - Nomeia objetos.
	Comportamento e adaptação social	- Coloca o chapéu e os sapatos. - Usa bem a colher. - Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar.

<b>3 anos</b>	Postura e motricidade global	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tem equilíbrio momentâneo num pé.</li> <li>- Sobe escadas alternadamente.</li> <li>- Desce com os dois pés no mesmo degrau.</li> </ul>
	Visão e motricidade fina	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constrói torre de 9 cubos.</li> <li>- Imita (3A) e copia (3A e meio) a ponte de 3 cubos – copia o círculo – imita a cruz.</li> <li>- Combina duas cores geralmente o vermelho e o amarelo. (confunde o azul e verde).</li> </ul>
	Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diz o nome completo e o sexo.</li> <li>- Tem vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos.</li> <li>- Tem defeitos de articulação e imaturidade na linguagem.</li> </ul>
	Comportamento e adaptação social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pode despir-se, mas só se lhe desabotoarem o vestuário.</li> <li>- Vai sozinho(a) à casa de banho.</li> <li>- Come com colher e garfo.</li> </ul>

<b>4 anos</b>	Postura e motricidade global	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fica num pé sem apoio 3 a 5 segundos.</li> <li>- Sobe e desce as escadas alternadamente.</li> <li>- Salta num pé.</li> </ul>
	Visão e motricidade fina	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constrói escada de 6 cubos.</li> <li>- Copia a cruz.</li> <li>- Combina e nomeia quatro cores básicas.</li> </ul>
	Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada.</li> <li>- Apresenta linguagem compreensível.</li> <li>- Tem apenas algumas substituições infantis.</li> </ul>
	Comportamento e adaptação social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pode vestir-se e despir-se só com exceção de abotoar atrás e dar laços.</li> <li>- Gosta de brincar com crianças da sua idade.</li> <li>- Sabe esperar pela sua vez.</li> </ul>

<b>5 anos</b>	Postura e motricidade global	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fica num pé 3 a 5 segundos, com os braços dobrados sobre o tórax.</li> <li>- Salta alternadamente num pé.</li> </ul>
	Visão e motricidade fina	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constrói 4 degraus com 10 cubos.</li> <li>- Copia o quadrado e o triângulo.</li> <li>- Conta cinco dedos de uma mão e nomeia quatro cores.</li> </ul>
	Audição e Linguagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sabe o nome completo, a idade, morada</li> </ul>

		e habitualmente a data de nascimento. - Tem vocabulário fluente e articulação geralmente correta – pode haver confusão nalguns sons.
	Comportamento e adaptação social	- Veste-se sozinho(a). - Lava as mãos e a cara e limpa-se sozinho(a). - Escolhe o(a)s amigo(a)s. - Compreende as regras do jogo.

Trabalho elaborado em Março/Abril de 2014 em equipa com o GAPE e o GIPE

## Vigiar Posição Corporal do Recém-Nascido

Posição dos ombros	Ombros em extensão Ombros espalmados, planos neutro Ombros ligeiramente anteriorizados
Localização das mãos e braços	Ancas em abdução/rodadas para fora e/ou em extensão Mãos a tocar o tronco/ Braços em extensão Mão a tocar a face, braços fletidos
Posição pélvica	Ancas em abdução/rodadas para fora e/ou em extensão Ancas alinhadas mas em extensão Ancas suavemente flectidas e alinhadas com a região pélvica
Orientação dos joelhos, tornozelos e pés	Joelhos estendidos/ Tornozelos evertidos/ Pés em supinação Joelhos, tornozelos e pés alinhados em extensão Joelhos, tornozelos e pés orientados à linha média em flexão com suporte
Posição da cabeça	Cabeça lateralizada (dt <sup>a</sup> /esq <sup>a</sup> ) a mais 45° da linha média Cabeça lateralizada (dt <sup>a</sup> /esq <sup>a</sup> ) a 45° da linha média Cabeça lateralizada (dt <sup>a</sup> /esq <sup>a</sup> ) a menos 45° da linha média
Posição do queixo/pescoço	Queixo desviado (dt <sup>a</sup> /esq <sup>a</sup> )/ Pescoço em hiperextensão Queixo em posição neutra sem tónus/ Pescoço em extensão mal alinhado com a coluna Queixo alinhado com tonicidade/ Pescoço alinhado com a coluna
Pontos de pressão	Proeminências ósseas incluindo o crânio sem suporte Algumas proeminências ósseas com suporte Todas as proeminências ósseas e pontos de pressão com suporte

Trabalho elaborado em Março/Abril de 2014 em equipa com o GAPE e o GIPE

## Vigiar autonomia do recém-nascido no alimentar

Sucção	Presente Ausente Eficaz Ineficaz Organizada Desorganizada
Deglutição	Presente Ausente Eficaz Ineficaz
Capacidade para coordenar a deglutição	Engasgamento Sons de gorgolejo
Capacidade para manter estabilidade fisiológica	Saturação superior a 93% Apresenta baixas de saturação Sem episódios de bradicardia Apresenta episódios de bradicardia Sem sinais de dificuldade respiratória Adejo nasal Polipneia Tiragem
Capacidade para se manter desperto e com alinhamento corporal	Desperto ao longo da mamada Adormecido durante a mamada Mãos junto da boca Braços em extensão

Trabalho elaborado em Março/Abril de 2014 em equipa com o GAPE e o GIPE

## Vigiar Sono do recém-Nascido

Duração	1 hora 2 horas 3 horas 4 horas Mais de 4 horas
Fase ciclo Sono/Vigília	Sono tranquilo (NREM) Sono ativo (REM) Vigília Tranquila Vigília ativa Choro

Trabalho elaborado em Março/Abril de 2014 em equipa com o GAPE e o GIPE

**Aprendizagem sobre desenvolvimento infantil**  
**(Ensinar, Validar, Instruir e treinar)**

Sono  
Posicionamento  
Ambiente  
Desenvolvimento sensorial  
Estimulação oral  
Método Canguru  
Outros  
Destinatário \_\_\_\_\_

Observações \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Trabalho elaborado em Março/Abril de 2014 em equipa com o GAPE e o GIPE

## **APENDICE VII – Formação à equipa: Foco Desenvolvimento Infantil**

Formação à Equipa  
Foco – Desenvolvimento Infantil

**MANUAL DE ENFERMAGEM**  
**Foco Atenção**

Desenvolvimento Infantil



Cascais,, 2014



**Definição:** 

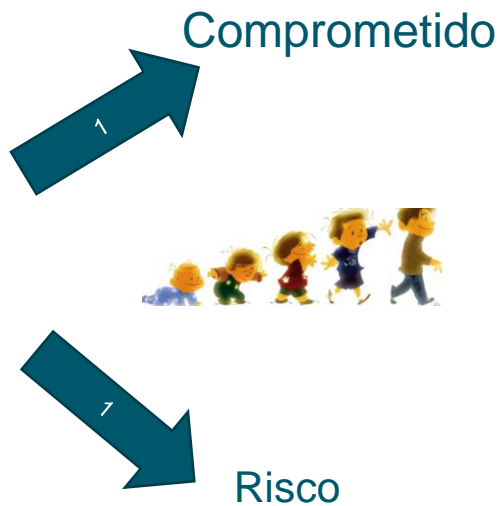
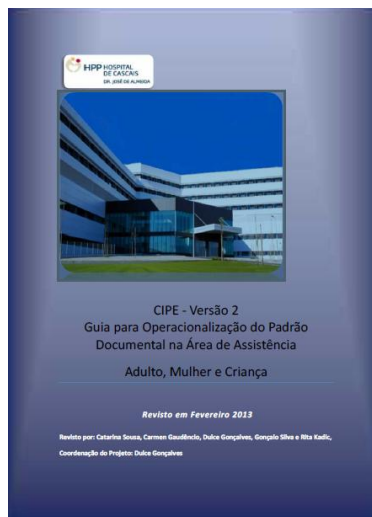
**Desenvolvimento Infantil-** Desenvolvimento humano: crescimento e desenvolvimento físico, mental e social progressivos, desde o nascimento e durante toda a infância. (CIPE, versão 2)



## Teoria de Sistemas Betty Neuman



## Linhas Orientadoras na Tomada de Decisão



## Desenvolvimento Infantil Comprometido

- Atraso de desenvolvimento sem etiologia conhecida
- Diagnóstico clínico associado a alterações desenvolvimento
  - anomalia cromossómica
  - perturbação neurológica,
  - malformações congénitas
  - doença metabólica
  - défice sensorial
  - perturbações relacionadas com exposição pré-natal a agentes teratogénicos ou a narcóticos, cocaína e outras drogas
  - perturbações relacionadas com infeções severas congénitas
  - doença crónica grave
  - desenvolvimento atípico com alterações na relação e comunicação e
  - perturbações graves da vinculação e outras perturbações emocionais.



SNIPi, 2014)

## Uma Abordagem Sistémica

### Hospitalização:

Quebra das rotinas  
Doença  
Medo do desconhecido  
Medo da separação  
Dor

Hockenberry, M., Wilson et Winkelstein (2011)  
Barros, L. (2003)  
Jorge, A. (2004)  
McGrath, J., Kenner, C. (2010)



Desenvolvimento Infantil  
(desequilíbrio/equilíbrio do sistema)

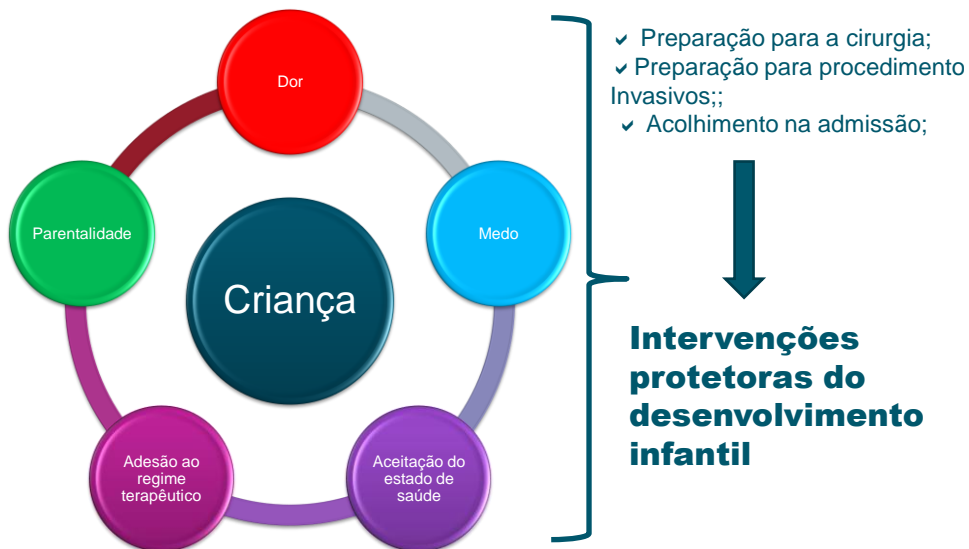


Fortalecimento das linhas flexíveis de defesa

Enfermeiro – Prevenção Primária: Cuidados não traumáticos

- ✓ Preparação para a cirurgia
- ✓ Preparação para procedimentos invasivos
- ✓ Acolhimento na admissão

### Uma Abordagem Sistémica



- ✓ Promover o desenvolvimento infantil recém-nascido - Procedimento
- ✓ Promover o desenvolvimento infantil na criança – Procedimento
- ✓ Vigiar desenvolvimento recém-nascido – Quadro
- ✓ Vigiar desenvolvimento infantil - Quadro
- ✓ Otimizar Ambiente
- ✓ Posicionar a criança
- ✓ Vigiar Posição do Recém-nascido – Quadro
- ✓ Otimizar Posição Corporal Recém-nascido – Procedimento
- ✓ Otimizar Vestuário



- ✓ **Promover a autonomia do recém-nascido no alimentar-se -**

**Procedimento**

- ✓ Alimentar: criança
- ✓ Vigiar reflexos alimentação recém-nascido - quadro
- ✓ **Promover a Vinculação – Procedimento:**
- ✓ **Promover hábitos de sono do recém-nascido - Procedimento**
- ✓ Confortar a criança
- ✓ **Adequar medidas não farmacológicas - Procedimento**
- ✓ Comunicar com enfermeiro da unidade de saúde
- ✓ **Promover envolvimento da família - Procedimento**
- ✓ **Explicar procedimento - Procedimento**



**Muito Obrigada**



