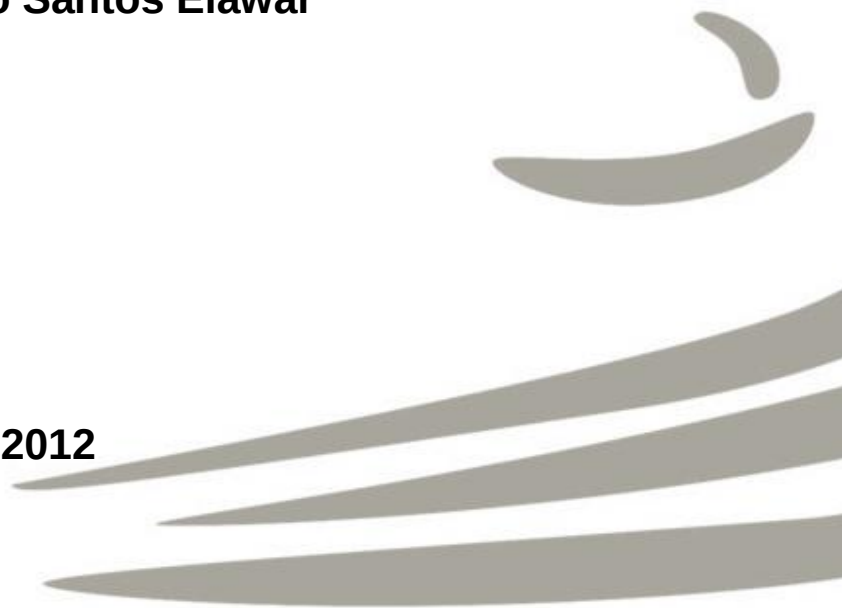


**Curso de Mestrado em Enfermagem
Saúde Infantil e Pediatria**

**O Conforto do Recém-Nascido Pré-termo:
Um percurso para o desenvolvimento de
competências para Enfermeiro Especialista
de Saúde Infantil e Pediatria**

Nádia Brito Santos Elawar

2012



**Curso de Mestrado em Enfermagem
Saúde Infantil e Pediatria**

**O Conforto do Recém-Nascido Pré-termo:
Um percurso para o desenvolvimento de
competências para Enfermeiro Especialista
de Saúde Infantil e Pediatria**

Nádia Brito Santos Elawar

Relatorio de Estágio

Orientador: Manuela Soveral

Co-orientador: Sónia Colaço

2012



AGRADECIMENTOS

À Sra. Professora Manuela Soveral
pela disponibilidade e pelos conselhos.

À Sra. Professora Sónia Colaço
pela paciência, orientação e disponibilidade.

À Cidália
pela disponibilidade e incentivo.

Aos meus amigos
pela compreensão, apoio e amizade.

Às minhas colegas
que directa ou indirectamente
me ajudaram nesta longa caminhada.

À minha família
pela tolerância e compreensão.

Ao Rui
pelo seu amor e carinho.

À Nadine e ao Rafael
pelo tempo que lhes foi roubado.

Sou avó

pela primeira vez. Tal como todas as avós, preparei o nascimento da minha neta desde o primeiro momento. Forrei o meu coração de alegria e expectativas, tricotei mantas de todas as cores e costurei rendas do seu berço. Filha da minha filha, a Júlia foi muito desejada por todos nós e o conhecimento de que a iríamos ter foi enormemente festejado. (...)

Na noite de 22 de Novembro às 23h o grito da minha filha a chamar por mim, fez-me antever o pior. A angústia vivida até ao veredicto no hospital é absolutamente indescritível. (...). Às 25 semanas, a nossa adorada bebé não podia nascer!!!

Vi a minha filha aguentar, aguentar, aguentar... No dia 24, às 9 da manhã, submeteram-na a uma cesariana. Pedi a Deus que salvassem a minha filha (...). Quarenta e cinco minutos depois, vi uma enorme incubadora a sair da sala de partos (...). Fiquei paralisada, pressa ao chão, incapaz de me mover. (...). A Júlia tinha chegado mais cedo. Com pouco mais de um palmo de uma mão e 723 gramas. (...).

Entrar no serviço de Neonatologia.

Nunca se está preparado para o cenário. A respiração fica suspensa. A realidade. A luz, os sons, os apitos. Os gestos rápidos das enfermeiras. Extraordinárias. Movem-se com a certeza absoluta da eficácia dos gestos. Perante a perplexidade das mães e dos pais que depositam a vida dos seus filhos naquelas profissionais. Não se sabe bem porque, mas confia-se. Tem-se medo, muito medo, mas confia-se.

(...). Seguiram-se 4 meses em que a vida ficou suspensa. Como é possível que cada minuto tenha a duração de anos? (...). Durante meses, não soube a cor dos seus olhos, o formato da sua boca, o perfil do seu nariz. A nossa pequenina estava envolta em tubos e fios.

No dia 24 de Março a minha filha comunica-me o impensável: A JÚLIA VEM PARA CASA!!! Para trás ficam as septicemias, as anemias, os ventiladores, os fios e tubos. A minha neta Júlia, maravilhosa nos seus 2,435 kg vem para nós.

Excerto da carta de I. P. (avó babada)

RESUMO

A evolução da medicina neonatal, com o aparecimento de novas técnicas, equipamentos e farmacologia, veio determinar a sobrevivência de recém-nascidos vulneráveis e com baixa idade gestacional. Este facto coloca novos desafios aos pais e profissionais, para responder às necessidades de sobrevivência, recuperação e conforto destes bebés, tendo em vista a sua saúde e desenvolvimento. Estas crianças, acolhidas nas unidades de cuidados intensivos neonatais, recebem todo o tipo de estímulos, incluindo os dolorosos e desconfortantes, e com os quais não conseguem lidar devido à imaturidade dos seus sistemas. As unidades de Neonatologia são atualmente dominadas por um ambiente predominantemente tecnológico e pouco humanizado, estando pouco preparado para responder às necessidades individuais dos recém-nascidos e seus pais, nomeadamente no que diz respeito à sua necessidade de conforto.

No percurso delineado para o projeto, procurei mobilizar o conceito de conforto, preconizado no modelo teórico de Kolcaba, nos cuidados de enfermagem prestados às crianças e suas famílias, focando-me especialmente no recém-nascido pré-termo, por ser o principal cliente na minha área de intervenção profissional.

A metodologia de trabalho, baseou-se na identificação das necessidades de conforto da criança e família e na implementação de intervenções baseadas em evidência científica, com o objetivo de proporcionar o conforto como resultado dessas intervenções. Para tal foi necessário desenvolver capacidades cognitivas, técnicas e reflexiva, para poder intervir em todos os contextos de cuidados à criança, promovendo o conforto, os Cuidados Centrados na Família e o desenvolvimento do recém-nascido pré-termo.

A elaboração do projeto a que este relatório se refere, permitiu-me:

- Desenvolver uma perspetiva holística do conceito de conforto;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados, promotores do conforto do RN, Criança, Jovem e Família;
- Identificar necessidades formativas individuais e dos pares relacionadas com a promoção do conforto no recém-nascido pré-termo e sua família;
- Agir como agente facilitador de aprendizagem e de mudança das práticas dos pares.

Palavras-chave: Conforto, Recém-nascido Pré-Termo, Desenvolvimento, Cuidados de Enfermagem

ABSTRACT

The evolution of neonatal medicine with the emergence of new techniques equipment and pharmacology defines the survival of vulnerable newborns with low gestational age. This fact creates new challenges for parents and professionals in order to response to the needs of survival recovery and comfort, aiming their health and development. The babies received in neonatal intensive care units obtain all kinds of stimuli including those that are painful and uncomfortable and with whom they cannot deal due to the immaturity of their systems. Neonatal intensive care units are currently dominated primarily by technological environment and low humanized environment giving little attention to individual needs of newborns and their parents, in particular those concerning the needs of comfort.

In the path outlined by the project I have tried to mobilize the comfort concept advocated in the theoretical model of Kolcaba in nursing care provided to children and their families, focusing particularly on newborn preterm delivery for being the main customer in my area of professional intervention.

The work methodology was based on identification of the child's needs for comfort and family, and by the implementation of interventions based on scientific evidence with the ultimate goal of providing comfort as a result of those interventions. To that end it was necessary to develop cognitive and reflection skills in order to intervene in all pediatric contexts promoting comfort, the health care Family centered and the development of newborn pre-term.

The preparation of the project to which this report relates, has allowed me to:

- Develop a holistic perspective of the concept of comfort;
- Develop skills in specialized nursing care promoters of the comfort of NB, child ,youth and family;
- Identify training needs of individual and pairs related to the promotion of comfort in the newborn preterm and his family;
- Act as a helping agent of the learning process and changing practices of peers

Keywords: Comfort, Newborn Pre-Term, Development, Nursing Care

LISTA DE SIGLAS

ARS	Administração Regional de Saúde
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CHLN	Centro Hospitalar Lisboa Norte
DGS	Direcção Geral de Saúde
EDIN	Evaluation de la Douleur et de l'Inconfort du Nouveau -né
EESIP	Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria
EPE	Entidade Pública Empresarial
GAM	Grupo de Ajuda Mútua
GCP	Grupo dos Cuidados Paliativos
HSFX	Hospital São Francisco Xavier
HSM	Hospital Santa Maria
IG	Idade Gestacional
OE	Ordem do Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
RN	Recém-Nascido
RNPT	Recém-Nascido Pré-Termo
SI	Saúde Infantil
SIP	Saúde Infantil e Pediatria
SPG	Serviço de Pediatria Geral-Internamento
SUP	Serviço de Urgência Pediátrica
PC	Paralisia Cerebral
PNV	Programa Nacional de Vacinação
UCSPL	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Lumiar
UIN	Unidade de Internamento Neonatal
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UP	Urgência Pediátrica

INDÍCE

0. INTRODUÇÃO	10
1. PROBLEMÁTICA	13
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
2.1. O Conforto em Enfermagem	17
2.2. O Conforto nos Cuidados de Enfermagem à Criança, Jovem e Família	19
2.3. Os Cuidados de Enfermagem ao Recém-nascido Pré-termo e família	21
3. PERCURSO NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA	25
3.1. Estágio na Unidade de Urgência Pediátrica do HSM	25
3.2. Estágio na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Lumiar	31
3.3. Estágio na Unidade de Pediatria-internamento: Unidade de doenças Metabólicas, Hematologia, Neurologia, Unidade Pluridisciplinar Assistencial e endócrinas do HSM.	36
3.4. Estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	43
3.4.1 Estágio na Unidade de Internamento Neonatal do HSFx	43
3.4.2 Estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do HSM	46
4. CONCLUSÃO	51
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	59
ANEXO I Cronograma de estagio	
ANEXO II Caracterização da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do HSM	
ANEXO III Cuidados para o Desenvolvimento	
ANEXO IV Pressupostos da Teoria do Conforto	
ANEXO V <i>Cheklis</i> t de Comportamentos de Conforto	
ANEXO VI Subsistemas da Teoria Síncrono Activa do Desenvolvimento - Heidelise Al	
ANEXO VII Exemplos de comportamentos defensivos e/ou de evitamento e de aproximação	
ANEXO VIII Caracterização do Serviço de Urgência Pediátrica do HSM	
ANEXO IX Caracterização da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizado do Lumiar	
ANEXO X Avaliação do desenvolvimento – Teste de Sheridan	
ANEXO XI Caracterização do Serviço de Pediatria Geral-Internamento do HSM	
ANEXO XII Norma de sacarose a 24%	
ANEXO XIII Escala de avaliação de Dor – EDIN (aplicada na UCIN do HSM)	
ANEXO XIV Caracterização da Unidade de Internamento do HSFx	
ANEXO XV Grelha de observação	
ANEXO XVI Questionário aplicado aos enfermeiros da UCIN do HSM	

ANEXO XVII Resultados dos questionários

ANEXO XVIII Ação de formação

ANEXO XIX Plano de sessão

0. INTRODUÇÃO

O presente Relatório de estágio integra-se no plano curricular do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e tem por finalidade apresentar e analisar o percurso formativo para o desenvolvimento de competências para Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP) e ser objecto de discussão pública para obtenção do grau de Mestre.

Este documento tem por desígnio refletir sobre a pertinência dos objetivos desenhados, atividades realizadas e resultados obtidos nos ensinamentos clínicos que decorreram em quatro contextos clínicos, nomeadamente na Urgência de Pediatria, Cuidados de Saúde Primários, Internamento de Pediatria e Neonatologia. Os estágios decorreram em três instituições de saúde distintas, nomeadamente:

- Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN), Entidade Pública Empresarial (EPE) / Hospital de Santa Maria (HSM) – Serviço de Urgência Pediátrica (SUP); Serviço de Pediatria Geral-internamento (SPG); Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).
- Centro de Saúde do Lumiar – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Lumiar (UCSPL).
- Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE/ Hospital São Francisco Xavier (HSFX) – Unidade de Internamento Neonatal (UIN).

O estágio decorreu de acordo com cronograma em anexo (Anexo I).

A temática que norteou o desenvolvimento do projeto foi “A promoção do conforto no contexto da prestação de cuidados de Enfermagem à Criança Jovem e família”, sendo colocado um maior enfoque no cuidado de enfermagem ao Recém-Nascido Pré-Termo (RNPT) e família, por desejar aprofundar o meu conhecimento na área onde me encontro a desenvolver a minha prática profissional.

O desejo de abordar esta temática partiu da reflexão crítica sobre o meu desenvolvimento pessoal e profissional, enquanto enfermeira a desempenhar funções numa UCIN. Desta reflexão, deparei-me que apesar da minha contínua preocupação em prestar cuidados de enfermagem que respeitassem e promovessem o conforto do Recém-Nascido (RN), nem sempre o fazia. Talvez por desconhecer de forma aprofundada o conceito de conforto e a sua aplicação na enfermagem, nomeadamente na relação com

as necessidades individuais do RN e os seus benefícios para o bem-estar e desenvolvimento do mesmo. A temática é pertinente, uma vez que é transversal às diferentes áreas de intervenção do enfermeiro especialista e ser um resultado desejável para a saúde e bem-estar da criança e família.

Partindo destes pressupostos, delineei como objetivo **desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados, promotores do conforto do RN, Criança, Jovem e Família.**

O percurso delineado pretendeu contribuir para o desenvolvimento da minha “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da especialidade”, de acordo com o preconizado pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, para o Enfermeiro Especialista (REPE, Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro).

Ao aprofundar o conceito de conforto em enfermagem, através da revisão da literatura, verifiquei que existem autores considerados de referência nesta temática, nomeadamente Joan Bottorff (1991, 1994), Katharine Kolcaba (1994, 2005) Janice Morse (1994, 2000), Mary Lou Siefert (2002), Marguerite DiMarco (2005), entre outros. Na literatura existem diferentes perspetivas deste conceito, o que o torna complexo, podendo ser considerado como intervenção, processo, estado ou resultado.

Foram encontrados artigos e livros relacionando o conforto com a saúde mental e patologia oncológica do adulto e em menor número relacionado com pediatria e neonatologia, o que suscitou ainda mais o meu interesse e curiosidade.

Os cuidados de enfermagem prestados à criança, ao jovem e família ao longo do estágio foram orientados pela teoria do conforto, desenvolvida por Katharine Kolcaba em 1994, assim como a sua aplicação à enfermagem pediátrica, desenvolvida pela mesma e por DiMarco em 2005.

De forma a compreender o comportamento e desenvolvimento do RNPT, baseei-me na Teoria Síncrono Activa do Desenvolvimento, proposta por Heidelise Als, em 1982, e nos estudos e investigações desenvolvidos por esta e outros autores até à atualidade.

A metodologia utilizada na redação deste relatório foi descritiva, analítica e reflexiva, de forma a sistematizar os conhecimentos construídos ao longo das diferentes experiências. A análise da prática desenvolveu-se à luz do Ciclo Reflexivo de Gibbs (1998 *in* JASPER, 2003). Este processo foi importante para a minha aprendizagem, uma vez

quer me permitiu refletir sobre a prática, analisando as situações de uma forma crítica e produzindo conhecimento através da mesma.

Para facilitar a sua leitura o Relatório foi organizado em quatro capítulos, para além desta breve introdução e das referências bibliográficas. O primeiro capítulo diz respeito à exposição da problemática e ao seu enquadramento no projeto de estágio. No capítulo seguinte, foi feito o enquadramento teórico, contextualizando e confrontando a temática em estudo com bibliografia atualizada. O terceiro capítulo foi dividido em cinco subcapítulos, onde se procedeu à descrição e análise crítica e reflexiva dos objetivos, atividades e competências desenvolvidas no decurso dos estágios, assim como as experiências vivenciadas. No quarto capítulo foram apresentadas sugestões e propostas mudanças a nível individual e profissional, tendo em conta as experiências e foi feita a apreciação global do percurso. Em anexo encontram-se todos os dados considerados relevantes para a construção do presente relatório.

1. PROBLEMÁTICA

Os avanços científicos e tecnológicos em neonatologia, no que diz respeito quer ao equipamento (REYES-ALVARADO et al, 2008, p. 135), quer à terapêutica (corticoterapia pré-natal e surfactante) (RUGOLO, 2005, p. 101), assim como à vigilância pré-natal e a primazia pelo transporte *in* útero, têm determinado a diminuição da morbidade e da mortalidade do RN (SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA, 2004). O que veio contribuir para uma maior esperança de vida de um grande número de RN prematuros de muito baixo peso.

Estes RNPT apresentam um risco mais elevado de complicações de saúde, comprometimento neurológico e de *deficits* cognitivos e comportamentais, o que nos coloca novos desafios e preocupações, relativamente à sua estabilidade e recuperação tendo em vista a otimização da sua saúde e desenvolvimento (REID & FREER, 2010, p. 17). De acordo com Gibson et al. (2003, p. 592) o investimento mais importante para o futuro de qualquer nação é aquele que é feito na saúde e bem-estar das crianças.

Após o seu nascimento o RNPT é acolhido na UCIN, onde para além de experiências consideradas dolorosas e desconfortantes, recebe todo o tipo de estímulos, quer em qualidade, quer em quantidade, para os quais não está preparado pela imaturidade que apresenta. Estudos desenvolvidos por Barker e Rutter (citado por Manorey, 2003, p. 679) referem que durante a admissão de um RNPT numa UCIN, este é submetido a cerca de 60 procedimentos muitos deles dolorosos e desconfortantes, o que é corroborado por Batalha (2010, p. 74), que nos diz que em média cada RN sofre cerca de 8 a 10 eventos dolorosos por dia. Todos estes estímulos repercutir-se-ão no seu desenvolvimento: fisiológico; sensório-motor; psico-afectivo e neurocomportamental, presente e futuro, de forma mais ou menos marcada, positiva e/ou negativamente (SILVA, 2006; LIU et al., 2007; MAGUIRE et al., 2008; ELIAS et al, 2009). A sua vulnerabilidade física, psicológica e emocional vem ditar a necessidade de alterar o ambiente e as práticas de cuidados de toda a equipa multidisciplinar, com maior relevância e responsabilidade para a equipa de enfermagem, uma vez que esta é a que mantém uma proximidade mais prolongada com o RN e sua família.

A UCIN do HSM é uma unidade polivalente, do ponto de vista da multiplicidade de situações que assiste e dos cuidados que presta, admitindo RN com as mais variadas situações, sendo a causa mais frequente de internamento (cerca de 400

internamentos/ano) a prematuridade (cerca de 45% dos internamentos). No ano de 2011 foram internados 217 RNPT, o que equivale a 56,5% do total de internamentos, tendo havido um aumento de 1,3%, relativamente ao ano de 2010, em que foram internados 55,2% RNPT (ABRANTES, 2012). Relativamente ao peso de nascença, 52,3%, tinham menos de 2500 gramas. A menor Idade Gestacional (IG) foi de 23 semanas de gestação e o menor peso foi de 300 gramas (ABRANTES, 2012). Assim, pode-se concluir que actualmente a prematuridade é a maior causa de internamento nesta unidade, caracterizando a maioria da sua população.

Em anexo será apresentada a caracterização desta unidade de forma a dar uma visão global da mesma (AnexoII).

A equipa de enfermagem da UCIN é jovem, dinâmica e motivada, demonstrando ter recursos cognitivos sobre as necessidades do RNPT, relativamente ao seu conforto e desenvolvimento. Porém, nem sempre é compreendida por todos a importância do cuidar individualizado, proativo e focado no conforto, para a obtenção de ganhos em saúde e melhores resultados institucionais (KOLCABA & DIMARCO, 2005, 193).

O facto de a equipa ser jovem, tem como vantagem o desejo e abertura para a aprendizagem e como desvantagem encontrarem-se centradas em rotinas e saberes sobre os procedimentos (SERRANO et al, 2011, p. 18). No entanto, a complexidade e exigência de resposta às necessidades do RNPT, internado numa UCIN, vem impor a existência de enfermeiros com competências efectivas na prestação de cuidados e com conhecimentos baseados em evidência científica.

De acordo com Marçal (2006, p. 7) “a nossa sociedade cada vez mais valoriza e necessita de qualificação e competência (...) capazes de responder às crescentes exigências da cidadania, do trabalho e do desenvolvimento das profissões e disciplinas”.

Na UCIN do HSM assiste-se à preocupação dos enfermeiros em salvar vidas, centrando-se na tecnologia e no modelo biomédico, ou seja, na atribuição de prioridade à gestão de sinais e sintomas das doenças e às atividades de colaboração direta com a medicina (SILVA, 2007, p. 11), descurando por vezes o conforto, a humanização e os cuidados centrados no desenvolvimento. De acordo com Serrano et al, (2011, p. 16) o avanço tecnológico tem determinado alguma centralidade nas técnicas (...) sendo o processo de cuidar, muitas vezes desligado da pessoa, enquanto corpo sujeito, o que nos coloca o desafio no desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e recursos, ou seja, no desenvolvimento de competências dos enfermeiros.

A abordagem orientada pelo modelo biomédico, ou seja, por tradições, regras, protocolos e cuidados de rotina, tem implicações para o RN, para os pais/família e para os enfermeiros. Os RN apresentam sinais de sobre estimulação e incapacidade de auto-regulação, demonstrados pela dificuldade em acalmar, choro frequente, pouco contacto visual e pouca atenção positiva na interacção com o cuidador (GOLDBERG-HAMBLIN et al, 2007, p. 163). Os pais/família demonstram ter dificuldades em formar relacionamento e de compreender as necessidades dos seus filhos, num ambiente meramente clínico e referem maiores níveis de *stress* e depressão durante e após o internamento numa UCIN (*ibidem*). Os profissionais prestam cuidados que por vezes podem ser considerados desumanizados, uma vez que centram as suas intervenções em aspetos médicos e não nas necessidades individuais do RN (*ibidem*).

Perante estas implicações Goldberg-Hamblin et al (2007), recomendam alterações quer a nível das práticas na UCIN, quer a nível das práticas de enfermagem, sugerindo alterações de comportamentos e a promoção dos cuidados para o desenvolvimento (Anexo III).

Relativamente às práticas na UCIN, Goldberg-Hamblin et al (2007), recomendam o controlo ambiental, a concentração de cuidados; a distribuição dos RN pelos mesmos enfermeiros ao longo do internamento e a implementação de práticas e políticas consistentes com a filosofia dos cuidados centrados na família. Quanto às intervenções de enfermagem pretende-se que os enfermeiros estejam mais sensibilizados para a avaliação / compreensão do comportamento e competências do RN; para o posicionamento; para a redução da estimulação excessiva e do *stress* do RN e para proporcionar interacções adequadas durante períodos de tranquilidade (*ibidem*).

Segundo Bond e Warren (2004) estas intervenções visam:

- Melhorar a estabilidade fisiológica do RN, reduzindo o risco de instabilidade hemodinâmica e as consequentes flutuações de suprimento nutricional e de oxigénio cerebrais;
- Conservar a energia para promover o crescimento, através da redução da agitação na actividade do RNPT;
- Reduzir as perturbações do sono, na medida em que este é essencial para o desenvolvimento cerebral;
- Minimizar o stress e a dor, cujo efeito potencia o desenvolvimento de lesões cerebrais;

- Melhorar a nutrição, através da promoção do sucesso da amamentação e do favorecimento da digestão pelo posicionamento e estimulação adequada;
- Fornecer experiências sensoriais apropriadas;
- Aumentar o bem-estar, através de ajustamentos hormonais ligados ao contacto amoroso do bebé com a sua mãe;
- Facilitar a segurança das relações parentais.

Perante a problemática exposta emergem dúvidas e preocupações, que pretendo esclarecer ao longo deste percurso profissional e formativo, nomeadamente:

- Quais as necessidades de conforto da criança e família, com necessidade de cuidados de saúde (especificamente do RNPT internado numa UCIN)?
- Que intervenções poderiam ser concebidas para promover o conforto da criança/família hospitalizada (e especificamente do RN internado numa UCIN)?
- Como avaliar as intervenções implementadas?

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para dar início a este projeto foi realizada uma revisão da literatura, que de acordo com Fortin (2009, p. 87) tem por objetivo “determinar o que foi escrito sobre um tema e clarificar como este foi estudado”, para além de que nos fornece informações para colocar questões e analisar a prática. Importa referir que esta revisão de literatura, não foi estanque, uma vez que foi actualizada ao longo do processo formativo, o que vai de encontro ao que nos é sugerido por Fortin (2009), relativamente à continuidade desta revisão em todas as etapas da conceptualização de um trabalho de investigação.

Esta etapa teve por objetivo basear a minha *praxis* clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Pelo que, após revisão da literatura sobre o conforto e sobre o RNPT, optei por alicerçar este enquadramento na Teoria do Conforto de Kolcaba, mobilizando alguns conceitos para enquadrar e dar sentido aos cuidados prestados e na Teoria Síncrono Activa do Desenvolvimento proposta por Heidelise Als, em 1982, de forma a compreender melhor o desenvolvimento do RNPT, assim como os fatores que interferem com o mesmo. Foram igualmente pesquisados estudos de outros autores considerados relevantes para esta contextualização.

2.1. O Conforto em Enfermagem

Historicamente o conforto tem sido encarado como pedra basilar para a prática de enfermagem, sendo considerado como um conceito importante e desejado universalmente (NIGHTINGALE, 2005).

De acordo com Apostolo (2009, p. 62) o conforto é, diariamente, empregue nos diferentes contextos da prática de enfermagem e faz parte da linguagem usual dos enfermeiros que correntemente utilizam frases como – *prestados cuidados de higiene e conforto; o doente está confortável, foi confortado ou está confortavelmente instalado*. Desta forma verifica-se que o conforto pode ter significados como intervenção, processo, estado ou resultado, existindo diferentes perspetivas sobre este conceito.

Então, o que queremos dizer quando falamos em conforto?

Conforto é um derivado regressivo de confortar, que significa auxílio, apoio numa aflição, numa situação de dor, de infelicidade; ato ou efeito de confortar; ajuda, consolação, consolo. Confortar, do latim *confortare*, significa restituir as forças físicas, o

vigor e a energia; tornar forte, fortalecer, revigorar (Dicionário da língua portuguesa contemporânea, Instituto de Lexicologia e Lexicografia da Academia das Ciências de Lisboa, 2001).

Na literatura de enfermagem, diversos autores (BOTTORFF, 1991, 1994; MORSE 1994, 2000; SIEFERT, 2002; TUTTON & SEERS, 2003) descrevem a sua percepção de conforto, no entanto apenas em 1994 o Conforto é desenvolvido como Teoria (1994-2003) por Katharine Kolcaba.

Peplau (citado por SIEFERT, 2002, p. 18) descreve conforto como uma necessidade básica semelhante à necessidade de alimento, descanso, sono, companhia e compreensão.

Fleming et al. (citado por SIEFERT, 2002, p. 19) definem conforto como a minimização do *distress* biopsicosocial, o que inclui actividades que reduzem ou diminuem o sofrimento associado a diversos aspetos do paciente. Por sua vez Morse (citado por TUTTON & SEERS, 2003, p. 690) define conforto como sendo “o resultado final das ações terapêuticas de enfermagem para um paciente “ e como “estado de bem-estar que pode ocorrer ao longo de qualquer estágio de saúde-doença”. Posteriormente, Morse (1996) divide o conforto em: (a) cuidar, que motiva os enfermeiros a iniciar um processo de enfermagem e a promover cuidados humanizados; (b) como procedimentos e tarefas de enfermagem (TUTTON & SEERS, 2003, p. 690). Morse explica ainda que o conforto pode ser um estado temporário ou de longo prazo, dependendo do desconforto ou da necessidade abordada (TUTTON & SEERS, 2003, p. 690).

Kolcaba define conforto (1994, 1999) como a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos de experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental) (TOMEY & ALLIGOOD, 2004, p. 484).

Da análise das diferentes definições pude verificar que o conforto é um estado dinâmico, abrangente e multidimensional, assumindo diferentes significados, de acordo com a percepção individual.

De acordo com Kolcaba e DiMarco (2005) o conforto é um conceito holístico e complexo, o que pode levar a uma inconsistência nos seus atributos e significados, contribuindo para a confusão na literatura e na prática (KOLCABA & KOLCABA, 1991; KOLCABA, 2001 citados por KOLCABA, & DIMARCO, 2005).

Após análise das definições encontradas optei pela conceitualização efectuada por Kolcaba (1994, 1999), pela sua abrangência e multidimensionalidade.

2.2. O Conforto nos Cuidados de Enfermagem à Criança, Jovem e Família

A teoria do conforto é uma teoria de médio alcance para a prática de enfermagem, estudada e desenvolvida por Katharine Kolcaba entre 1994 e 2003. É classificada como de médio alcance, pelo número limitado de conceitos e proposições, pelo baixo nível de abstração e pela facilidade de aplicabilidade à prática (KOLCABA & DIMARCO, 2005).

De acordo com as autoras (2005, p. 188) para que esta teoria seja utilizada adequadamente é necessário cumprir três etapas: compreender o conceito técnico de conforto e a sua origem; compreender a interligação entre os conceitos gerais implicados na teoria; relacionar os conceitos gerais com os problemas específicos de pediatria, com o objetivo de clarificar a prática e gerar questões de investigação. As autoras dividem o conforto em três estados, definidos como **necessidade de alívio**, o que significa a sensação do indivíduo quando o desconforto é aliviado ou mitigado ou quando uma necessidade específica é satisfeita; a **necessidade de tranquilidade** associa-se à ausência de desconforto, correspondendo a um estado de calma ou contentamento e a **necessidade de transcendência** referindo-se à capacidade do indivíduo para suplantear o seu desconforto ou sofrimento, quando estes não podem ser evitados ou erradicados (KOLCABA & DIMARCO, 2005, p. 188). Estes estados decorrem em quatro contextos de experiência: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental.

Em 2005, Kolcaba e DiMarco aplicam esta teoria à enfermagem pediátrica, reconhecendo o seu contributo para o fortalecimento e para a satisfação da criança/família e enfermeiros, assim como os benefícios para as instituições. As autoras sugerem sete premissas de conforto aplicadas à enfermagem pediátrica¹ (KOLCABA & DIMARCO, 2005, p. 189):

- As crianças e famílias têm respostas holísticas a estímulos complexos;
- O conforto é um resultado holístico, desejável e positivo, que é pertinente para os cuidados de enfermagem;

¹ Tradução livre do autor

- Crianças e famílias procuram o conforto nas suas necessidades básicas; é um empreendimento ativo e por vezes exige ajuda e apoio do enfermeiro ou de outros;
- As necessidades pessoais e de conforto variam significativamente de criança para criança;
- É mais fácil investir na prevenção de desconfortos, incluindo aqueles relacionados com os *stressores* fisiológicos ou psicológicos, do que tratar desconfortos. A prevenção é melhor para as crianças e famílias.
- Quando desconfortos como o caos ambiental ou dor não podem ser impedidos, crianças e famílias devem ser ajudadas a experimentar a transcendência parcial ou completa através intervenções que transmitam conforto, esperança, sucesso, carinho e apoio pelo seu medo.
- Quando os enfermeiros aplicam a teoria do conforto, eles fazem-no de uma forma carinhosa, considerando cada criança como ser único e complexo, no contexto do seu sistema familiar. Assim, a teoria oferece uma forma eficiente de atendimento padrão e de comunicação à equipa interdisciplinar das intervenções que realmente funcionam.

Para além das premissas supra citadas Kolcaba e Dimarco (2005, p. 190) identificam nove pressupostos considerados centrais para a Teoria do Conforto, que serão apresentados em anexo (Anexo IV).

Esta Teoria fornece directrizes para a prática clínica, que nos indicam que a prestação de assistência holística orientada para o conforto deve ser explícita e bem documentada, tendo por finalidade o envolvimento das crianças, famílias e equipa de saúde em comportamentos de procura de saúde e melhores resultados institucionais (KOLCABA E DIMARCO, 2005, p. 193)

No entanto, de acordo com Kolcaba e DiMarco (2005, p. 193) o conforto sempre se fez por intuição, verificando-se que na nossa prática essas medidas não são registadas, logo, não são valorizadas, o que se traduz numa lacuna na nossa profissão. É crucial que se façam registos, de forma a dar indicadores aos administradores que uma cultura de conforto no cenário pediátrico não pode ser alcançada sem apoios e compromisso institucional (KOLCABA E DIMARCO, 2005, p. 193).

No ano de 1997, Kolcaba criou uma *Checklist* de Comportamentos de conforto passível de aplicação a crianças em diferentes estádios de desenvolvimento e com diferentes capacidades cognitivas (Anexo V). Sendo esta considerada como um

instrumento útil, para a enfermagem, na quantificação de comportamentos de conforto da criança.

Neste projeto a *Checklist* preconizada por Kolcaba será utilizada de forma parcial, pois para além de não se encontrar validada a nível nacional, também parece pouco adequada aos meus objetivos, uma vez que existem alguns indicadores que não se aplicam ao RN, nomeadamente “capacidade para conversar”. Desta forma serão apenas utilizados os comportamentos referidos como indicadores, nomeadamente os sinais motores e a expressão facial. Estes Indicadores irão guiar a minha observação, de forma a identificar as necessidades de conforto, a desenhar e a avaliar as intervenções.

2.3. Os Cuidados de Enfermagem ao Recém-nascido Pré-termo e Família

A UNICEF e a Organização Mundial de Saúde (2004), determinam duas classificações de grande importância, que devem ser empregues para se identificar as condições físicas relacionadas com a maturação do RN. A primeira está relacionada com a IG, em que se considera prematuro o RN com IG inferior a trinta sete semanas. A segunda classificação é relativa ao peso, em que o RN se considera de Baixo Peso quando nasce com peso inferior a 2500 gramas.

De acordo com Als (2009, p. 136) os avanços na perinatologia e neonatologia, numa sociedade considerada industrializada e tecnológica, contribuíram para um significativo aumento da sobrevivência de RN de muito baixo peso e de extremo baixo peso. No entanto, inúmeras dificuldades foram associadas a estes RNPT, nomeadamente no que se refere à função cognitiva, ao sucesso escolar, ao comportamento, assim como em relação à adaptação social e emocional (ALS, 2009, p. 136), o que os torna mais vulneráveis e sensíveis.

Em 1982 Heidelise Als desenvolveu a “Synactive Theory of Development” ou Teoria Síncrono Activa do Desenvolvimento, assim traduzida por Elias et al (2009) e por Silva (2006), que oferece uma estrutura de conceptualização da organização das capacidades neurocomportamentais ao longo do desenvolvimento do feto, do RN e da criança (VANDENBERG, 2007, p. 433). Os seus estudos deram origem ao Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP®), que consiste

numa abordagem individualizada de desenvolvimento para apoio ambiental e de cuidados, com base na leitura do comportamento de cada RNPT e na formulação de um plano de cuidados, que melhora e constrói os pontos fortes da criança e dá suporte em áreas de sensibilidade e vulnerabilidade² (ALS, 2009, p. 138). De acordo com a autora (2009, p. 138) este programa baseia-se em 3 premissas: (1) A observação detalhada do comportamento do RN durante os cuidados diários fornece importantes dados de como minimizar o stress e otimizar o desenvolvimento da criança; (2) Os prestadores de cuidados necessitam formação e orientação, para implementar as recomendações e colaborar com o RN e família; (3) As mudanças resultantes da adaptação de cuidados levam à melhoria clínica, assim como da função neurocomportamental e emocional do RN e melhora a competência e confiança dos pais.

A teoria de Als descreve a relação dinâmica e de suporte mútuo entre cinco subsistemas do desenvolvimento: subsistema autónomo (ou fisiológico); subsistema motor; subsistema de organização de estados; subsistema de atenção e interacção (dentro do sistema de estados) e subsistema de auto-regulação e equilíbrio (Anexo VI). Através deste modelo, os comportamentos do bebé são observados de acordo com os cinco subsistemas. Estes subsistemas podem ser descritos independentemente, funcionando de forma interligada e interactiva entre si e com o meio (VANDENBERG, 2007), sendo que o desenvolvimento de um dado subsistema depende da estabilidade e emergência de outro (ELIAS et al, 2009). A palavra-chave passa a ser a auto-regulação do bebé, que reflecte a sua capacidade em estabelecer um nível de funcionamento integrado entre os sistemas fisiológicos e comportamentais (BOND & WARREN, 2004; ELIAS et al, 2009; ALS, 2009). A capacidade de atingir a homeostasia no funcionamento destes subsistemas afecta o desenvolvimento do RNPT e intervém em todas as interacções que ele executa com o meio (WESTRUP, 2005; SILVA, 2006).

O RN poderá apresentar comportamentos defensivos e/ou de evitamento que comunicam *stress* ou dificuldades em atingir a homeostasia, ou de aproximação (Anexo VII) quando se encontra num estado de organização global. Estes comportamentos oferecem aos cuidadores da UCIN (profissionais e pais), indícios importantes acerca da capacidade de resposta e do limiar de *stress* de cada RNPT. Desta forma, estes indicadores serão utilizados (concomitantemente com alguns indicadores da *checklist* de Kolcaba) na observação dos comportamentos do RNPT, de modo a identificar as

² Tradução livre do autor

necessidades de conforto e a avaliar a eficácia das intervenções realizadas. Pois, a partir do conhecimento das respostas de cada RN aos estímulos, os cuidadores poderão ajustar os cuidados, para que estes possam manter ou alcançar o seu estado de equilíbrio, evitando estados de desorganização precursores de instabilidade fisiológica e psicomotora (BOND & WARREN, 2004; WESTRUP, 2005; MAGUIRE et al, 2008).

Devido à imaturidade dos seus órgãos e à sua necessidade de cuidados o RNPT é acolhido na UCIN, o que influenciará o seu desenvolvimento neurofisiológico, neuropsicológico, psicoemocional e psicossocial (ALS, 2009). Nestas unidades não se procura lutar apenas pela sobrevivência, mas por minimizar potenciais complicações associadas à experiência hospitalar (COUGHLIN et al, 2009). No entanto, estes RN são submetidos a inúmeros estímulos adversos, completamente opostos à qualidade do útero materno, pelo que hoje se colocam novos desafios aos profissionais de saúde, em termos de cuidados a prestar ao RNPT na UCIN. Apela-se à intervenção individualizada, baseada no desenvolvimento, com o objetivo de minimizar a diferença entre as expectativas do cérebro imaturo do RN e as experiências de *stress* e dor inerentes a uma UCIN (ALS & BUTLER, 2008). Desta forma, após refletir sobre as necessidades do RNPT/ família, internado numa UCIN, distingo o conforto como uma necessidade *major* para estes, pelo seu estado de vulnerabilidade e fragilidade, assim como pelas experiências de desconforto/dor vivenciadas.

Como anteriormente referido, na UCIN existem diversos elementos que podem ser considerados críticos para o RNPT, nomeadamente no que diz respeito ao contexto do conforto físico, ambiental e social. O contexto físico faz parte do domínio das sensações corporais; o contexto ambiental refere-se às necessidades externas (luz, som, temperatura) e do contexto ambiental fazem parte as relações interpessoais, familiares e sociais (WALDEN et al, 2001, p. 97).

Para que se consiga avaliar as necessidades básicas, individuais, é essencial que exista uma observação cuidada de forma a colher informação pormenorizada, de maneira a planear cuidados que promovam o conforto. O que vai de encontro ao que nos é dito por Nightingale (1859), que a observação não é para procurar informações diversas ou factos curiosos, mas para salvar vidas e aumentar a saúde e o conforto (TOMEY & ALLIGOOD, 2004, p. 482). Porém, de acordo com Kolcaba & DiMarco (2005, p. 190) é essencial determinar em que contextos decorrem as necessidades da criança e família, de forma a aplicar a Teoria.

Para além de uma apreciação cuidada, é necessário que os cuidadores (profissionais e pais) saibam interpretar os comportamentos transmitidos pelo RN, pois só desta forma será possível atingir o objetivo *major*, que consiste em manter o RN sem dor, nem *stress* e consequentemente ganhos em saúde.

De acordo Walden et al, (2001, p. 99) o **Conforto físico** envolve medidas farmacológicas e não farmacológicas. Das intervenções farmacológicas fazem parte a administração de sedativos e opioides. Apesar de o enfermeiro não ser o responsável directo pela prescrição desta medicação, é o principal responsável pela detecção do sofrimento do RN e por identificar quais os fatores de risco para a dor e desconforto, de forma a solicitar intervenção médica.

Segundo o mesmo autor (2001, p. 100) as intervenções não farmacológicas, são todas aquelas que dizem respeito à redução dos estímulos nocivos, organização de cuidados, posicionamento e contenção, oportunidade de auto-regulação e cuidados da pele e boca. Foi demonstrado por Als (1986, citado por WALDEN et al, 2001, p. 101) que a contenção das extremidades durante os procedimentos *stressantes* facilita a estabilização e organização do RN.

Relativamente ao **Conforto ambiental** Walden et al (2001, p. 101) dizem-nos que deste contexto fazem parte, todas as estratégias que se relacionem com o ambiente externo, nomeadamente a luz, o som e a temperatura e que a adequação destes fatores às necessidades e capacidades do RN, podem ajudar a lidar com a dor e o desconforto, que são comuns numa UCIN.

Quanto ao **Conforto social**, Walden et al (2001, p. 102) preconizam que o toque terapêutico e o método canguru são benéficos para o controlo da dor e do desconforto do RN, proporcionando maior capacidade destes para interagirem com os cuidadores. O sentido do tato é um dos primeiros a amadurecer nos RN, constituindo a forma mais básica de estabelecer uma relação humana.

Para além destas intervenções, Kolcaba e DiMarco (2005, p. 191) recomendam intervenções para confortar a criança e família durante procedimentos *stressantes*, nomeadamente: Preparar a criança e família (conforto social); Convidar os pais a estarem presentes (conforto social e psicoespiritual); Utilizar a sala de tratamentos, para procedimentos *stressantes* (conforto ambiental); Posicionar a criança de forma confortável (conforto físico); Manter uma atmosfera calma e positiva (conforto ambiental).

3. PERCURSO NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

O presente capítulo será dividido em subcapítulos, onde serão descritos os objetivos, assim como as atividades desenvolvidas ao longo do percurso de aquisição de competências de EESIP, nos diferentes contextos de estágio. No último subcapítulo serão abordados os ensinamentos clínicos realizados em duas unidades de neonatologia distintas, nomeadamente a UIN do HSFx e a UCIN do HSM.

As competências desenvolvidas fazem parte das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do EESIP, de acordo com o que está preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e legislação em vigor. Para além destas competências, também serão abordadas as competências definidas pelo documento orientador entregue aos alunos no início do ano lectivo.

Para este projeto de estágio delineei como objetivo global **desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados, promotores do conforto do RN, Criança, Jovem e Família.**

No âmbito dos contextos clínicos foram definidos quatro objetivos, considerados transversais a todos eles, nomeadamente: (1) Aprofundar conhecimentos sobre o conceito de conforto em Enfermagem; (2) Desenvolver competências na avaliação do desenvolvimento do RN, Criança, Jovem e Família; (3) Prestar cuidados de enfermagem promotores do conforto do RN, Criança, Jovem e Família; (4) Analisar os modelos de gestão de cuidados em uso nos diferentes contextos de Estágio.

Ao longo destes estágios a minha atuação centrou-se na identificação das necessidades de conforto, nos diferentes contextos, de forma a prestar cuidados de enfermagem holísticos, fortalecedores e satisfatórios, quer para o utente pediátrico e sua família, quer para as equipas de enfermagem (KOLCABA & DIMARCO, 2005).

3.1. Estágio na Unidade de Urgência Pediátrica do HSM

A opção por este campo de estágio pautou-se por diversas razões, sendo a principal o facto de esta unidade constituir uma referência nacional no que concerne à Urgência Pediátrica (UP), quer pela diversidade de especialidades existentes, quer pela

complexidade de situações que recebe. Este ensino clínico foi iniciado com a expectativa de encontrar excelentes oportunidades de experiências e aprendizagens, apesar de sentir alguma apreensão, pela especificidade e pelo carácter de urgência associado a este serviço.

O SUP faz parte do departamento de pediatria do HSM, dando assistência a crianças até aos 17 anos menos 1 dia. Para além destes utentes, são também abrangidos utentes com mais de 17 anos, portadores de doença crónica e seguidos na consulta de pediatria da instituição. Este serviço divide-se em 3 sectores, que se encontram interligados, nomeadamente, Sala de Triagem, Sala de Tratamentos e Serviço de Observação. A caracterização deste serviço será apresentada em anexo, de forma dar uma perspectiva global do mesmo (Anexo VIII).

A filosofia preconizada é de cuidados centrados na família, apesar de nem sempre se verificar na prática de uma forma explícita, porque continuamos por vezes, a assistir ao apoderamento da situação, por parte dos profissionais de saúde, numa lógica “paternalista”, pautada (...) pela centralização das decisões nos mesmos, que partem da premissa de que a sua actuação se baseia sempre no melhor interesse das pessoas (SOUSA *in* OE, 2009). De acordo com Harrison (2010, p. 336) esta filosofia baseia-se em pressupostos, sendo o principal o reconhecimento da família como uma constante na vida da criança, pelo que os profissionais de saúde devem ter uma atitude de cuidados baseados no respeito, colaboração e suporte. O desejável seria que estes utentes fossem envolvidos nos cuidados, sendo fomentado o seu *empowerment* (previsto no modelo de Anne Casey, 1993), ou seja, a sua capacitação para a tomada de decisão sobre o seu processo de saúde (SOUSA *in* OE, 2009).

Ciente de que neste serviço a capacidade de diagnosticar precocemente e intervir nas situações urgentes e emergentes, é primordial, a primeira semana de estágio foi essencialmente de observação, de modo a familiarizar-me com o método de trabalho, com as rotinas do serviço e com o programa informático utilizado. Esta abordagem foi facilitadora no estabelecimento de uma relação empática com a equipa de enfermagem.

Cuidar é fundamental à experiência humana, sendo considerado por Watson (2002) como o ideal moral da enfermagem. De acordo com a mesma autora, cuidar requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro e o comprometimento para com o próprio e para com os outros humanos (*ibidem*). Tendo este conceito em mente, propus-me prestar cuidados de enfermagem em todo o circuito de atendimento do SUP, focalizando-me mais na triagem e na sala de tratamentos. A

minha actuação foi baseada numa conduta responsável e ética, tendo como objetivo fundamental a promoção da saúde e do conforto enquanto resultado dos cuidados de enfermagem.

Para dar cumprimento ao objetivo de prestar cuidados de enfermagem especializados, promotores do conforto no RN, Criança, Jovem e Família, foi realizada uma observação participada, baseando as avaliações nos indicadores da escala de comportamentos preconizados por Kolcaba, na escala de comportamentos defensivos e de aproximação, adaptada de Silva (2006) e Bond e Warren (2004) e escala de dor adequada à idade e desenvolvimento da criança. Para além destes instrumentos, foram tidos em conta os princípios subjacentes à enfermagem pediátrica e os pressupostos da teoria do conforto preconizados por Kolcaba & Dimarco (2005).

A minha intervenção neste campo de estágio incidiu nos cuidados prestados às crianças e famílias na sala de triagem e de tratamentos, uma vez que é aqui que eles vivenciam inúmeras situações de desconforto, nomeadamente no contexto físico, ambiental e social.

De acordo com a Administração Regional de Saúde (ARS, 2008, p. 57) do Norte a triagem consiste num “processo de avaliação clínica preliminar que classifica os utentes em função do seu grau de urgência / gravidade, antes da avaliação diagnóstica e terapêutica completa no serviço de Urgência”.

Na UP a triagem é da responsabilidade do enfermeiro que, de acordo com ARS Norte (2008, p. 59), deve ser especialista em pediatria, com vasta experiência em urgência, com conhecimento das principais patologias pediátricas e capaz de reconhecer um utente pediátrico doente. Para além disso, devem ser pessoas com facilidade para comunicar, tato, paciência, compreensão e discrição, capacidade organizativa e para trabalhar sob pressão (ARS, 2008, p. 59). Gatti e Leão (2004) dizem-nos, ainda, que o enfermeiro se destaca entre os profissionais de saúde na atuação no contexto da triagem, uma vez que na sua formação é enfatizada a valorização das necessidades do paciente, não só biológicas como também sociais e psicológicas. Sendo dado especial enfoque à humanização e ao que Hesbeen (2000, p. XI) chama de “mil pequenas coisas”, e que segundo o mesmo são, “efectivamente coisas da vida, fonte de dificuldades mas também de conforto possível na atenção prestada a quem, de alguma maneira, está em sofrimento ou preocupado com a sua saúde”. No SUP do HSM, nem sempre a triagem é da responsabilidade de um enfermeiro

especialista, no entanto existe a preocupação de atribuir esta função a um enfermeiro com mais experiência.

Ao longo deste estágio tive oportunidade de realizar atividades, como o acolhimento da criança em situação de urgência/emergência, colheita de dados, avaliação de sinais e sintomas, entre outras, tendo desenvolvido competências relacionais e terapêuticas adaptadas à singularidade da criança, jovem e família, para além de ampliar as competências comunicacionais com os mesmos de forma adaptada ao estágio de desenvolvimento e cultura (OE, 2009).

Na triagem a prioridade do enfermeiro é a de fazer o acolhimento, que de acordo com Jorge (2004, 73) é uma atitude que promove a confiança dos pais na equipa e o estabelecimento de uma relação de abertura que conduz à colaboração mutua. Neste processo é necessário manter uma postura de escuta e de compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo utente, proporcionando um atendimento de enfermagem de qualidade.

A colheita de dados é realizada através da observação e do diálogo com a criança, de acordo com idade e desenvolvimento, e com o cuidador. Porém esta colheita é baseada nos dados referentes à identificação, antecedentes pessoais, dados biométricos e queixas, não havendo lugar para a identificação dos atributos do conforto. Sempre que possível procurei saber os hábitos, preferências e preocupações da criança e família, uma vez que considero estes atributos como fundamentais para o seu conforto nomeadamente na criança com doença crónica. Desta forma, tive por objetivo reduzir o sofrimento, diminuir o desequilíbrio e proporcionar uma sensação de cuidado (SIEFERT, 2002, p. 21).

Observei que existe uma grande preocupação dos enfermeiros com o desconforto físico da criança, sobretudo com a dor, o sono e o cansaço, procurando aplicar intervenções para o controlo e/ou alívio dos mesmos, através do posicionamento, da preparação da criança e família para procedimentos, manutenção de atmosfera calma e positiva. Relativamente à dor são cumpridas as orientações da Direção Geral da Saúde (PORTUGAL, DGS, 2010), sendo aplicada a Escala de Faces de Wong-Baker (a crianças com mais de 3 anos) em caso de suspeita de dor. Se necessário o enfermeiro pode administrar analgésicos e antipiréticos por via oral, de acordo com protocolo do serviço.

No entanto, verifiquei que em relação ao RN, não existe aplicação de nenhum instrumento de avaliação da dor, cingindo-se o enfermeiro, apenas à observação dos sinais motores e faciais do RN e ao depoimento do cuidador. Perante esta situação questionei o

enfermeiro orientador, que considerou pertinente a minha observação, tendo referido conhecer a escala para aplicação ao RN, mas existir falta de tempo, para a sua aplicação na triagem. Esta atitude vai de encontro à bibliografia consultada, nomeadamente Batalha (2010, p. 74), que refere que:

“as causas para o tratamento inadequado da dor não são totalmente claras, mas estão identificados obstáculos como: o insuficiente conhecimento por parte de alguns profissionais de saúde sobre a fisiopatologia da dor, (...); uma filosofia de cuidados que ainda não valoriza, na plenitude, a qualidade de vida na doença, relegando para plano secundário o tratamento da dor; o não reconhecimento da inutilidade do sofrimento;”

Diante destas atitudes, a minha intervenção foi no sentido de reforçar a necessidade de analgesia nos procedimentos dolorosos, assim como reforçar as intervenções não farmacológicas. Deste modo, tive a pretensão de reduzir o desconforto, o sofrimento e proporcionar o bem-estar e a qualidade de vida do utente pediátrico.

Relativamente ao conforto ambiental, observei que este não é tido em conta, quer a nível luminoso, quer a nível sonoro. A sala de triagem é extremamente iluminada, para melhor observação da criança e torna-se ruidosa, uma vez que as portas se encontram sempre abertas, dificultando o isolamento do som proveniente do corredor. Para além de que, existem dois postos de atendimento de triagem, que em momentos de grande afluência funcionam em simultâneo, diminuindo bastante a privacidade da criança, jovem e família, assim como aumenta os níveis de luz e som. De acordo com os princípios de conforto preconizados por Kolcaba e DiMarco (2005, p. 189), quando desconfortos como o caos ambiental ou dor não podem ser impedidos ou prevenidos, as crianças e famílias podem ser ajudadas a experimentar a transcendência parcial ou completa através intervenções que transmitem conforto esperança, sucesso, carinho, apoio pelo seu medo

Quanto ao conforto social, penso que é sempre tido em conta, uma vez que de acordo com a OE (2009), o EESIP possui, “um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica, que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção”. Após a triagem, onde se procede à identificação e classificação do grau de gravidade da criança, para permitir maior agilidade no atendimento, é feito o encaminhamento para a sala de tratamentos, para o SO ou para o internamento de pediatria.

Na sala de tratamentos a criança é submetida a diferentes procedimentos considerados *stressantes*, nomeadamente, venopunções para colheita de sangue ou para colocação de cateter periférico, aspiração e colheitas de secreções, algaliações, colocação de clisteres, entre

outros, que causam dor e/ ou desconforto. Pelo que, no sentido de obter colaboração das crianças e família durante estes procedimentos, foram implementadas intervenções promotoras de conforto baseadas na Teoria do Conforto de Kolcaba & DiMarco (2005, p. 191), nomeadamente, a preparação da criança e família durante os procedimentos invasivos; o incentivo à presença dos pais; o posicionamento da criança; a manutenção de uma atmosfera calma e positiva.

➤ **Avaliação do estágio**

Este estágio, apesar de curto, revelou-se extremamente interessante, para além de ter constituído um excelente contexto de aprendizagem. Tive oportunidade de desenvolver a minha capacidade de resiliência em situações de urgência, adaptando-me às diferentes reações das crianças e da família, perante uma situação aguda. Para além disso, penso ter desenvolvido competências no âmbito da multiculturalidade, uma vez que prestei cuidados culturalmente sensíveis, a crianças e famílias de diferentes raças e etnias, respeitando os seus hábitos e costumes, assim como a sua individualidade.

O sector da triagem revelou-se muito surpreendente, pela positiva, uma vez que é dinâmico e o enfermeiro assume um papel interventivo e de grande destaque, pondo em prática a sua competência e eficácia. Constatei que o EESIP assume um papel primordial na promoção da saúde e na prevenção da doença da criança, sendo estes indicadores considerados como uma exigência para a qualidade dos serviços e cuidados prestados.

No âmbito da triagem, o EESIP (enfermeiro orientador) demonstrou conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas, assim como capacidades de comunicação, com a criança e família, utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento (OE, 2009, p. 20)

Verifiquei que um número elevado de crianças/ famílias que recorrem ao SUP, não o fazem em situação de real urgência, existindo falta de conhecimentos por parte dos pais para lidar com a doença aguda na criança nomeadamente, nos vómitos, diarreia, febre, entre outros. Por outro lado, ainda não se dirigem ao centro de saúde, considerando o hospital como recurso de primeira linha.

O diagnóstico das necessidades de conforto foi baseado na observação e na aplicação da *checklist* de Kolcaba, tendo verificado que o conforto físico foi o contexto mais comprometido, pelo carácter agudo das situações. Neste sentido incidi a minha atuação na prevenção do desconforto no contexto acima referidos, tendo procurado sempre que

possível reduzir os factores causadores de stress na criança/família de modo minimizar o impacto causado por uma ida à urgência. Nos casos em que o desconforto não podia ser evitado foram aplicadas medidas que favoreciam a transcendência, através de intervenções que transmitem conforto, esperança, carinho e apoio pelo seu medo (KOLCABA & DIMARCO, 2005).

3.2. Estágio na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Lumiar

A opção de estagiar nesta unidade adveio do facto de a UCIN do HSM, receber crianças abrangidas pela área de influência do Centro de Saúde do Lumiar e pelo desejo de ter uma perspetiva da continuidade dos cuidados em Saúde Infantil (SI) e da actuação em rede. Para além disso, tive como finalidade a aquisição de experiências e competências em saúde comunitária.

O processo de integração nesta unidade teve início com uma entrevista com a enfermeira chefe, tendo sido explicado quais os meus objectivos e interesses. Posto isto, seguiu-se uma visita guiada pela UCSPL, durante a qual conheci a estrutura física do edifício e um pouco da organização e dinâmica desta unidade. A caracterização desta unidade de saúde será apresentada em anexo (Anexo IX), para melhor compreensão da sua dinâmica e organização.

A Filosofia de cuidados preconizada assenta na família, sustentando-se no princípio de que os pais (família) têm a capacidade e a possibilidade de se tornarem mais competentes, e que, sendo constantes na vida da criança, são os melhores prestadores de cuidados, devendo por isso, estar capacitados para tomar decisões (ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE, 2008). Cabe ao enfermeiro facilitar e promover competências, cumprindo o preconizado pelos padrões de qualidade da OE, que nos diz que “a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel” (OE, 2001, p. 8).

As orientações do Alto Comissariado da saúde (2008) preconizam que exista pelo menos um EESIP, por cada Unidade de Cuidados na comunidade, para os assegurar às crianças com problemas crónicos, em situações de risco (familiares e psicossociais

complexas) ou outras consideradas necessárias e para assessoria aos restantes enfermeiros generalistas. Esta dotação é cumprida na UCSPL, uma vez que da equipa de enfermagem da SI fazem parte três enfermeiras, sendo duas EESIP.

A consulta de SI deve ter um papel preponderante no acompanhamento do RN, criança, jovem e família, dando ênfase à vigilância e promoção da saúde e prevenção da doença, procurando detectar precocemente e encaminhar situações que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida (PORTUGAL, DGS, 2002).

Para dar resposta à complexidade do cuidar pediátrico exige-se uma prática de cuidados de enfermagem competente e fundamentada, numa perspetiva científica, ética e experiencial (ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE, 2008). Neste âmbito, tive oportunidade de prestar cuidados a um RN/ família de risco, por consumo materno de haxixe, gravidez não planeada/desejada e baixo nível socioeconómico; o que consequentemente irá afectar as necessidades de conforto ambiental, físico e social de toda a família e em especial do RN, por ser o mais vulnerável. De acordo com Domenici et al (2009) as consequências do consumo de drogas durante a gravidez variam dependendo do tipo de droga e da dose consumida, podendo ter efeitos adversos tanto no feto que se está a desenvolver como no RN, (...), para além de que, após o *terminus* da gravidez, os efeitos negativos do consumo de drogas continuam no RN, que fica exposto a risco de síndrome de abstinência, *overdose* e repercussões metabólicas e infecciosas. O que potencia o risco, que de acordo com Garmezy (citado por ANAUT, 2005, p. 32) é um acontecimento ou uma condição orgânica ou ambiental que aumente a probabilidade da criança desenvolver problemas emotivos ou de comportamento.

A relação terapêutica estabelecida permitiu detetar precocemente na família situações passíveis de correcção e que podem influenciar a saúde do RN. Observou-se uma vinculação segura, patenteada pela ligação da tríade.

Valorizei também os cuidados antecipatórios, percussores da promoção da saúde, através da avaliação do estado geral e do desenvolvimento do RN. Foram transmitidos conhecimentos aos pais, tendo em conta as necessidades cognitivas manifestadas, no sentido de reforçar a autonomia e competência.

Apesar de a mãe demonstrar ser possuidora de boas competências parentais, foram dadas orientações relativamente à estimulação do RN durante os períodos de vigília, de forma a estimular o vínculo pais/RN e o desenvolvimento do mesmo (HOCKENBERRY, 2006).

Para além dos cuidados ao RN, foi feito o encaminhamento desta família ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, tendo em vista a alteração de comportamentos e adopção de um estilo de vida saudável.

De acordo com a DGS (PORTUGAL, 2011, p. 11), os factores de risco, por si só, não provam a existência de maus-tratos; apenas indiciam a probabilidade do seu aparecimento, pelo que após uma avaliação pormenorizada esta criança/ família foi sinalizada para visita domiciliária. A DGS (PORTUGAL, 2005, p. 6) diz-nos que,

“a visita domiciliar é um elemento fundamental da vigilância e da promoção de saúde, em particular nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nos casos de famílias ou situações identificadas como «de risco»”.

Foi com grande expectativa que aguardei a mesma, pois esperava fazer uma avaliação objetiva das necessidades da criança e família. Porém, a visita não foi concretizada, pois a família não se encontrava em casa (a visita não foi programada, por indicação da EESIP). Em consulta subsequente foi planeada, com a mãe nova visita domiciliária.

Nas diversas etapas do acompanhamento deste RN/família adquiri competências no cuidar da criança e família em situações de particular exigência, desenvolvendo capacidades na avaliação, promoção da saúde, estilos de vida saudáveis e da parentalidade junto do cliente. Foram ampliadas as competências relativamente à empatia e parceria, através da relação empática e de confiança estabelecida com a díade.

Para além desta experiência tive oportunidade de realizar a consulta de SI a várias crianças, com diferentes idades, tendo aplicado o teste de Mary Sheridan (2007) na avaliação do desenvolvimento. A aplicação deste instrumento foi uma aprendizagem interessante e útil, aplicável a todos os contextos pediátricos, na medida em que adquiri competências e novos conhecimentos sobre a avaliação do desenvolvimento da criança até aos cinco anos, assim como aprendi a identificar possíveis alterações de desenvolvimento.

Neste contexto, foi-me solicitada a realização de um quadro, para consulta rápida, onde constasse (de forma resumida) a avaliação do desenvolvimento, de acordo com Mary Sheridan, para as diferentes idades (Anexo X). Nesta e noutras actividades desenvolvi e aprofundei novos conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento da criança, de modo a identificar prontamente alterações dos mesmos e a realizar a sua avaliação de forma adequada e competente.

Relativamente ao conforto físico, no que concerne à dor, verifiquei que no âmbito da SI não são adoptadas medidas não farmacológicas durante os procedimentos *stressantes*. Nestes procedimentos foram observados, no RN e na criança, indicadores de presença de dor, nomeadamente choro gritado e continuado, agitação psicomotora, contração muscular e incapacidade de autoregulação. Perante esta realidade, vi-me impelida a intervir junto das enfermeiras da SI, no sentido de aferir os seus conhecimentos e informar sobre intervenções não farmacológicas. Verifiquei que estes eram insuficientes, existindo alguns elementos que desconheciam totalmente a administração da Sacarose a 24%, como medida não farmacológica de controlo na dor procedural (BATALHA, 2010; FERNANDES, 2010). Foi feita a apresentação do produto, indicações e dosagem, fornecida bibliografia sobre o tema e posteriormente proposta a aquisição à enfermeira chefe, atuando desta forma como formador oportuno em contexto de trabalho. Em complementaridade explanei individualmente, sobre outras mediadas não farmacológicas, nomeadamente, o colo, o contacto pele-a-pele, a sucção e a amamentação (TADDIO et al, 2010; FERNANDES, 2010), podendo ser utilizados em conjunto, potenciando desta forma o efeito de cada uma delas. Desta forma, procurei promover competências geradoras de boas práticas e de conhecimento (OE, 2009).

Ao longo do estágio na SI, dei apoio às mães no “Cantinho da amamentação”, que faz parte do Programa de Promoção de Saúde de Crianças e Jovens e está inserido no Plano Nacional de Saúde 2004/2010. Este espaço foi criado com o objetivo de promover, apoiar e proteger o aleitamento materno visto esta ser uma área de intervenção prioritária. Neste local para além das mães poderem amamentar os seus filhos mantendo a privacidade e tranquilidade (enquanto aguardam a consulta), podem esclarecer todas as dúvidas relacionadas com o aleitamento. Ao longo do estágio dei apoio às mães nesta sala, ampliando as competências de promoção da amamentação e do desenvolvimento das competências maternas.

Na vacinação foi realizada uma observação participada, tendo em conta a complexidade do Programa Nacional de Vacinação (PNV), uma vez que este se encontra em constante revisão e actualização. Atualizei conhecimentos relativamente às recomendações sobre a administração da BCG, pois esta é uma vacina administrada com frequência no meu local de trabalho e nem sempre recebemos formação sobre o tema.

Relativamente ao conforto físico, verificou-se que na vacinação são utilizadas técnicas de distração, nomeadamente o uso de brinquedos coloridos, música, o abraço

dos pais, chucha, entre outras, mas no caso do RN e da criança até aos 18 meses estas técnicas poderiam ser potenciadas se fosse utilizada concomitantemente a sacarose ou a amamentação. De acordo com (TADDIO et al, 2010, p. 843) a dor associada à vacinação é uma fonte de *stress* para as crianças, pais e profissionais, podendo ser causadora de ansiedades em futuros procedimentos, medo de agulhas e até a não adesão à vacinação. Desta forma, prevenir e tratar a dor eficazmente é um dever dos profissionais de saúde e um direito dos que dela sofrem (BATALHA, 2010, p. 74).

Durante a vacinação promovi as competências parentais através dos ensinamentos apropriados à especificidade e complicações das vacinas. Desta forma, procurei satisfazer a necessidade de suporte e segurança, sendo estes considerados por Kolcaba & DiMarco (2005) como importantes a nível do conforto sociocultural.

➤ **Avaliação do estágio**

O estágio nesta unidade de saúde revelou-se bastante proveitoso, sendo considerado como um importante contexto formativo para o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem de SI e Pediatria. Neste local encontrei uma larga diversidade de experiências e de aprendizagens, que contribuíram para o desenvolvimento de uma visão global e integrada dos cuidados de SI. Foram desenvolvidas competências para além do técnico e do científico, nomeadamente no domínio relacional e cultural, que fomentaram uma perspectiva alargada dos cuidados de saúde à criança e família, integradas numa comunidade e nos respectivos contextos sociais, culturais e económicos.

O facto de ter uma vasta experiência em Neonatologia e de o demonstrar através de uma sólida base de conhecimentos, observáveis através de uma prática diferenciada, levou ao meu reconhecimento como consultor quando os cuidados requeriam um nível de competência correspondente à minha área de intervenção, estabelecendo desta forma a parceria entre pares (OE, 2009).

Ao longo do estágio verifiquei que as cartas de alta dos RN internados na UCIN do HSM não chegavam às enfermeiras de SI, pelo que foi contactada a enfermeira orientadora e enfermeira chefe, de forma a encontrar resolução para este problema. Foi proposta a utilização de correio electrónico como canal de comunicação interinstitucional, de forma a

colmatar essa falha. Assim, desde então as cartas de alta são enviadas desta forma, otimizando o processo de articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados.

Relativamente à dor/ desconforto físico, sempre que surgiu oportunidade fomentei experiências positivas, de modo a incrementar a confiança nos enfermeiros e a promover a adesão aos comportamentos de ganhos em saúde. É de realçar a actuação do EESIP neste âmbito, pois o seu papel é preponderante para prevenção e diminuição do desconforto, o que vai de encontro ao sexto pressuposto da teoria de conforto de Kolcaba & DiMarco (2005), que refere que quando o conforto é obtido as crianças e famílias ficam fortalecidas para comportamentos de procura de saúde.

3.3. Estágio na Unidade de Pediatria-internamento: Unidade de doenças Metabólicas, Hematologia, Neurologia, Unidade Pluridisciplinar Assistencial e endócrinas do HSM.

Estagiar no SPG do HSM, foi uma opção considerada ideal, pela sua pluridisciplinaridade e abrangência, quer a nível de patologias, quer a nível do leque de possíveis experiências. Para além disso, senti a necessidade de conhecer a dinâmica interna deste serviço, uma vez que existe uma estreita relação com a UCIN, sendo o mesmo considerado como retaguarda da neonatologia, nos casos de internamentos prolongados e/ou socialmente complexos.

Este estágio foi iniciado com alguma expectativa e ansiedade, pelo facto de assistir RN, crianças e jovens até aos 17 anos (e família), em situação de crise, adaptação à doença e de vivência de uma hospitalização por vezes prolongada e recidivante. Para além disso, neste serviço são atendidas crianças com doença crónica, com idade superior aos 17 anos, o que exige maior competência por parte do enfermeiro, como elemento activo na mediação entre criança, família e restante equipa multidisciplinar. Para maior conhecimento deste serviço, será apresentada em anexo a caracterização do mesmo (Anexo XI).

Neste serviço os enfermeiros trabalham em parceria com os pais, facultando-lhes os conhecimentos necessários à promoção da saúde e prevenção da doença.

De acordo com Jorge (2004, p. 13) conhecer individualmente a criança é fundamental e, esse conhecimento só os pais o tem. Desta forma, é essencial que o

enfermeiro desenvolva a capacidade de escuta, de forma a implementar um plano de cuidados individualizado, promotor da reorganização (à nova situação e contexto) e da parentalidade. É assumido por todos que os pais são os melhores prestadores de cuidados para a criança, pelo que é solicitado e desejado o envolvimento dos mesmos nos cuidados, nomeadamente na alimentação, no banho, no conforto, no lazer e na administração de terapêutica oral.

No caso das crianças com doença crónica, observei que a equipa de saúde, nomeadamente os enfermeiros, tem uma forte relação de proximidade com os pais, o que induz uma verdadeira relação de parceria, existindo negociação, partilha de responsabilidades e de cuidados. O que vai de encontro ao Modelo de Parceria preconizado por Casey, em 1988, que tem por base a negociação e o respeito pelo desejo das famílias (LEE, 1998, p. 205).

Indubitavelmente, a hospitalização de uma criança representa uma situação de crise, um período de desequilíbrio físico e psicológico quer para a criança, quer para a família (JORGE, 2004, p. 13). Apesar de maioritariamente não existir uma separação física em relação à figura maternal/paternal, existe sempre uma rotura em relação ao ambiente familiar físico e afectivo. Posto isto, para que crianças e pais se adaptem a esta nova condição é necessário que se faça um acolhimento eficaz, que lhes traduza confiança e os faça sentir únicos (JORGE, 2004, p. 73).

No SPG, aquando da admissão é realizado o acolhimento da criança e família, durante o qual são apresentadas as instalações físicas e explicadas regras do serviço. Esta atitude promove a confiança e o estabelecimento de uma relação de abertura, conduzindo a uma colaboração mútua. Este momento, que é único, requer não só competência de enfermagem, mas também habilidades pessoais, que são adquiridas através de “uma aprendizagem nunca concluída, marcada pela contínua busca da verdade, com sinceridade e transparência recíproca...” (BERNARDO, 1995 *in* JORGE, 2004, p.74).

Durante este percurso tive oportunidade de assistir e participar em alguns momentos de acolhimento, que considereei como momentos chave para a promoção do conforto da criança e família. De entre todos os momentos de acolhimento realizados/assistidos, destaco o acolhimento a uma criança de 8 anos, com diabetes inaugural diagnosticada na urgência pediátrica. Dei especial relevância a esta situação pelo seu carácter agudo, pela necessidade de tratamento imediato e pela necessidade de

intervenção de enfermagem para o início de um programa educacional. O acolhimento foi realizado, por mim e pela enfermeira orientadora (EESIP), tendo sido estabelecida comunicação de acordo com o estágio de desenvolvimento e cultura da criança e família.

Nesta situação pude compreender a importância do acolhimento, para a aceitação e adaptação da criança e família à doença e hospitalização, assim como para a promoção da confiança mútua. De acordo com Kolcaba e DiMardo (2005, p. 188) quando esta confiança é estabelecida de uma forma bem-sucedida a criança e família experienciam uma sensação de tranquilidade e transcendência pois conseguem suplantar um pouco o seu desconforto ou sofrimento, uma vez que estes não podem ser evitados ou erradicados. Siefert (2002, p. 20) diz-nos ainda que sentir-se autoconfiante, sob controle, tranquilo e forte, são características individuais frequentemente associadas ao conforto.

A participação neste acolhimento contribuiu para a minha aprendizagem profissional, sobre a patologia e esquemas de insulina associados, assim como para conhecer a intervenção do EESIP no programa de educação para a saúde à criança diabética. De acordo com a OE (2009, p. 21) o EESIP cuida da criança/do jovem e família nas situações de especial complexidade, promovendo a sua adaptação à doença crónica. Foi gratificante compreender que as interações positivas entre os profissionais e os cliente promovem e influenciam a adesão ao tratamento, uma vez que a participação/responsabilização dos pais e da criança é fundamental neste processo (HOCKENBERRY, 2006, p. 724). No programa de educação para a saúde do diabético, foi dado ênfase à avaliação da glicemia e ao plano alimentar, tendo-se verificado que após o 4º dia de internamento a criança já se encontrava menos relutante em relação à avaliação de glicemia e cetonemia, assim como já demonstrava alguma compreensão sobre a patologia, tratamento e respetivo plano alimentar. Foram utilizadas técnicas de comunicação adequadas à idade, nomeadamente discurso simples, honesto e direto, frases curtas e proporcionando espaço para a criança expressar as suas preocupações e receios, evitando sobrecarga de informação (HOCKENBERRY, 2006).

Para além dos conhecimentos teóricos adquiridos, esta experiência contribuiu para desenvolver a competência de capacitar a criança em idade escolar e a família para estratégias de *coping* e de adaptação, utilizando o seu potencial na gestão dos processos específicos de saúde/doença e na adopção de comportamentos potenciadores de saúde (OE, 2009, p. 21).

A hospitalização da criança pode significar um período de instabilidade e de desequilíbrio para todo o contexto familiar, mas também pode ser encarada como uma ocasião de mudanças positivas na criança e família e como meio de fortalecimento a diferentes níveis (HOCKENBERRY, 2006, p. 685). Esta situação pode ser uma oportunidade para criança e família descobrirem estratégias para lidar com o *stress*, para melhorarem as relações, para promoverem o autodomínio e para terem novas experiências de socialização (*ibidem*). Porém, cada família tem necessidades diferentes, no que se refere à hospitalização do filho, pelo que deverá ser acompanhada, numa abordagem individual (JORGE, 2004, p. 67), sendo o papel do enfermeiro crucial nesse sentido. Desta forma, a minha intervenção neste serviço vai no sentido de ser agente facilitador da integração/adaptação da criança e família ao ambiente hospitalar, proporcionando o conforto físico, ambiental e social, na medida do possível.

Observei que neste serviço existe uma grande preocupação em prevenir e reduzir a dor, sendo aplicada com frequência a Escala de Faces Wong-Baker (a crianças com mais de 3 anos) e administrada medicação analgésica de acordo com prescrição médica. Porém, o mesmo não se pode dizer em relação aos RN, pois no serviço existe a escala de dor de EDIN (Evaluation de la Douleur et de l'Inconfort du Nouveau-né), mas é pouco utilizada, talvez pelo insuficiente conhecimento da sua aplicação, ou pelo não reconhecimento da inutilidade do sofrimento (BATALHA, 2010). Ao ler os registos de enfermagem de um RN com Paralisia Cerebral (PC), submetido a frequentes procedimentos dolorosos/desconfortantes, nomeadamente, aspirações de secreções, venopunções e queixas de cólicas, é frequentemente referido que a criança apresenta dor ou desconforto, mas apenas uma enfermeira operacionalizou, atribuindo valor. Perante esta situação conversei com a enfermeira coordenadora e enfermeira orientadora sobre a ausência de uso de escala de dor e da solução de sacarose a 24%. Foi-me solicitada a realização de uma norma de utilização de sacarose a 24% (Anexo XII) e a escala de dor de EDIN, com as intervenções não farmacológicas para o alívio da dor. Respondi a esta solicitação, tendo realizado a norma e facilitado a consulta da escala de dor de EDIN em uso na UCIN do HSM (Anexo XIII). A norma foi elaborada tendo por base estudos científicos realizados por Morash & Fowler (2004), Thompson (2005), Batalha (2010), entre outros, tendo procurado responder a questões como: o que é? Quais as indicações? Método de administração? Principais benefícios, entre outras.

Durante este estágio prestei cuidados a várias crianças; no entanto centrei-me mais no acompanhamento de uma criança com cerca de 1 mês de vida, com PC, com quem já tinha um relacionamento prévio (na UCIN).

Ana³ necessita de oxigénio por sonda nasal, é aspirada com frequência, é alimentada exclusivamente por sonda nasogástrica e faz antibioterapia endovenosa.

Perante a situação descrita, o meu foco de atenção relacionou-se com a promoção do desenvolvimento óptimo para possibilitar que a criança alcance a normalidade e o seu potencial dentro dos limites dos problemas de saúde existentes e com a construção de uma relação terapêutica e de confiança com a família.

De acordo com Hockenberry (2006, p. 1191) a PC é um distúrbio complexo que, com frequência exige um tratamento abrangente da criança, bem como uma prevenção contínua das complicações. Desta forma foi feita a identificação dos diagnósticos de enfermagem e delineadas intervenções para os mesmos, o que vai ao encontro dos pressupostos de Kolcaba e DiMarco (2005) que nos dizem que os enfermeiros reconhecem as necessidades de conforto das crianças / famílias, (...) e que desenham intervenções para atender a essas necessidades. Nesta criança foi identificado como principal diagnóstico de enfermagem a mobilidade física e respiratória comprometida, relacionada com a patologia de base. Perante este diagnóstico foram planeadas intervenções de enfermagem, respeitando os princípios de conforto, nomeadamente a utilização do posicionamento adequado à postura corporal e manutenção da permeabilidade das vias aéreas.

De acordo com Schor (2003), citado por Hockenberry (2006, p. 551) a saúde física e emocional da criança, assim como o funcionamento cognitivo e social são fortemente influenciados pela qualidade do funcionamento familiar, pelo que a minha intervenção foi estruturada no sentido de dar *empowerment* à mãe, de maneira a que esta assumisse o controlo e responsabilização sobre a saúde da sua filha. Porém, de acordo com Sousa (2009 *in* OE) esta metodologia só é possível se existir uma lógica de parceria, incluindo os clientes no planeamento e prestação de cuidados que se lhes destinam.

Numa fase inicial foram identificadas as capacidades e competências maternas relativamente às inaptidões e necessidades da criança. O que foi conseguido através da observação, do diálogo e das reuniões entre a mãe e os vários elementos da equipa

³ Nome fictício criado para manutenção da privacidade da criança.

multidisciplinar. Nestes momentos, foi dada oportunidade para a partilha de ideias, sentimentos e preocupações.

Verificou-se que a mãe, apesar da condição da filha, sentia satisfação e realização no seu papel maternal, mas insegurança na realização de algumas atividades, nomeadamente na aspiração de secreções e na entubação nasogástrica. Para que a mãe se sentisse mais autónoma na realização destas e de outras atividades foram feitos ensinamentos sobre as técnicas e sobre estratégias que satisfaçam as necessidades especiais e individuais da criança, reforçando sistematicamente a importância do seu papel na adoção de comportamentos potenciadores de saúde.

Durante todos os procedimentos foi estimulada a participação e a tomada de decisão materna, reconhecendo-a como a principal conhecedora da filha e fazendo-a sentir como verdadeira parceira nos cuidados.

A mãe foi incentivada a trazer brinquedos coloridos adequados à idade e às necessidades da criança, assim como roupas. Sempre que possível foi proporcionado um ambiente confortável e adequado às suas necessidades, nomeadamente na redução da luz artificial, privilegiando a luz natural, na redução do ruído, tentando manter a porta do quarto fechada quando a sala de actividades tinha muitas crianças a brincar. A Ana é uma criança que pela sua condição apresenta períodos de agitação psicomotora intensa, pelo que, teve sempre em atenção o seu ciclo de sono, tentando adequar (na medida do possível) a terapêutica e cuidados para momentos em que se encontrava acordada.

De acordo com Hayes (2010) a criança com PC necessita de uma intervenção multidisciplinar, no seu plano terapêutico, sendo o enfermeiro considerado como elemento central nesta abordagem holística. Na situação relatada o “gestor de caso” era o enfermeiro responsável do serviço (EESIP), que mobilizou todos os esforços para ir de encontro às necessidades da Ana. Foram contactadas as enfermeiras do centro de PC e do Centro de Saúde da área, tendo sido agendadas visitas das mesmas à criança durante o internamento, para procederem a uma primeira avaliação. Como conhecedora da situação, participei neste processo através da realização do resumo do internamento/ carta de alta e do diálogo com a equipa multidisciplinar, de maneira a dar uma perspetiva geral do estado da Ana, tendo sido agendada consulta no Centro de PC.

➤ **Avaliação do estágio**

O estágio neste serviço foi muito enriquecedor, uma vez que prestei cuidados individualizados a crianças e suas famílias com diferentes idades, patologias e níveis culturais. Este estágio, que inicialmente aparentava ser complexo, pela minha inexperiência de atuação no âmbito do internamento, representou uma mais-valia para o meu “crescimento” como EESIP. O facto de ter acompanhado, por um longo período, o internamento de uma criança com uma situação tão complexa como a PC, facilitou o desenvolvimento de novos conhecimentos sobre esta temática, que me era desconhecida. Permitiu a observação e análise das etapas de enfrentamento pelas quais estas famílias passam, da forma como é feita a ligação com os recursos da comunidade e do papel fundamental do EESIP em todo este processo. Esta experiência proporcionou o desenvolvimento de competências a nível da promoção da adaptação da criança e família à doença crónica, através do ensino, instrução e treino especializado, gerindo os processos específicos de saúde doença. Para além disso, através da ligação ao Centro de PC e ao Centro de Saúde, promovi a parceria de cuidados com os recursos da comunidade, no sentido da melhoria de acessibilidade aos cuidados de saúde.

A nível da relação interpessoal esta experiência foi riquíssima, uma vez que estabeleci uma relação terapêutica com esta mãe, partilhando das suas preocupações, expectativas e sentimentos, avaliando desta forma a estrutura e o contexto da família.

A elaboração da norma de procedimento, sobre a sacarose a 24% possibilitou a partilha de ideias e atualização de conhecimentos sobre a dor no RN. Tal como refere Martins e Franco (2004), formação é um processo contínuo, sendo um vetor essencial no desenvolvimento de novas capacidades, criatividade e flexibilidade.

Ao longo deste percurso toda a minha actuação teve como finalidade a otimização da qualidade dos cuidados prestados e a satisfação do cliente pediátrico/ família, tendo sido orientada pelo modelo preconizado pela OE (2010, p. 9), para o EESIP, que se centra nas respostas às necessidades da criança e família, binómio, este, encarado como beneficiário dos cuidados. Neste modelo a criança é reconhecida como ser vulnerável, os pais/ pessoa significativa são valorizados como os primeiros prestadores de cuidados, os potenciais de crescimento e desenvolvimento da criança são maximizados e a segurança e bem-estar da criança e família são preservados em qualquer situação (*ibidem*).

3.4. Estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Os restantes estágios decorreram no âmbito dos cuidados intensivos neonatais, tendo sido distribuídos da seguinte forma: UIN do HSFx, de 3 a 20 de Janeiro de 2012, e de seguida na UCIN do HSM, de 23 de Janeiro a 17 de Fevereiro de 2012.

A opção de estagiar noutra unidade de neonatologia, para além do meu local de trabalho, prendeu-se com o meu interesse em conhecer outras realidades no âmbito da neonatologia e pelo facto da UIN do HSFx ser considerada referência na implementação da filosofia de cuidados centrados na família e consequentemente na promoção do conforto do RNPT.

Considerando a aprendizagem como um processo contínuo e em constante evolução, esta experiência foi encarada como uma oportunidade para a troca e partilha de experiências e saberes entre pares.

3.4.1 Estágio na Unidade de Internamento Neonatal do HSFx

O estágio nesta unidade teve início com uma visita guia, realizada pela enfermeira chefe, durante a qual tive oportunidade de conhecer a dinâmica do serviço e hospitalar, assim como a estrutura física da unidade, as patologias mais frequentes e a filosofia de cuidados preconizada. Para melhor compreensão da organização deste serviço será apresentado em anexo a caracterização do mesmo (Anexo XIV).

Ao longo do estágio colaborei com a equipa de enfermagem através da observação participada da prestação de cuidados, tendo-me sido atribuídos RN/famílias, aos quais prestei cuidados de enfermagem holísticos, baseados nas suas necessidades individuais e tendo como alicerce a teoria de conforto de Kolcaba. De acordo com Kolcaba & DiMarco (2005, p. 188) para que esta teoria seja utilizada adequadamente é necessário cumprir três etapas: compreender o conceito técnico de conforto e a sua origem, compreender a interligação entre os conceitos gerais implicados na teoria e relacionar os conceitos gerais com os problemas específicos do utente, com o objectivo de clarificar a prática e gerar questões de investigação. Às etapas definidas por Kolcaba acrescento a necessidade de saber identificar o desconforto e qual o impacto que o mesmo tem no crescimento e desenvolvimento do RNPT, pois só com o conhecimento das vulnerabilidades físicas, psicológicas e emocionais do RNPT/ risco e das suas famílias, as

equipas de enfermagem pode prestar cuidados de qualidade. Coughlin et al (2009, p. 2) vão de encontro às etapas definidas por Kolcaba, quando nos dizem que

“baseando-se na premissa de que o comportamento do infante é uma forma de comunicação, os profissionais de saúde são encorajados a examinar de uma forma sistematizada as respostas destes ao ambiente, ajustando as suas actividades quando sinais de stress são observados”.

A UIN do HSFx tem por filosofia os cuidados centrados na família, ou seja, “o apoio profissional à criança e família, através de um processo de envolvimento, participação e de parceria sustentados por capacitação e negociação (SMITH et al, citado por KENNER & MCGRATH 2010, p. 98).

A família tem um papel crucial na experiência de hospitalização do RN, impondo-se como referência fundamental quando se pensa cuidados pediátricos (JORGE, 2004, p. 9). Segundo a mesma autora (2004, p. 20) “os pais sofrem no seu amor, mas também vivem a ruptura do seu projecto, da sua ambição. (...). Sentem-se frustrados e culpabilizados”, assim, o enfermeiro como profissional de saúde mais próximo do doente é responsável pela integração dos pais nos cuidados ao RN durante a sua permanência na UIN.

A grande sensibilidade do prematuro ao ambiente, assim como a sua fragilidade, assustam os pais, sendo a reacção imediata, a de deixar que os profissionais se responsabilizem por eles. Mas o objetivo principal das equipas multidisciplinares que trabalham em neonatologia deverá ser que os pais participem nos cuidados do seu bebé e não considerados como visitas. Nesse sentido e fomentando a relação interpessoal, tentei estabelecer uma relação de confiança com os pais dos RN e encorajando-os a fazer visitas diárias, mantendo um acesso irrestrito ao seu bebé e a participar na prestação de cuidados, como alimentação, higiene e conforto.

Enquanto cuidava do RN em parceria, que segundo a OE (2009) é a «filosofia de enfermagem pediátrica que reconhece e valoriza a importância da família nos cuidados à criança», procurei dar reforços positivos relativamente à sua prestação, salientando os resultados positivos. Desta forma, a minha prestação de cuidados foi direccionada para a promoção da vinculação. Desenvolvi intervenções de enfermagem, como o contacto olhos nos olhos, o toque positivo, o método Canguru e a comunicação carinhosa com o RN, respeitando sempre os seus períodos de sono e tranquilidade (GOLDBERG-HAMBLIN et al, 2007), particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais (OE, 2009).

Não foram descurados o estado emocional e o bem-estar físico dos pais, procurando ir ao encontro da satisfação das suas necessidades de conforto, físico, social e ambiental. Sempre que possível foi proporcionado cadeirão, almofada, privacidade e adequação ambiental, favorecendo momentos de interação da tríade. Estas intervenções foram avaliadas como confortantes, pela observação da tranquilidade e partilha, demonstrados pelos pais e crianças.

➤ **Avaliação do estágio**

Considero que este ensino clínico foi enriquecedor a nível de gestão, da prática de cuidados, assim como do saber ser e saber estar, pois desenvolvi competências geradoras de boas práticas e de conhecimento, que serão uma mais-valia para a minha formação profissional, quer no âmbito do meu projeto (na área do conforto), quer como futura enfermeira especialista.

O mesmo foi muito positivo na medida em que contribuiu para a minha formação, ajudando a maximizar saberes que posteriormente serão transmitidos à equipa de enfermagem da qual faço parte no HSM. Desta forma pretendo ser agente facilitador de aprendizagem em contexto de trabalho, contribuindo para a prática especializada.

Penso que os objetivos traçados foram atingidos. Tive a oportunidade de conhecer de forma mais aprofundada as necessidades do RN prematuro e ou de risco e da sua família e as intervenções realizadas pela equipa junto da díade RN/pais, com o objectivo de promover as competências parentais (conforto social), o conforto físico e ambiental.

Este estágio contribuiu para a compreensão do exercício profissional do EESIP nos seus diferentes domínios, nomeadamente, no domínio da responsabilidade ética e legal, da gestão da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Foram amplificadas competências, a nível da parentalidade pois de acordo com Benner (2001, p. 63) a experiência e o domínio transformam a competência, levando a um melhoramento das atuações.

3.4.2 Estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do HSM

Baseando-me no diagnóstico de situação apresentado no primeiro capítulo e no princípio de que se torna mais simples prevenir o desconforto do que intervir quando ele se encontra instalado, determinei como objetivo geral para este estágio, **elaborar uma proposta de intervenção pedagógica dirigida à equipa de Enfermagem da UCIN, para a promoção do conforto do RNPT**. Para a concretização deste objetivo tornou-se necessário identificar quais as intervenções realizadas pelos enfermeiros, que causam desconforto ao RNPT, numa UCIN, realizar o diagnóstico das necessidades de formação dos Enfermeiros e planear o programa de formação.

Com o propósito de identificar as intervenções realizadas pelos enfermeiros, que causam desconforto ao RNPT, assim como as principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros na prestação de cuidados, relativamente ao conforto utilizei como método de colheita de dados, a observação participante. De acordo com Bogdan e Taylor (1975), citados por Correia (2009, p. 31) é “caracterizada por interações sociais intensas, entre investigador e sujeitos, no meio destes, sendo um procedimento durante o qual os dados são recolhidos de forma sistematizada”. Através da minha proximidade com a equipa, consegui apreciar a prestação de cuidados, assim como a relação estabelecida com o RNPT e qual o efeito sobre o mesmo. Foi construída uma grelha de observação (Anexo XV), centrada no RNPT, em que foram seleccionados indicadores necessários ao objeto de estudo, nomeadamente o comportamento do enfermeiro, de outros profissionais de saúde, dos pais e do RN durante as rotinas diárias (alimentação, banho, aspiração de secreções, mudança de fralda...), tendo sempre subjacente o conforto do RNPT.

Após análise dos dados recolhidos, pude verificar que o RN é submetido a varios procedimentos e manipulações, que lhe causam dor e desconforto. Dos procedimentos identificados como dolorosos por Lago et al. (2009), os mais frequentes nas rotinas diárias da UCIN do HSM são, as punções capilares, as aspirações de secreções, punções venosas, inserção de sondas (nasogástrica, vesical...), entre outras. Para além destes procedimentos existem outras atividades diárias, que não sendo propriamente dolorosas podem ser consideradas desconfortáveis fisicamente (dependendo da atuação dos cuidadores), tais como o banho, a mudança de fralda e as manipulações.

Ao longo das observações, constatei que parte da equipa de enfermagem da UCIN do HSM age de forma rotineira, cumprindo os horários para a alimentação e para a

prestação de cuidados de forma são criteriosamente, em desrespeito do ciclo de sono-vigília e das necessidades individuais do RN.

Para além das rotinas observei que os procedimentos e as manipulações por vezes são realizados a um ritmo acelerado, pouco adequado às capacidades do RN, demonstrando (aos menos entendidos) a destreza e facilidade de atuação. De acordo com Als e Gilkerson (1997, p. 169) a forma como são prestados os cuidados primários e a continuidade dos prestadores de cuidados são cruciais para a criação de uma sensação de segurança e de confiança no bebé e na família. Nesta unidade sempre que possível os elementos de enfermagem mantêm os mesmos RN, de forma a estabelecer laços com a díade RN/ família, assim como para criar maior conhecimento dos mesmos. Na generalidade são utilizadas medidas de conforto, tais como, o posicionamento, o toque, o colo, a sucção não nutritiva e a sacarose.

Quanto ao conforto ambiental, verifica-se que os RN são expostos à luminosidade intensa, em detrimento dos candeeiros individualizados existentes, contribuindo para a desorganização do seu ciclo circadiano. De acordo com Floyd (2005, p. 63) a existência do ciclo de dia e noite pode ter um efeito positivo em variáveis como o sono, o peso e o comportamento do RN.

De igual modo, foi observado que o ruído é uma constante nesta unidade, através dos sons dos equipamentos, das conversações durante as prestações de cuidados e por vezes do uso de rádios com músicas inadequadas ao RN. O que vai de encontro ao que é descrito por Walden et al, (2001, p. 102), que o som produzido pelo pessoal de saúde é o maior contributo para o elevado nível de ruído existente numa UCIN.

A nível do conforto social, observa-se que as enfermeiras, com mais experiência, envolvem os pais nos cuidados, estimulando-os a prestar cuidados, nomeadamente a mudar fraldas e a fazer contenção durante os procedimentos. No entanto, poucas dão oportunidade para que estes façam o método canguru quando os seus filhos se encontram ventilados, talvez por insegurança devido ao estado clínico do RN. De acordo com Walden et al (2001, p. 102) o toque é uma das formas mais precoces e básicas de comunicação, que pode trazer benefícios para pais e RN, assim como a aplicação do método canguru, sendo ambos considerados muito confortantes quer para o RN, quer para os pais.

Os pais são estimulados a permanecerem e a prestarem cuidados aos seus bebés, sendo-lhes facultado todo o apoio e suporte na transição para a parentalidade, através de

ensinos, observação/ supervisão, esclarecimento de dúvidas, entre outras. No entanto, continuamos a ser os principais decisores relativamente aos cuidados ao RN, descurando os princípios da filosofia de cuidados centrados na família, que nos dizem que os pais são uma constante na vida das crianças e estas são afetadas pelos efeitos causados naqueles com os quais elas têm relacionamentos (HARRISON, 2010, p. 335).

Para além das observações foi realizado um questionário, que tinha por objetivo identificar os conhecimentos dos enfermeiros sobre a temática em estudo e de que forma estes eram aplicados na sua prática diária (Anexo XVI). Foram distribuídos 30 questionários, tendo sido devolvidos 25.

Após a análise quantitativa (Anexo XVII) e qualitativa destes questionários verifiquei que os enfermeiros utilizam variáveis para definirem conforto, tais como bem-estar, tranquilidade e ausência de dor, entre outras. Uma das colegas definiu conforto como *“todas as pequenas coisas que fazemos como enfermeiras para dar/proporcionar bem-estar ao doente/utente/família”*. Estas perceções não se encontram suficientemente clarificadas, apesar de algumas das variáveis identificadas irem de encontro à definição de Kolcaba (1994, 2001, 2003) e Dimarco (2005) que nos diz que conforto é a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos de experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental) (TOMEY E ALLIGOOD, 2004).

O mau controlo ambiental, os procedimentos invasivos, as manipulações excessivas e o não controlo da dor são reconhecidos como comportamentos que causam desconforto ao RN. Porém, 24% das inquiridas referem que nem sempre adoptam medidas necessárias para promover o conforto do RN e 20% refere não adoptar estas medidas. As 3 causas mais apontadas para a não aplicação das medidas de conforto foram as causas externas, a falta de recursos humanos e o facilitismo. Uma das colegas referiu *“sempre que possível adopto as medidas necessárias e adequadas, de acordo com o estágio do RN, ... com consciência que sempre se pode fazer mais e melhor”*.

Mediante a análise das observações e dos questionários e com a noção de que a formação continua ou de aperfeiçoamento tem origem nas deficiências detetadas no desempenho de uma atividade, tendo em conta o nível de resultados ou atitudes esperados (GONÇALVES et al, 2005, p. 16), estabeleci como meta – que a equipa de enfermagem adquira conhecimentos, desenvolva as suas capacidades e melhore as suas atitudes e comportamentos, aumentando assim a qualidade das suas intervenções. Por

outro lado, é fundamental formar pessoas que sejam capazes de responder eficazmente aos apelos constantes da mudança, através de uma aprendizagem contínua ao longo das suas vidas.

Previamente à realização de qualquer intervenção, foi realizada uma reunião com a enfermeira chefe e com a enfermeira responsável pela formação em serviço, no sentido de lhes dar a conhecer as necessidades de formação identificadas, assim como para auscultar as suas opiniões relativamente a este projeto.

Com o objetivo de dar a conhecer a realidade vivenciada na UCIN, assim como a perspetiva da equipa de enfermagem relativamente ao conforto do RN, realizei uma sessão de formação com a apresentação e análise dos questionários, tendo sido abordada a teoria do conforto de Kolcaba e a sua aplicação em pediatria (Anexo XVIII). Desta forma pretendi clarificar o conceito de conforto e sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância dos cuidados promotores do conforto do RN, (nos seus diversos contextos) para o seu crescimento e desenvolvimento, de forma a reduzir os efeitos potenciais de *stress* e trauma causados pela permanência numa UCIN.

De forma a disponibilizar literatura sobre a temática em estudo, para consulta da equipa e esclarecimento de dúvidas, foi elaborado um dossiê contendo artigos referentes ao conforto em pediatria e referentes ao desenvolvimento do RNPT. Foram seleccionados alguns dos autores nomeados ao longo deste relatório, nomeadamente Kolcaba e DiMarco (2005), WALDEN (2001), ALS et al. (1997; 2008; 2009), entre outros. Para além deste dossiê foi projetado um plano de formação (Anexo XIX), do qual faz parte a análise estatística e avaliação da sessão, procurando enveredar num projeto que respondesse às verdadeiras necessidades do serviço e dos seus intervenientes.

Foram projectadas um total de 6/7 sessões de grupos (1 por mês), com 5 a 7 elementos, de maneira a abranger a totalidade da equipa de enfermagem. De modo a atingir o objetivo na sua plenitude, tornou-se necessário planear pormenorizadamente todos os conteúdos programáticos a abordar nas sessões, tendo por base os autores anteriormente referidos. Nestas sessões serão abordadas estratégias que favoreçam o conforto e o desenvolvimento do RNPT, internado numa UCIN.

Como técnica pedagógica será utilizado o estudo de caso, que consiste no estudo, pelos formandos de um caso real ou de uma situação problemática (existente na UCIN), com o objetivo de motivar, desenvolver a capacidade analítica, aprender a trabalhar em grupo e desenvolver a capacidade de decisão (GONÇALVES et al, 2005, p.55). Esta

metodologia foi selecionada por considerar ser mais apropriada aos meus objetivos, para além de que penso ser facilitadora na transmissão de conhecimentos, na aprendizagem e no desenvolvimento pessoal (GONÇALVES et al, 2005).

Durante as sessões serão colocadas questões que permitam a discussão e reflexão realtivamente aos cuidados prestados e com componente informativa, onde serão abordadas temáticas relativamente ao conforto, nos seus diferentes contextos. Esta técnica tem, também, como objetivo encaminhar os pares no sentido de estes se tornarem autores da sua própria formação (DIAS, 2004, p, 37).

Como metodologia pedagógica será utilizado o método expositivo, interrogativo e ativo, onde se preconizará uma relação interactiva entre formador e formando e vice-versa, de maneira a que as sessões sejam interessantes, com situações de aprendizagem estimulantes e com potenciação dos saberes.

No final de cada sessão será feita a avaliação, através da entrega de um questionário, com o objetivo de perceber o interesse e pertinência da acção de formação e se esta foi de encontro às necessidades para as quais foi desenhado.

➤ **Avaliação do estágio**

A realização de estágio no meu contexto de trabalho revelou-se produtiva na medida em que me proporcionou uma visão mais aprofundada da realidade, com consequente tomada de consciência da problemática identificada inicialmente. Ser elemento integrante desta equipa favoreceu o conhecimento das suas fragilidades e potencialidades, permitindo-me ser um agente facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho.

A criação de um dossiê com literatura atualizada sobre a temática em estudo permitiu a divulgação da evidência científica, contribuindo para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem (OE, 2009, p. 19). Procurei dar resposta à unidade de competência preconizada pela OE (2009), que nos diz que o EESIP diagnostica necessidades formativas e concebe e gere programas e dispositivos formativos, favorecendo a aprendizagem e o desenvolvimento de habilidade e competências dos pares. Para além das competências formativas, foram incorporadas competências na prestação de cuidados, nomeadamente na integração das aprendizagens relativas à parentalidade.

4. CONCLUSÃO

Ao longo deste processo de formação tive como finalidade o desenvolvimento de competências nos diferentes domínios do conhecimento. Para alcançar o estágio em que me encontro foi preponderante o pensamento reflexivo relativamente aos cuidados prestados neste percurso. Este processo foi longo e trabalhoso, mas decididamente contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados por mim prestados e consequentemente para a satisfação das necessidades do doente pediátrico e família. Foram consolidados conhecimentos sobre as competências da criança, bem como sobre o desenvolvimento Infantil.

Tratar a temática “Conforto” foi um verdadeiro desafio, uma vez, que tinha concepções pouco consolidadas sobre o assunto e a autora da teoria em questão me era completamente desconhecida. A elaboração deste projeto permitiu-me ter uma perspectiva holística do conceito de conforto, levando-me a compreender a sua importância, numa população altamente vulnerável, como a criança e sua família.

Atualmente vivemos num ambiente predominantemente tecnológico e tecnicista, que visa os resultados e os fins económicos, descurando-se por vezes a humanização e as necessidades individuais, nomeadamente de conforto. Porém, parafraseando Pacheco (2004, p.46) “... por mais sofisticadas, completas e eficazes que sejam as tecnologias, elas nunca poderão substituir os cuidados prestados por um ser humano a outro ser humano, uma vez que certamente se limitarão aos aspectos biológicos.”

Ao longo destas experiências a minha atuação centrou-se na identificação das necessidades de conforto, nos diferentes contextos, de forma a prestar cuidados de enfermagem holísticos, fortalecedores e satisfatórios, quer para o utente pediátrico e sua família, quer para as equipas de enfermagem (KOLCABA & DIMARCO, 2005). Foram identificadas necessidades de conforto nos diferentes contextos, sendo as mais prementes as relacionadas com o contexto físico.

Foram concebidas intervenções de enfermagem atendendo às necessidades individuais, ou seja, adaptadas ao grau cultural, de desenvolvimento e crescimento do RN e família. Estas intervenções, entre outras, tiveram como objetivo minimizar o *stress* e a dor, aumentar o bem-estar e facilitar a segurança das relações parentais.

Como dificuldades tenho a apontar a inexistência de uma escala de conforto traduzida para Português e adequada ao RN, o que facilitaria a implementação e

fundamentação das medidas de conforto realizadas, assim como a avaliação da sua eficácia, o que deixo como sugestão para trabalhos futuros.

A minha forma de estar, ser e agir foram moldadas por cada contexto de estágio realizado e por cada experiência passada, acreditando que o inverso também ocorreu, o que me tornou indubitavelmente melhor pessoa e melhor profissional.

Findo este percurso de formação, estou apta a contextualizar as aprendizagens realizadas, na prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança e família, assumindo-me como referência para a equipa de enfermagem no local onde trabalho.

Nota: este Relatório foi redigido ao abrigo do Novo Acordo Ortográfico.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS

- ABRANTES, Margarida (2012). **Dados estatísticos da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do CHLN / EPE, HSM – Relatório do ano de 2011**. Lisboa.
- ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE (2008). **Urgência Pediátrica Integrada do Porto. A construção do projecto**. Porto: ARSN.
- ACADEMIA DAS CIÊNCIAS DE LISBOA. Instituto de Lexicologia e Lexicografia (2001). **Dicionário da língua portuguesa contemporânea**. Lisboa: Editorial verbo.
- ALS, Heidelise (2009). Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP): New frontier for neonatal and perinatal medicin. **Journal of Neonatal-Perinatal Medicine** , 2, pp. 135-147.
- ALS, Heidelise & BUTLER, Samantha (2008). Individualized developmental care improves the lives of infants born preterm. **Acta Pædiatrica** , 97, pp. 1173–117.
- ALS, Heidelise & GILKERSON, Linda (1997). Apoio na área do desenvolvimento em cuidados intensivos neonatais. **Acta pediátrica portuguesa** , 28(2), pp. 165-172.
- ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE (2008) **Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008**. Lisboa: Alto Comissariado para a Saúde, 2009. ISBN 978-989-96263-0-0.
- ANAUT, Marie (2005). **A resiliência, ultrapassar os traumatismos**. Lisboa. Climepsi Editores PC. ISBN: 9789727961436.
- APÓSTOLO, João (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. **Revista de Enfermagem Referência**, II(9), pp. 61-67.
- BATALHA, Luis (2010). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. **Revista de Enfermagem Referência** , III(2), pp. 73-80.
- BENNER, Patrícia (2001). **De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Coimbra: Quarteto. ISBN 972-8535-97-X.
- BOND, Cherry & WARREN, Inga (2004). **Guidelines for infant development in the newborn nursery** (4ª ed.). Londres.
- BOTTORFF, Joan (1991). The Lived Experience of Being Comforted by a Nurse.
- CASEY, Anne (1993). Development and Use of Partnership Model of Nursing Care . In GLASTER, A. & TUCHER A. **Advances in Child Health Nursing** (p. 193). London.

- CORREIA, Maria da Conceição (2009). A observação participante enquanto técnica de investigação. **Pensar Enfermagem**. 13 (2).
- COUGHLIN, Mary; GIBBINS, Sharyn & Hoath, Steven (2009). Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. **Journal of advanced nursing**.
- DECRETO-LEI nº 161/96. **D.R. I Série-A**. 205 (1996-09-04) 2959-2962.
- DIAS, José Manuel (2004). **Formadores: que desempenho?** Loures: Lusociência
- DOMENICI, Chiara et al (2009). Drug addiction during pregnancy: correlations between the placental health and the newborn's outcome - elaboration of a predictive score. **The Official Journal of the International Society of Gynecological Endocrinology**, 25(12), 786-792
- ELIAS, Carmen et al (2009). **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso. Método Mãe Canguru**. (2ª ed.). Ministério da Saúde, Brasil; Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica da Saúde da Criança. Brasília. ISBN 85-334-0489-1.
- FERNANDES, Ananda (2010). **The efficacy of kangaroo mother care, sucrose and pacifier to reduce responses of preterm infants to procedural pain**. Lisboa. Tese de Doutoramento apresentada na Universidade de Lisboa.
- FORTIN, Marie-Fabienne (2009). **Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação**. Lusodidacta. ISBN 9789898075185.
- FLOYD, Anne Marie (2005). Challenging designs of neonatal intensive care units. **Critical Care Nurse** , 25(5), pp. 59-65.
- GATTI, Maria Fernanda & LEÃO, Eliseth (2004). O Papel Diferenciado do Enfermeiro em Serviço de Emergência: a identificação de prioridades de atendimento. **Nursing** , 13(7), pp. 24-29.
- GIBSON, Faith; FLETCHER, Margaret & CASEY, Anne (2003). Classifying general and specialist children's nursing competencies. **Journal of Advanced Nursing** , 44 (6), pp. 591 – 602.
- GOLDBERG-HAMBLIN, Sara et al. (2007). Early Intervention in Neonatal Nurseries: The Promising Practice of Developmental Care. **Infant & Young Children: An Interdisciplinary Journal of Special Care Practices** , 20(2), pp. 163-171.
- GONÇALVES, Susana et al (2005). **Manual de formação pedagógica inicial de formadores**. Versão 3. NHK-Formação e Novas Tecnologias, Unipessoal, Lda

- HAYES, Catherine (2010). Cerebral palsy: classification, diagnosis and challenges of care. **British Journal Of Nursing**, 19(6), pp. 368-373.
- HARRISSON, Toddi M. (2010). Family.Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. **Journal of Pediatric Nursing**, 25, pp. 335-343.
- HESBEEN, Walter (2000). **Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa prespectiva de Cuidar**. Loures: Lusociência. ISBN 9728383118.
- HOCKENBERRY, Marilyn (2006). **Wong, Fundamentos de enfermagem pediátrica** (7ª ed.). Brasil: Elsevier.
- HOSPITAL SANTA MARIA (1998). **Manual de triagem**. HSM.
- HOSPITAL SANTA MARIA (2012). Dados estatísticos da Evolução Anual da Actividade Assistencial do SUP, para 201. Intranet, HSM.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA, I.P. (2001) – **Censos 2001: Resultados definitivos Lisboa**. Lisboa: INE.
- JASPER, Melanie (2003). **Beginning Reflective Practice – Foundations in Nursing and Health Care**. Nelson Thornes. Cheltenham.
- JORGE, Ana (2004). **Família e hospitalização da criança: (Re)pensar o cuidar em enfermagem**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-79-7.
- KENNER, Carole & MCGRATH, Jacqueline (2010). Developmental Care of Newborns & Infants: A Guide for Health Professionals (2ª ed.). **National Association of Neonatal Nurses**.
- KOLCABA, Katharine (1994). A Theory of Holistic Comfort for Nursing. **Journal of Advanced Nursing**, 19, pp. 1178-1184.
- KOLCABA, Katharine & DIMARCO, Marguerite (2005). Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing . **Pediatric Nursing**, 31(3), pp. 187-194.
- LAGO, Paola et al. (2009). Guidelines for procedural pain in the newborn. **Acta Pediatrica** , 98, pp. 932-939.
- LEE, Polly (1998). An analysis and evaluation of Casey's conceptual framework. **International Journal of Nursing Studies**, 35, pp. 204-209.
- LIU, W. et al (2007). The Development of Potentially Better Practices to Support the Neurodevelopment of Infants in the NICU. **Journal of Perinatology** , 27, pp. 48-74.

- MAGUIRE, Celeste et al (2008). Effects of Basic Developmental Care on Neonatal Morbidity, Neuromotor Development, and Growth at Term Age of Infants Who Were Born at <32 Weeks. **Pediatrics**, 121, pp. 239-245.
- MANOREY, Dianne (2003). Reconizing the potencial effect of stress and trauma on premature infants in the NICU: How are outcomes affected? **Journal of perinatology**, 23, pp. 679-683.
- MARÇAL, Teresa (2006). A ordem tem de alertar os estudantes, suas famílias e os cidadãos para o paradoxo criado pelo processo de Bolonha. **Ordem dos enfermeiros**, 23, pp. 4-7.
- MARTINS, Catarina & FRANCO, Maria Paula (2004). O papel formativo do enfermeiro especialista. **Revista Nursing**, 192, 6-9.
- MORASH, Donna & FOWLER, Kirsten (2004). An evidence-based approach to changing practice: Using sucrose for Infant Analgesia. In: **Journal of Pediatric Nursing**, (19)5. pp. 366 – 370.
- MORSE, Janice (2000). On Comfort and Comforting. **AJN**, 100(9), pp. 34-38.
- MORSE, Janice; BOTTORFF, Joan & HUTCHINSON, Sally (1994). The phenomenology of confort. **Journal of Advanced Nursing**. 20, pp. 189-195.
- NIGHTINGALE, Florence (2005). **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. Loures: Lusociência.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001). **Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). **Caderno Temático. Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistemas de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. Perfil de Competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- PACHECO, Susana (2004). **Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética** (2ª ed). Loures: Lusociência.
- Portaria n.º 273/2009. **D.R. I Série-A**. 54 (18-03-2009). 1712-1720.
- PORTUGAL. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2003). A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/06/2003.

- PORTUGAL. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2004). **Plano nacional de saúde 2004-2010: mais saúde para todos: prioridades**. Lisboa: DGS. 88p. Volume I. ISBN 972-675-109-8.
- PORTUGAL. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2005). **Saúde Infantil e Juvenil: Programa-tipo de Actuação**. Orientações técnicas 12. 2ª Edição. Lisboa: DGS. ISBN 972-675-084-9.
- PORTUGAL. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Lisboa: DGS.
- PORTUGAL. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2011). **Maus tratos em crianças e jovens: guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção**. Lisboa: DGS.
- PORTUGAL. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2011). **Programa Nacional de Vacinação 2012**. Lisboa.
- REID, Tilly & FREER, Yvonne. **Developmentally Focused Nursing Care**. In: BOXWEL, G. (2010) **Neonatal Intensive Care Nursing** (2ª ed., pp. 16-39).
- REYES-ALVARADO, Sirenia et al (2008). Trastorno por estrés postraumático en nacidos prematuros. **An Pediatr** , 69(2), pp. 134-140.
- RUGOLO, Ligia (2005). Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. (S. B. Pediatria, Ed.) **Jornal de Pediatria** , 81(1), pp. 101-110.
- SERRANO, Maria teresa; COSTA, Arminda & Costa Nilza (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s)? **Revista de Enfermagem Referência, III(3)**, pp. 15-23.
- SHERIDAN, Mary (2007). **From Birth to Five Years: Children's Developmental Progress**, 3ª ed. ISBN 978-0-415-42365-6
- SIEFERT Mary Lou (Outubro/Dezembro de 2002). Concept analysis of comfort. **Nursing Forum**, 37 (4), pp. 16-23.
- SILVA, Abel Paiva (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. **Servir**, 55, pp. 11-20.
- SILVA, Ricardo (2006). Cuidados Voltados para o Desenvolvimento do Bebê Pré-Termo. Uma abordagem prática. Disponível em: <http://www.procuidados.com.br/>. São Paulo.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA. Consensos e Recomendações (2006). Analgesia e sedação no recém-nascido. **Acta Pediátrica Portuguesa**. 37, p. 168-173

- SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA. SECÇÃO DE NEONATOLOGIA (2004). **Consensos em Neonatologia**. Coimbra.
- SOUSA, Fábio (2009). Responsabilidade e Saúde: entre o direito e o dever. **Ordem dos Enfermeiros**.
- TADDIO, Anna et al, (Dezembro de 2010). Reducing the pain of childhood vaccination: an evidence-based clinical practice guideline. **Revista CMAJ** , 182(18), pp. 843-55.
- TAPPEN, Ruth (2005). **Liderança e administração em enfermagem-conceitos e prática**. Loures: Lusociência.
- THOMPSON, Debbie (2005). Utilizing an oral sucrose solution to minimize neonatal pain. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**. 10(1), pp. 3-10.
- TOMEY, Ann & ALLIGOOD, Martha (2004). **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem** (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- TUTTON, Elizabeth & SEERS, Kate (2003). An exploration of the concept of comfort. **Journal Of Clinical Nursing** , 12 (5), pp. 689-696.
- UNICEF & WHO (2004) - **Low Birthweight: Country, regional and global estimates**. UNICEF, New York. ISBN: 92-806-3832-7.
- VANDENBERG, Kathleen (2007). Individualized Developmental Care for High Risk Newborns in the NICU: A practice guideline. **Early Human Development** , 83(7), pp. 433-442.
- WALDEN, Marlene; SUDIA-ROBINSON, Tanya & CARRIER, Carol (2001). Comfort Care for Infants in the Neonatal Intensive Care Unit at End of Live. **Newborn and Infant Nursing Reviews**, 1(2), pp. 97-105.
- WATSON, Jean (2002). **Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem**. Loures: Lusociência.
- WESTRUP, Björn (2005). Newborn Individualized Developmental Care and assessment Program (NIDCAP): Family-centered Developmentally Supportive Care. **NeoReviews**, 6(3), pp. 115-121.

ANEXOS

ANEXO I

Cronograma de estágio

Cronograma de Estágio

Ano		2011												2012										
Meses		Outubro					Novembro				Dezembro			Janeiro					Fevereiro				Mar	
Dias		03	10	17	24	31	07	14	21	28	05	12	19	26	02	09	16	23	30	06	13	20	27	05
		07	14	21	28	04	11	18	25	02	09	16	23	30	06	13	20	27	03	10	17	24	02	09
CAMPOS DE ESTÁGIO	UP HSM											Férias de Natal									Elaboaração e Apresentação do Relatório			
	CS Lumiar																							
	Pediatria 6 - HSM																							
	UCIN HSFx																							
	UCIN HSM																							

SUP HSM – Serviço de Urgência Pediátrica Hospital Santa Maria

UCIN HSFx – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais Hospital São Francisco Xavier

P 6 HSM – Pediatria Piso 6, Hospital Santa Maria (Unidade Pluridisciplinar Assistencial, Hematologia, Neurologia, Metabólicas e Endócrinas)

CS Lumiar – Centro Saúde Lumiar

UCIN HSM – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais Hospital Santa Maria

Caracterização da UCIN do HSM

A UCIN do HSM foi inaugurada em 1955 e desde aí tem sofrido algumas alterações na sua estrutura física e organizacional, quer a nível dos recursos materiais, com a aquisição de mais e melhores equipamentos, quer a nível das técnicas realizadas e relativamente à preocupação dos profissionais quanto à humanização dos cuidados prestados ao RN/família. No entanto, as alterações físicas não têm acompanhado a evolução dos tempos, pelo que o espaço físico da UCIN do HSM é desatualizado e inadequado às necessidades do RN.

Os profissionais desta unidade procuram dar resposta em termos de cuidados diferenciados de saúde a 22 RN até aos 28 dias de vida, abrangendo a Unidade Setentrional A da Sub-Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, e outras regiões, sobretudo a região Sul.

Este serviço tem como objetivos gerais:

- Cuidar dos RN prematuros ou com patologia médica ou cirúrgica;
- Apoiar os pais e família dos RN, em situação de crise e encaminhando para as diferentes especialidades de saúde de acordo com as suas necessidades/ dificuldades;
- Procurar a colaboração integrada de uma vasta equipa multidisciplinar para a prestação de cuidados ao RN;
- Apoiar os Pais na transição para o domicílio, promovendo a sua integração e autonomia nos cuidados ao bebé;
- Assegurar a continuidade de cuidados após a alta.

Como unidade polivalente, do ponto de vista da multiplicidade de situações que assiste e dos cuidados que presta, admite RN com as mais variadas situações, sendo as causas mais frequentes de internamento (cerca de 400 internamentos/ano) a prematuridade (cerca de 45% dos internamentos), síndrome de dificuldade respiratória, hiperbilirrubinémia, malformações, infeção ou risco infeccioso, isoimunização Rh ou AB0, asfixia neonatal, síndrome de abstinência e cardiopatia congénita (ABRANTES, 2012). Atualmente é também uma das Unidades de referência para o tratamento por hipotermia nos bebés com encefalopatia hipóxico-isquémica.

Quanto à estrutura física, a UCIN do HSM tem forma de U, em *open space*. Na ala da direita estão os cuidados intermédios, na ala da esquerda os cuidados intensivos e na zona central a área comum, onde se encontram e preparam as terapêuticas (em câmara

de fluxo laminar) e se elaboram os registos. Existe ainda uma sala independente, que se denomina pré-saída. As vagas distribuem-se da seguinte forma:

- Unidade de Cuidados Intensivos – com uma lotação de 8 incubadoras, onde são admitidos RN em estado crítico, diretamente da Sala de Partos, transportados pelo INEM e do SUP, que necessitem de vigilância contínua e/ou ventilação mecânica.
- Unidade de Cuidados Intermédios – com uma lotação de 8 berços/incubadoras, esta unidade está destinada a receber o recém-nascido proveniente da Unidade de Cuidados Intensivos, da Sala de Partos e do SUP e que se encontra hemodinamicamente mais estável e com autonomia respiratória.
- Sala de Pré-Saída – com lotação para 4 berços, que se destinam a bebés em fase de pré-alta, para aquisição de autonomia alimentar e para ganho ponderal.

A equipa multidisciplinar que exerce funções na UCIN é constituída pela equipa de enfermagem (38 enfermeiros), equipa médica (director de serviço e duas equipas constituídas por 4 médicos neonatologistas, cada) e assistentes operacionais (12). Tem ainda o apoio de um administrativo, uma psicóloga, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta da fala e dietista.

O método de trabalho de enfermagem é o de equipa, encontrando-se atualmente a ser implementado o método do enfermeiro de referência. De acordo com Tappen (2005), nesta metodologia o enfermeiro é o responsável pelo doente, avalia as necessidades e organiza, executa e controla os cuidados. A principal desvantagem desta metodologia é que nem todos os enfermeiros se sentem preparados para a responsabilidade e autonomia que este método acarreta (TAPPEN, 2005).

A Filosofia de cuidados preconizada é de parceria e centrada na família. Nesta filosofia de cuidados, a família é envolvida, por toda a equipa multidisciplinar, no planeamento, execução e avaliação dos mesmos, estabelecendo-se relações de parceria com os profissionais e fomentando-se o *empowerment* familiar. Os pais são considerados como parte integrante da equipa terapêutica, sendo envolvidos nos cuidados e na tomada de decisão.

Nesta unidade são desenvolvidos Projectos/ Programas nos quais a participação da equipa de enfermagem é preponderante, nomeadamente o Programa de Visita Domiciliária no âmbito da Unidade Móvel de Apoio Domiciliário, a realização do Rastreio Auditivo Universal e o Programa de Profilaxia do Vírus Sincicial Respiratório.

Considerando esta unidade como local de referência para a formação pós graduada, são recebidos com frequência estágios de alunos da Especialidade de SIP e

Saúde Materna e Obstétrica e enfermeiros de Unidades de Neonatologia de hospitais distritais, para estágios de observação/ actualização.

Relativamente ao ambiente, a unidade é munida de elevada carga de tecnológica, a que inevitavelmente se associam, elevados níveis de intensidade luminosa e de ruído.

A sobrecarga tecnológica, o design arquitectónico, a gravidade de situações clínicas e as particularidades das equipas multidisciplinares que coexistem na UCIN, determinam elevados níveis de stress psíquico e emocional em todos os seus elementos (RN, profissionais e família). Ao RN e família, há ainda que acrescentar, os aspectos afectivos e sociais de que muitas vezes são privados pela barreira física da incubadora, para além de que, a concentração das unidades especializadas nos grandes centros implica frequentemente um afastamento/isolamento da restante família.

A salubridade ambiental e as preocupações com o risco de infecção inerente favorecem, também, alguns constrangimentos em termos de restrição de quem e como se circula neste espaço. As visitas e a sua interacção com os RN são restritas e envolvem regras (mais ou menos rígidas), que muitas vezes limitam a interacção socioafectiva dos bebés com a família. Nesta unidade, durante o inverno, apenas é permitida a visita de 1 pessoa por dia, com a duração de 5 minutos.

ANEXO III

Cuidados para o Desenvolvimento

Cuidados para o Desenvolvimento

Alterações nas práticas da UCIN	Práticas de Enfermagem
1. Redução das luzes e do som. • Usar luz natural, sempre que possível; • Tapar as incubadoras com capas. 2. Concentração de Cuidados Procedimentos regulares e necessários (ex. alimentação e mudança de fraldas) são realizados em simultâneo de maneira a que o RN tenha um período maior de sono e descanso. 3. Cuidados de enfermagem Cada RN deve ser atribuído a uma equipa de enfermeiros, que o devem acompanhar ao longo do internamento. 4. Práticas e políticas da UCIN consistentes com a filosofia dos cuidados centrados na família. • Incluir os pais nos cuidados; • Aumentar as visitas; • Manter atmosfera quente e confortável; • Treino precoce para a alta.	1. Posicionamento em flexão • Pernas flectidas até meio do corpo (durante o sono); • Usar rolos, cobertores ou panos soltos, para atingir a flexão. 2. Avaliação / compreensão das competências e do estado da criança • Cuidador observa a expressão facial e alterações motoras da criança para compreender se apresenta sinais de stress ou se está calma; • Observar de que forma o RN se auto regula em momentos de stress. 3. Redução da sob estimulação e do stress do RN • Reduzir o movimento, as luzes e o ruído; • Ajudar a criança a manter os membros em flexão e ou chupar chupeta ou mãos para se auto-regular. 4. Proporcionar interacções adequadas durante períodos de tranquilidade • Manter contacto com olhos nos olhos, toque suave e comunicação respeitosa com o RN, quando o ele estiver capaz de interagir.

Fonte: Adaptado de: Goldberg-Hamblin et al. (2007, p. 165)

ANEXO IV

Pressupostos da Teoria do Conforto

Pressupostos da Teoria do Conforto

1. Os enfermeiros identificam as necessidades de conforto das crianças / famílias que não foram identificadas pelos sistemas de apoio existentes;
2. Os enfermeiros desenham intervenções para atender às necessidades identificadas;
3. As variáveis intervenientes são tomadas em consideração na conceção das intervenções e determinam a sua probabilidade de sucesso;
4. Se a intervenção é eficaz e realizada de forma carinhosa, o resultado imediato de conforto aumentado é alcançado;
5. Crianças / famílias e enfermeiros concordam com os “comportamentos de procura de saúde” oportunos e exequíveis;
6. Quando o conforto é alcançado as crianças / famílias, ficam fortalecidas para se envolverem nos “comportamentos de procura de saúde”, o que reforçará ainda mais o conforto.
7. Quando as crianças / famílias se envolvem em “comportamentos de procura de saúde”, como resultado por terem sido fortalecidas pelo aumento do seu conforto, enfermeiros e pacientes demonstram maior satisfação com os cuidados e melhor saúde.
8. Quando as crianças / famílias e enfermeiros estão satisfeitos com os cuidados de saúde de uma determinada instituição, o reconhecimento público sobre os contributos desta instituição à saúde vai permitir que as instituições permaneçam viáveis e a florescer.
9. Um ambiente de trabalho profissional produz melhores resultados aos pacientes e a nível institucional.

ANEXO V

Checklist de Comportamentos de Conforto

Comfort Behaviors Checklist

How is the child acting right now? Please circle best response.

NA = sleeping, or not appropriate for this child because of diagnosis or age.

(For example, if child is sleeping, questions 3-5 are circled NA.)

1. awake	0	1	2	3	4
2. moaning	0	1	2	3	4
3. complaining	0	1	2	3	4
4. content sounds/talk	0	1	2	3	4
5. crying/shouting	0	1	2	3	4
6. peaceful	0	1	2	3	4
7. agitated	0	1	2	3	4
8. rapid pacing	0	1	2	3	4
9. fidgety	0	1	2	3	4
10. muscles relaxed	0	1	2	3	4
11. rubbing an area	0	1	2	3	4
12. guarding	0	1	2	3	4
13. anxious movements	0	1	2	3	4
14. accepts kindness	0	1	2	3	4
15. likes touch/hand holding	0	1	2	3	4
16. able to rest	0	1	2	3	4
17. able to eat	0	1	2	3	4
18. calm, at ease	0	1	2	3	4
19. purposeful movements	0	1	2	3	4
20. tries to move away	0	1	2	3	4
21. appears depressed	0	1	2	3	4
22. grimaces/winces	0	1	2	3	4
23. relaxed expression	0	1	2	3	4
24. hyper-vigilant	0	1	2	3	4
25. appears frightened or worried	0	1	2	3	4
26. smiles	0	1	2	3	4
27. unusual breathing	0	1	2	3	4
28. focuses mentally	0	1	2	3	4
29. able to converse	0	1	2	3	4
30. awakens smoothly	0	1	2	3	4

NA = sleeping or not appropriate for this child because of diagnosis or age.
(For example, if child is sleeping questions 3-5 are circled NA.)

(Continua na próxima página)

If this is the only comfort/pain instrument being used, ask the child:

31. Do you have any pain? No Yes [Please rate your pain from 0 to 10, with 10 being the highest possible pain]. (rating)

32. Taking everything into consideration, how comfortable are you right now? [Please rate your total comfort from 1 to 10, with 10 being the highest possible comfort.] (rating)

Note: Adapted by K. Kolcaba from Volicer, L. (1988). Management of advanced Alzheimer's dementia/The comfort checklist. In Volicer et al.'s (Eds.), Clinical management of Alzheimer's disease. Rockville, MD: Aspen Publications.

(Allow open-ended information)

(change in medication use, recent injury, recent decline in functional status, staff reports of comfort/discomfort, changes in appetite, ambulation, etc.)

Scoring of the Behaviors Checklist

1. Subtract number of "not appropriate" (NA) from 30, to obtain total answered.
2. Multiply total answered (step 1) by 4, to obtain total possible score.
3. Reverse code: numbers 2, 3, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 20, 21, 22, 24, 25, 27 to obtain raw comfort responses.
4. Add raw comfort responses (step 3) for all questions not marked NA, to obtain raw comfort score.
5. Divide actual comfort score (step 4) by total possible score (step 2) and round to two decimal places. (If the third decimal place is a 5 or greater, round the second decimal place up to the next number.)
6. Report score as a 2-digit number (percent without the % sign or decimal). Higher scores indicate higher Comfort.

From: Kolcaba, K. (1997). The comfort line. Retrieved from www.uakron.edu/comfort/.

ANEXO VI

Subsistemas da Teoria Síncrono activa do desenvolvimento - Heidelise Al

Subsistema autónomo

É o primeiro a aparecer durante o desenvolvimento fetal e compreende as funções neurovegetativas. Através dele, qualquer que seja a IG, podem ser observados diferentes parâmetros que podem reflectir a estabilidade e organização do bebé: padrão respiratório, ritmo cardíaco, cor e aspecto da pele e sinais viscerais (náusea, salivação, soluços, regurgitação e movimentos peristálticos).

Subsistema motor

Caracterizado pela postura, tónus muscular, movimentos e actividade.

Subsistema de organização dos estados

Pode ser observado através da capacidade do bebé atingir uma variedade de estados de consciência, do sono ao alerta, considerando-se também as transições entre os estados.

Subsistema de atenção/interacção social

Exemplificado pela capacidade de manter atenção e de interacção com o meio. À medida que o bebé vai ganhando maturidade vai adquirindo maior capacidade de responder de forma organizada aos estímulos.

Subsistema regulador

Engloba as estratégias desenvolvidas pelo bebé para alcançar a homeostasia na organização dos subsistemas. A capacidade de uma auto-regulação competente vai aumentando com a maturidade do bebé.

Fonte: Adaptado de Bond e Warren (2004)

ANEXO VII

Exemplos de comportamentos defensivos e/ou de evitamento e de aproximação

Exemplos de comportamentos defensivos e/ou de evitamento

Respiração irregular, lenta ou rápida e com pausas
Alteração da coloração (palidez, tom marmoreado, pletórico, entre outros)
Tremores
Sustos
Movimentos bruscos
Sinais viscerais (suspirar, engasgar, soluços, entre outros)
Flacidez de braços e pernas ou tronco
Comportamento de extensão de todo o corpo, contorcimento ou arqueamento
Frequente extensão da língua
Olhar pasmo, caretas
Afastamento de dedos ou mãos cerradas
Saudação, extensão de pernas “sentado no ar”, extensão de braços “asa de avião”
Choramingo
Bocejos e espirros frequentes
Flutuação do olhar, sem fixação ocular, frequente desvio do olhar
FC <120 ou >160 bpm
FR < 40 ou > 60 cpm
Saturação de oxigênio <90%

Fonte: Adaptado de Silva (2006), Bond e Warren (2004)

Exemplos de comportamentos de aproximação

SINAIS DE APROXIMAÇÃO
• Estabilidade hemodinâmica • Coloração da pele rosada • Mãos na face, mãos na boca • Movimentos bocais • Busca de sucção e secção efectiva • Agarrar, segurar • Semi-flexão de braços, pernas e tronco • Movimentos suaves de braços, pernas e tronco

Fonte: Adaptado de Silva (2006)

ANEXO VIII

Caracterização do Serviço de Urgência Pediátrica do HSM

Caracterização do serviço de Urgência Pediátrica

O SUP do Hospital de Santa Maria iniciou funções no ano de 1961, em instalações provisórias. Apenas desde 1979 utiliza o actual espaço físico situado no Piso 2 do HSM. Neste serviço são admitidas crianças até aos dezassete anos menos um dia, assim como o utente pediátrico com mais de 17 anos portador de doença crónica e seguido na consulta de pediatria da instituição.

Este serviço dá cobertura à Unidade de Saúde Setentrional A, abrangendo as freguesias do Lumiar, Alvalade, Bucelas, Caneças, Famões, Fanhões, Frielas, Loures, Lousã, Odivelas, Olival de Basto, Pontinha, Póvoa de Santo Adrião, Póvoa de São Julião do Tojal, Santo Antão do Tojal e Santo António dos Cavaleiros. Dá também apoio a hospitais da Zona Centro-Sul, nomeadamente, Caldas da Rainha, Santarém, Torres Novas, Setúbal, Beja, Évora, Faro e Portimão.

A 7 de Dezembro de 2000 terminaram as obras de remodelação e beneficiação deste serviço, estruturando-se fisicamente da seguinte forma:

- **Sala de Triagem;**
- **Sala de Tratamentos;**
- **Serviço de Observação de Pediatria;**
- **Sala de Reanimação;**
- **Sala de Aerossóis e Arrefecimento;**

Ao SUP recorrem essencialmente crianças com três tipos de situações:

- Em situação considerada de extrema urgência (com perigo para a vida, necessitando de cuidados imediatos);
- Em situação de alguma gravidade, urgências simples ou grande desconforto físico (existência de sintomatologia de aparecimento súbito ou de agravamento recente);
- Em situação não urgente, casos mais benignos, de aparecimento recente, que poderiam ser resolvidos nos cuidados de saúde primários.

Os motivos de acesso ao SUP são frequentemente a hipertermia; as síndromes de dificuldade respiratória; a asma brônquica; os vómitos; a diarreia; a odinofagia; a otalgia; a deglutição/introdução de corpo estranho; o choro persistente no RN; a cefaleia, a abdominalgia, o traumatismo craniano; as erupções cutâneas e as situações de anafilaxia. Para além destes, recorrem também ao SUP crianças com crises convulsivas; sépsis, paragem cardiorespiratória, intoxicações, entre muitas outras. De referir que as situações

traumatológicas, com excepção dos traumatismos cranianos, dão entrada pela Urgência de Adultos, de forma a beneficiarem do apoio da Ortopedia, Pequena Cirurgia e Exames Complementares de Diagnóstico.

Durante o ano de 2011 foram atendidas 39.087 crianças, numa média diária de 129 crianças, das quais 3,51 % ficaram internadas (Dados estatísticos da Evolução Anual da Actividade Assistencial do SUP, para 2011 – intranet, HSM). Estes dados revelam que existe uma grande desproporção entre o atendimento no SUP e o número de internamentos, o que é indicador de um recurso injustificado e ainda uma deficiente articulação e informação entre as várias áreas de prestação de cuidados.

A equipa de enfermagem é dotada de 46 enfermeiros e é comum ao SUP e à Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, funcionando em esquema de rotatividade.

O horário praticado pelos enfermeiros é o de 35/40 e 42 horas semanais. O método de trabalho em vigor é o individual. Os postos de trabalho estão assegurados da seguinte forma: Sala de triagem – um/dois Enfermeiro, Sala de tratamentos e sala de reanimação – um Enfermeiro, Serviço de Observação Pediátrico – um/dois enfermeiros, num total de 5 enfermeiros nos turnos da manhã e tarde e 4 enfermeiros no turno da noite.

Todo o processo clínico encontra-se informatizado através do sistema de informação ALERT - ER[®], que é uma ferramenta operacional para todos os ambientes de prestação de cuidados de saúde e para todos os profissionais da área da saúde, com a capacidade amplamente demonstrada de produzir ambientes totalmente isentos de papel.

A filosofia institucional para a actividade assistencial pediátrica preconizada é a centrada na criança e família. Ao longo do atendimento no SUP a criança pode ser acompanhada por um familiar ou pessoa significativa, ficando os restantes na sala de espera. No caso de internamento no Serviço de Observação Pediátrica é incentivada a permanência de ambos os pais e/ou pessoa significativa junto do seu filho até 23 horas. O acompanhante pode ser substituído por um outro familiar, com idade igual ou superior a 18 anos. À noite é permitida apenas a presença de um dos pais, exceptuando alguns casos pontuais.

Circuito percorrido pela criança do internamento à transferência/alta clínica

A **Sala de Triagem** do SUP funciona desde Maio de 1999. Esta constitui o primeiro contacto entre técnicos de saúde e crianças/famílias após admissão administrativa no serviço e consiste na observação e avaliação rápida da criança/adolescente,

determinação do grau de gravidade da situação e estabelecimento de prioridades. Na Urgência o enfermeiro é o responsável pela triagem avançada⁴, tendo como base um protocolo, próprio do serviço, de orientações de apoio à decisão - “Manual de Triagem do SUP”.

A criança em situação clínica instável, perigo de vida ou acompanhada pelos bombeiros/Instituto Nacional de Emergência Médica/Centro de Orientação de Doentes Urgentes, ou por profissionais de outras instituições, entra directamente no SUP, enquanto é realizada a inscrição, habitualmente por um dos familiares.

A criança politraumatizada ou vítima de trauma *minor*, mas com ferida aberta, dá entrada no Serviço de Urgência Central, onde é realizada a triagem de Manchester. Após observação médica pela ortopedia e/ou cirurgia e realização dos meios complementares de diagnóstico necessários é encaminhada para o SUP, onde é observado pelo enfermeiro da sala de triagem que o encaminha para os gabinetes de observação médica.

O utente pediátrico oriundo do Serviço de Urgência Básica de Santo António dos Cavaleiros recorre ao SUP com triagem de Manchester efectuada, não havendo necessidade de nova inscrição nos serviços de saúde. Vem para observação por pediatra, realização de meios complementares de diagnóstico e tratamento, seja por situação clínica instável ou esclarecimento de diagnóstico.

Após triagem a criança é encaminhada para os diferentes sectores do serviço/instituição (Sala de tratamentos, Sala de aerossóis, Serviço de Observação Pediátrica, Serviço de internamento ou Unidade de Cuidados intensivos Pediátricos), de acordo com o estado clínico e protocolo de triagem, de forma a garantir a segurança/qualidade dos cuidados.

Na **Sala de Tratamentos** é possível preparar e administrar terapêutica prescrita, colher produtos biológicos para análise, proceder à avaliação de sinais vitais, administrar oxigénio, preparar, encaminhar ou realizar exames complementares de diagnóstico, aspirar secreções, preparar o internamento, proceder a punções venosas, entre outros.

A **Sala de Aerossóis** é um pequeno espaço físico com nove rampas de oxigénio e de vácuo. É uma sala polivalente, especialmente destinada à administração de terapêutica inalatória, porém, também usada como sala de acompanhamento e vigilância de crianças, nomeadamente para controlo de hipertermia e de desidratações ligeiras.

⁴ Triagem avançada “é executada por enfermeiros especialistas que além de determinar as necessidades de atendimento, inicia técnicas de diagnóstico e encaminha para o local de atendimento adequado” (HSM, 1998, p. 9)

Na **Sala de Reanimação** dão entrada crianças em risco de vida, o que obriga à atuação imediata e adequada da equipa de saúde. Aqui são realizadas reanimação e estabilização da criança/adolescente gravemente doentes, procedendo-se posteriormente ao encaminhamento para a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos ou para outro serviço de internamento de pediatria. As situações mais frequentes são as convulsões, paragens cardiorespiratórias, sépsis, desidratações graves, choques hipovolémicos, aspiração de vómito e intoxicações.

O **Serviço de Observação de Pediatria** tem capacidade para seis utentes. Este constitui um espaço onde crianças/adolescentes permanecem para estabilização do quadro clínico ou esclarecimento de diagnóstico, em média entre vinte e quatro a quarenta e oito horas, sendo posteriormente transferidos para um serviço de internamento, se necessário. As crianças que aqui acedem provêm da Sala de Reanimação, da Sala de tratamentos, ou directamente de outros serviços ou instituições. Caso o quadro clínico se agudize, as crianças/adolescentes poderão ser transferidos para a Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. As situações clínicas mais frequentes são os politraumatismos, os traumatismos craneoencefálicos, pós-operatórios de pequenas cirurgias, intoxicações, bronquiolites, síndromes de dificuldade respiratória, gastroenterites, vômitos incoercíveis, desidratações moderadas a graves, convulsões, e vigilância após realização de exames complementares de diagnóstico.

Caracterização da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizado do Lumiar

Em Março de 2009 (Portaria n.º 276 /2009, de 18 de Março) foi criado o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Lisboa Norte, que abrange a zona norte da cidade de Lisboa, nomeadamente as freguesias de Alvalade, Ameixoeira, Benfica, Campo Grande, Campolide, Carnide, Charneca, Lumiar, São Domingos de Benfica, São João de Brito e parte da freguesia de Nossa Senhora de Fátima, agregando várias unidades funcionais, que integram os centros de saúde de Alvalade, Benfica, Lumiar e Sete Rios.

O ACES Lisboa Norte abrange uma área geográfica de 34,91 Km² e segundo o Censos de 2001, estas freguesias têm uma população residente de 217.316 indivíduos. Em Maio de 2011 encontravam-se inscritos 270.521 utentes, com grande percentagem de utentes fora de área (Instituto Nacional de Estatística, 2001).

Este agrupamento tem por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários aos residentes da sua área geográfica, tendo como atribuições, a promoção e a protecção da saúde, a prevenção da doença e a prestação de cuidados na doença, constituindo a primeira linha de actuação do Serviço Nacional de Saúde e garantindo a continuidade dos cuidados sempre que exista necessidade de recursos a cuidados especializados ou outros serviços.

Os Centros de saúde de Alvalade, Benfica e Lumiar referenciam os seus utentes (para consultas, internamentos e urgências) para o CHLN (Hospital de Santa Maria e Pulido Valente).

O CS do Lumiar é constituído pela UCSPL, UCSP da Charneca, UCSP do Alto do Lumiar e a Unidade de Saúde Familiar das Conchas. A sua sede situa-se num prédio de sete andares, na Alameda das Linhas de Torres nº 243, 1750-144, na freguesia do Lumiar, distrito de Lisboa e tem integrado a UCSP do Lumiar e a Unidade de Saúde Familiar das Conchas.

Na UCSPL trabalham 27 enfermeiros, 17 médicos, 10 assistentes operacionais e mais 22 elementos de outras valências.

De acordo com o Diário da República de 18 de Março de 2009, esta unidade tem inscritos 82 455 utentes e destes 16900 são crianças entre os zero e os dezoito anos de idade, o que corresponde a cerca de 20,5% dos utentes inscritos.

De uma forma geral, a população apresenta características socioculturais bastante heterogéneas, constituindo-se por um número significativo de habitantes idosos (frequentemente oriundos de outras regiões nacionais), de população de etnia cigana e de

(um número também significativo) habitantes provenientes dos Países de Língua Oficial Portuguesa. Assim, verifica-se que a multiculturalidade está bem patente nesta área geográfica, pelo que os valores, os hábitos, os estilos de vida e as necessidades de saúde destas populações devem ser entendidos atendendo às diferentes culturas vigentes.

Nesta unidade os enfermeiros utilizam um aplicativo informático, que se denomina de Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) e tem como base fundamental a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). O grande objetivo do SAPE é a informatização de todo o Processo de Enfermagem. A informatização vem alterar a forma de actuar dos enfermeiros nos serviços, deixando de existir a duplicação de informação e a escrita de texto livre, que podem ser passíveis de diversas interpretações, para existir transmissão de informação de forma clara e sem ambiguidades, para além de permitir a obtenção de dados que possam ser “tratados” e apresentados estatisticamente.

A SI e Juvenil encontra-se sediada no 3º piso da sede da UCSPL e engloba um conjunto de atividades de promoção e prevenção da saúde e do bem-estar das crianças e jovens dos zero aos dezoito anos de idade.

Para além da Consulta de Enfermagem de SI, este Departamento desenvolve também atividades na vacinação, no Projeto da Visita Domiciliária a Crianças em Risco, através do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco e no Projeto do Cantinho da Amamentação.

O **Projecto da Visita Domiciliaria a Crianças em Risco** assenta nas orientações do Programa – Tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil no que diz respeito ao apoio das “crianças com necessidades especiais, em situação de risco ou especialmente vulneráveis”, preconizando a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde e o reconhecimento dos pais como primeiros prestadores de cuidados como aspectos primordiais (DGS, 2005). Durante a visita domiciliária, o EESIP avalia aspectos do desenvolvimento e comportamento da criança no seu seio familiar, o que permite a detecção precoce de problemas, prevenindo, assim, situações de maior risco.

Nesta unidade de saúde existem 2 salas de vacinação e o seu funcionamento é garantido por 3 enfermeiras (2 delas acumulam funções com saúde Escolar, visitação domiciliária, entre outras actividades).

O **Programa Nacional de Vacinação (PNV)** é um programa universal, gratuito e acessível a todas as pessoas presentes em Portugal. De acordo com PNV (2012, p. 6)

compete aos profissionais de saúde divulgar o programa, motivar as famílias e aproveitar todas as oportunidades para vacinar as pessoas susceptíveis, nomeadamente através da identificação e aproximação a grupos com menor acessibilidade aos serviços de saúde.

O Sistema de Informação para as Unidades de Saúde (SINUS®), é utilizado desde o ano de 2000, na introdução sistemática e com critérios uniformes, dos dados referentes a todas as doses de vacinas administradas a nível nacional. Este sistema tem como vantagem, o cálculo de coberturas vacinais e a gestão das reservas em tempo real.

ANEXO X

Avaliação do desenvolvimento – Teste de Sheridan

Avaliação do desenvolvimento – Teste de Sheridan

	4 – 6 Semanas	3 Meses	6 Meses
Postura e motricidade global	• Em dorsal tem postura assimétrica - cabeça voltada para um dos lados e membro superior do lado da face em extensão • Quando suspenso em ventral mantém cabeça erecta e membros semi-flectidos • Em ventral tenta levantar a cabeça • Sentado apresenta dorso em arco e mãos fechadas • Reflexo da marcha • Ao tocar no canto da boca procura chuchar	• Em suspensão ventral, cabeça erguida, quadris e ombros estendidos • Em ventral apoia-se nos antebraços • Em decúbito dorsal tem postura simétrica • Tracção pelas mãos, faz força para se levantar, mantém coluna direita e cabeça erecta • De pé flecte os joelhos, não faz apoio • Membros com movimentos ritmados	• Deitado em dorsal levanta a cabeça e estende os braços para ser levantado • Em ventral apoia-se nas mãos • Tracção pelas mãos, faz força para se levantar • Mantém sentado sem apoio • Consegue rebolar de frente para trás (entre os 5-6 meses) • De pé faz apoio
Visão e motricidade fina	• Vira a cabeça em direcção a uma fonte de luz • Segue um brinquedo colorido a uma distância de 15-25 cm (1/4 de círculo - do lado até linha média) • A partir da 3ª sem olha para quem o está a alimentar ou a conversar com ele com um fôco de alerta	• Visualmente muito alerta, interessado na face humana. • Observa por instantes objectos a uma distância de 15 -25 cm • Segue uma bola pendente (1/2 círculo e horizontal) • Segura na roca por momentos e move-a em direcção à face, brinca com as mãos • Converge os olhos quando um brinquedo é movido para a face. • Pestaneio de defesa	• Visualmente incansável, move a cabeça e os olhos em todas as direcções. • Utiliza as duas mãos para alcançar brinquedos de pequenas dimensões. • Transfere objectos de uma mão para a outra • Larga um objecto quando se interessa por outro • Quando um brinquedo cai fora do campo visual, procura vagamente com os olhos e as mãos ou esquece-o de imediato • Boa convergência (estrabismo anormal)
Audição e linguagem	• Assusta-se com ruídos repentinos • Volta os olhos em direcção ao som de uma roca, sineta ou voz a 15 cm do ouvido • Profere pequenos ruídos guturais quando contente • Chora quando está com fome ou desconfortável	• Gira os olhos e / ou cabeça para fonte de som • Chora quando desconfortável ou irritado. • Vocaliza alegremente quando agradoado ou quando está sozinho. • Vocalizações são integradas com sorrisos, contacto visual e gestos com as mãos	• Volta-se de imediato para uma voz familiar • Segue os sons a 45 cm do ouvido • Vocaliza em melodia usando vogais cantadas, com uma ou duas sílabas • Ri-se e dá gargalhadas quando brinca. • Grita em voz alta quando aborrecido.

Comportamentos e adaptação social	• Mama bem • Dorme grande parte do tempo • Expressão ainda vaga, mas tornando-se mais alerta • Sorriso presente às 6 semanas • Mãos normalmente fechadas, mas abrem-se quando se toca na palma. • Pára de chorar quando se pega ao colo ou se conversa com ele.	• Fixa o olhar na face de quem o alimenta (sem piscar os olhos), com o olhar intencionalmente contente. • Antecipação de peito ou biberão, com manifestações de felicidade • Gosta de tomar banho • Sorri	• Muito activo, atento e curioso • Quando se dá algum objecto sonoro, abana deliberadamente para ouvir o som e olha com atenção ao mesmo tempo • Manipula objectos com atenção passando-os de mão em mão • Leva tudo à boca • Ainda amigável com estranhos, mas por vezes tímido • Pode tentar agarrar copos
Sinais de alarme	• Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição de sentado • Hiper ou hipotonicidade na posição de pé • Nunca segue a face humana • Não vira olhos e cabeça para o som (voz humana) • Não se mantêm em situação de alerta, nem por breves períodos	• Não fixa, nem segue objectos • Não sorri • Não há qualquer controlo da cabeça • Mãos sempre fechadas • Membros rígidos em repouso • Sobressalto ao menor ruído • Chora e grita quando se toca • Pobreza de movimentos	• Ausência de controlo da cabeça • Membros inferiores rígidos e passagem directa à posição de pé quando se tenta sentar • Não olha nem pega qualquer objecto • Assimetrias • Não reage aos sons • Não vocaliza • Desinteresse pelo ambiente • Irritabilidade • Estrabismo manifesto e constante

	9 Meses	12 Meses	18 Meses
Postura e motricidade global	• Senta-se sozinho e sem apoio, manipulando brinquedos sem perder o equilíbrio. • Desloca-se rebolando ou rastejando • Põe-se em pé com apoio, mas não consegue baixar-se, caindo para trás com um solavanco	Senta-se no chão por tempo indeterminado. • Gatinha rapidamente sobre o piso • Levanta-se e senta-se com apoio de duas ou uma mão • Anda para a frente e de lado, com apoio de uma ou ambas as mãos • Pode andar sozinho.	• Anda bem • Corre com cuidado e com cabeça na linha mediana • Empurra e puxa brinquedos grandes • Baixa-se para apanhar brinquedos do chão • Gosta de subir para a cadeira dos adultos. Sobe de frente e depois volta-se e senta-se • Sobe e desce escadas com ajuda
Visão e motricidade fina	• Visualmente muito atento • Tem percepção de profundidade • Estica de imediato as mãos para agarrar um brinquedo quando oferecido. • Tem preensão e manipulação • Segura os objectos em posição de pinça • Olha na direcção correcta quando deixa cair um brinquedo (permanência de objecto). • Deixa cair ou atira deliberadamente brinquedos para o chão • Observa actividades de pessoas ou animais.	• Na rua observa por longos períodos o movimento de pessoas, animais ou veículos • Reconhece familiares a aproximarem-se • Deixa cair ou atira deliberadamente brinquedos para o chão e procura-os. • Aponta com o indicador, para os objectos que lhe interessam • Usa as duas mãos livremente, mas pode demonstrar preferência por uma delas. • Interesse visual para perto e longe	• Constrói torre de 3 cubos após demonstração e por vezes espontaneamente • Reconhece pessoas à distância • Tem preferência pelo uso de uma mão • Coloca objectos dentro e fora de recipientes • Gosta de livros com imagens simples e volta várias páginas de cada vez • Faz rabiscos
Audição e linguagem	• Atento a sons comuns, principalmente a voz • Localiza sons suaves a 90 cm acima ou abaixo do nível do ouvido • Balbucia em voz alta, em melodia e em longas cadeias de sílabas repetitivas • Responde pelo nome • Compreende o não e o adeus • Reage à pergunta “onde esta a mama/papá?” olhando em volta	• Localiza sons de qualquer direcção • Responde prontamente ao seu nome • Reconhece melodias familiares e tenta cantá-las • Balbucia em voz alta e incessantemente (jargão). • Segue o olhar de um adulto (atenção visual comum)	• Utiliza 6 a 20 palavras reconhecíveis e compreende muito mais • Exige um objecto desejado, apontando e acompanhando com vocalizações de urgência e verificando se o seu pedido foi notado pelo adulto • Aponta em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz, os pés e os sapatos

Comportamentos e adaptação social	• Atira-se para trás em sinal de resistência ou aborrecimento, protestando vocalmente • Distingue claramente os familiares • Ainda leva tudo à boca. • Oferece comida a pessoas familiares • Após observar um brinquedo a ser escondido por detrás de uma almofada, consegue encontrá-lo. • Segura, morde e mastiga um pequeno pedaço de comida (bolachas).	• Leva menos os objectos à boca • Demonstra afecto pelos familiares • Dá brinquedos ao adulto, mediante pedido e por vezes de forma espontânea. • Demonstra compreensão pelo uso de objectos (escova de cabelo por exemplo) • Bebe bem pelo copo e segura a colher, mas não a usa • Colabora no vestir estendendo o braço para a manga e o pé de para o sapato.	• Explora o ambiente energicamente e com maior compreensão • Nenhum senso de perigo • Já não leva os brinquedos à boca • Lembra-se onde pertencem os objectos • Bebe por um copo, sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos • Segura a colher e leva alimentos à boca • Exige muita atenção • Começa a copiar actividades domesticas • Indica necessidade de ir WC
Sinais de alarme	• Não se senta • Permanece sentado e imóvel sem procurar mudar de posição • Assimetrias • Sem preensão palmar • Não leva objectos à boca • Não reage a sons • Vocalizações pobres ou monótonas • Apático, sem relacionamento com familiares • Engasga-se com facilidade • Estrabismo	• Não aguenta o peso nas pernas • Permanece imóvel, não procurando mudar de posição • Assimetrias • Não pega nos brinquedos ou fá-lo com uma só mão • Não responde à voz • Não brinca, nem estabelece contacto • Não mastiga	• Falta de equilíbrio • Rigidez nos movimentos, ao caminhar ou cruzar as pernas • Não anda • Pouca coordenação

	2 Anos	3 Anos	4 Anos	5 Anos
Postura e motricidade global	• Corre • Sobe e desce escadas com os dois pés no mesmo degrau • Senta-se no triciclo, mas não sabe utilizar os pedais, empurra-se com os pés no chão	• Sobe escadas sozinho, alternando os pés e desce com dois pés em cada degrau • Anda para a frente, para trás e de lado, transportando grandes brinquedos • Conduz triciclos usando os pedais • Chuta a bola com força • Equilíbrio momentâneo num pé	• Sobe e desce escadas alternando os pés • Salta num pé • Apanha objectos do chão dobrando a partir da cintura, com os joelhos estendidos. • Senta-se com os joelhos cruzados	• Caminha facilmente sobre uma linha estreita. • Salta alternadamente num pé • Activo e hábil em escalar, correr, balançar • Salta com pés alternados • Fica num pé 3-5 Seg. com os braços dobrados sobre o tórax
Visão e motricidade fina	• Manipulação de objectos pequenos com precisão • Usa maioritariamente a mão preferida • Constrói uma torre com 6 ou 7 cubos • Gosta de ver livros de imagens, virando as páginas individualmente • Imita rabiscos circulares	• Constrói torres com 9 ou 10 cubos. Com 3 e 1/2 anos constrói uma ou mais pontes de três cubos (por imitação) • Segura o lápis perto da ponta • Copia círculos e letras “V”, “H” e “T” e imita a cruz • Combina duas ou três cores primárias, geralmente vermelho e amarelo, mas pode confundir azul e verde.	• Constrói torres com 10 ou mais cubos e várias pontes de três cubos • Constrói escadas de três degraus, com 6 cubos após demonstração • Copia círculos e cruzes • Combina e nomeia 4 cores primárias	• Constrói 4 degraus, com 10 cubos • Copia a quadrado e o triângulo (5 ½ anos) • Desenha uma pessoa reconhecível com cabeça, tronco, pernas, braços e características • Conta 5 dedos de uma mão • Nomeia 4 cores
Audição e linguagem	• Usa 50 ou mais palavras e reconhece muitas mais • Junta 2 ou mais palavras construindo frases simples e curtas • Refere-se a ele próprio pelo nome e estabelece monólogos, por vezes incompreensíveis para os outros • Nomeia objectos	• Diz o nome completo e o sexo e por vezes diz a idade • Vocabulário extenso, mas por vezes pouco compreensível por estranhos. • Defeitos de articulação e imaturidade na linguagem • Mantêm longos monólogos	• Diz o nome completo, o sexo, a idade e por vezes a morada • Linguagem gramaticalmente correcta e compreensível mostra apenas algumas substituições imaturas • Idade dos porquês	• Diz o nome completo, o sexo, a idade e a morada • Linguagem fluente e gramaticalmente correcta. Pode haver confusão em alguns sons • Compreende conceitos de tempo e de sequência e usa termos como primeiro e último

Comportamentos e adaptação social	• Segue os pais e imita tarefas domésticas • Pouca compreensão dos perigos comuns • Exige constantemente atenção • Birras quando frustrado • Brinca perto de outras crianças, mas não com elas • Usa bem a colher • Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar • Põe o chapéu e os sapatos • Geralmente avisa necessidade de higiene, mas ainda é pouco confiável	• Gosta de brincar no chão com tijolos, caixas, comboios e bonecas, etc., sozinho ou em companhia de irmãos. • Come com garfo e colher • Sobe e desce as calças, mas precisa de ajuda para botões • Lava as mãos, mas precisa de supervisão de adultos para a secagem •	• Comportamento geral mais independente e fortemente obstinado. • Gosta de brincar com crianças da sua idade • Sabe esperar pela sua vez • Habilmente come com colher e garfo. Passa manteiga no pão com uma faca. Veste-se e despe-se, com excepção de abotoar botões atrás e dar laços	• Comportamento geral mais sensível, controlado e independente • Segue rotinas de arrumação, mas precisa de lembretes constantes • Escolhe amigos • Lava e seca a cara e as mãos, mas precisa de ajuda ou supervisão para o resto. • Despe-se e veste-se sozinha • Compreende regras de jogo
Sinais de alarme	• Falta de equilíbrio • Rigidez nos movimentos, ao caminhar ou cruzar as pernas • Não anda • Pouca coordenação • Outros achados como: ➤ Movimentos involuntários ➤ Fraqueza ➤ Rigidez de movimentos ➤ Cabeça grande ou pequena ➤ Anormalidade espinhal ➤ História de epilepsia Podem indicar anormalidade em qualquer idade	• Falta de equilíbrio • Rigidez nos movimentos, ao caminhar ou cruzar as pernas • Não anda • Pouca coordenação	• Falta de equilíbrio • Rigidez nos movimentos, ao caminhar ou cruzar as pernas • Não anda • Pouca coordenação	• Falta de equilíbrio • Rigidez nos movimentos, ao caminhar ou cruzar as pernas • Não anda • Pouca coordenação

Adaptado de: Mary D. Sheridan (2007); From Birth to Five Years-Children's Developmental Progress, 3ª Edição

Caracterização do Serviço de Pediatria Geral-Internamento do HSM

O serviço de pediatria-internamento: Unidade de doenças Metabólicas, Hematologia, Neurologia, Unidade Pluriassistencial e endócrinas faz parte do Departamento de Pediatria do HSM e situa-se no sexto andar, na torre direita, deste hospital. Este serviço foi sujeito a uma profunda remodelação, tendo sido inaugurado no dia 1 Junho de 2007. As obras efectuadas envolveram não só a beneficiação dos espaços, como também a melhoria das condições de trabalho de todos os profissionais. No entanto o maior beneficiário foi o utente pediátrico e sua família, uma vez que foi melhorada a humanização do atendimento, reduzindo o sofrimento implícito às situações de internamento.

Este serviço é caracterizado pela multiplicidade de especialidades o que implica uma larga abrangência de patologias. Relativamente à especialidade de hematologia as patologias mais frequentes são a drepanocitose e a hemofilia. Em relação à especialidade de metabólicas a patologia mais frequente é a diabetes inaugural. Quanto à especialidade de neurologia as patologias mais frequentes são as crises convulsivas, crises epiléticas, encefalites e paralisia cerebral.

Atualmente são internadas neste serviço crianças até aos 17 anos de idade, exceptuando os doentes crónicos, em que a idade é alargada podendo ir até à idade adulta.

Fisicamente este serviço é constituído por 9 quartos, sendo 7 duplos e 2 individuais, num total de 16 vagas, que são distribuídas pelas diferentes especialidades da seguinte forma: 4 vagas para a neurologia, 6 vagas para a UPA, 4 vagas para a hematologia e 2 vaga para as patologias metabólicas. No entanto, esta divisão não é estanque uma vez que são satisfeitas as necessidades de internamento das crianças, independentemente do número de vagas para determinada especialidade estar ou não lotada. A distribuição das crianças admitidas, pelos quartos é realizada pelos enfermeiros, de acordo com a sua faixa etária e patologia. Sempre que possível são reunidas crianças com a mesma faixa etária, de forma a promover a socialização e a reduzir o impacto da hospitalização.

O serviço é munido de uma sala de actividades, que se encontra equipada com jogos, materiais lúdicos e didáticos, utilizados pelas crianças como meio de diversão, entretenimento e aprendizagem. De segunda a sexta, entre as 9:00 e as 16:00 as crianças são acompanhadas por duas educadoras, que as estimulam a realizar diversas

actividades e trabalhos que posteriormente são expostas ao longo do serviço, servindo como elementos decorativos. Na ausência das educadoras os enfermeiros participam nas brincadeiras, de acordo com a sua disponibilidade.

Deste serviço faz parte o hospital Dia, que dá apoio às crianças com doença crónica e tem como finalidade prestar cuidados regulares, de modo a evitar e diminuir o número de dias de internamento dando realce à componente da humanização e simplificação de procedimentos.

Este serviço é composto por uma vasta equipa multidisciplinar que se complementa na prestação de cuidados e na satisfação das diferentes necessidades da criança, nomeadamente, médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, terapeuta da fala, fisioterapeutas, cinesioterapeutas, administrativos, dietistas, assistentes sociais, assistentes de limpeza e voluntários.

A equipa de enfermagem é constituída por 16 enfermeiros, encontrando-se 3 em horário fixo (chefe, enfermeira responsável, enfermeira responsável pelo hospital Dia) e as restantes em horário rotativo.

O método de trabalho utilizado pelos enfermeiros deste serviço é o método individual de trabalho, em que o enfermeiro é o responsável pelos cuidados globais à criança atribuído, face às suas necessidades.

A filosofia de cuidados deste serviço é centrada na criança e família, sendo estes considerados como um todo. É incentivada a presença dos pais (ou substitutos) durante o dia e durante a noite, entre as 21h00 e as 8h00 é permitida apenas a permanência de um dos pais, devido às limitações físicas do serviço. É estimulada a participação/ colaboração activa dos pais (ou substitutos) na prestação de cuidados, não sendo no entanto uma imposição.

ANEXO XII

Norma de sacarose a 24%

Norma de sacarose a 24%

		SERVIÇO DE PEDIATRIA
NORMA Nº - ... Administração da Solução oral de Sacarose a 24%, na prevenção da dor do RN e lactente.		Aprovado em: __/__/__ Enf. ^a Directora Catarina Bатуca Revisão em: ...
Elaborado por: Enf. ^a Nádia Elawar	Revisto por: Enf. ^a Supervisora ...	

OBJECTIVO

Prevenir e tratar da dor em Recém-nascido (RN) e lactentes até 18 meses, através da solução oral de sacarose a 24%.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

As causas para o tratamento inadequado da dor não são totalmente claras, mas estão identificados obstáculos como: o insuficiente conhecimento por parte de alguns profissionais de saúde sobre a fisiopatologia da dor, efeitos prejudiciais, métodos de avaliação e meios de prevenção e tratamento.

A dor quando inadequadamente prevenida e tratada, aumenta a morbilidade (infecções, coagulação vascular disseminada, esgotamento de reservas, alterações hemodinâmicas, imunitárias, respiratórias, cardiovasculares, gástricas, intestinais e comportamentais) e mortalidade (FRANCK, GREENBERG E STEVENS, 2000 *in* BATALHA, 2010), pelo que, até no plano socioeconómico (redução de complicações, diminuição dos tempos de internamento, ausência dos pais ao trabalho, ...) deveria ser uma exigência. Assim, prevenir e tratar a dor eficazmente é um dever dos profissionais de saúde e um direito dos que dela sofrem (VEGA-STROMBERG *et al.* *in* BATALHA, 2010; Direcção Geral de Saúde, 2003).

A Sacarose é um hidrato de carbono simples (açúcar), resultante da combinação de dois monossacarídeos (a glicose e a frutose).

Estudos científicos revelam que a administração oral de sacarose a 24% é um método seguro e eficaz na prevenção e controlo da dor, reduzindo os indicadores psicológicos e comportamentais de stress nos RN e lactentes até aos 18 meses de idade, quando sujeitos a procedimentos dolorosos (MORASH E FOWLER, 2004).

Não se conhecendo ainda ao certo o mecanismo de diminuição da dor através da solução oral de sacarose, sabe-se que induz a libertação de opiáceos endógenos o que leva à redução da resposta do RN à dor e consequentemente ao *stress*.

ÂMBITO

Uniformizar os procedimentos relativos aos cuidados de enfermagem na dor do RN e latente até aos 18 meses.

RESPONSÁVEIS PELA APLICAÇÃO DA NORMA

Enfermeiros da Unidade de Pediatria Geral

PRINCÍPIOS GERAIS

Indicações

Recém-nascidos pré-termo, de termo e em lactentes até aos 18 meses que sejam submetidos a procedimentos desconfortáveis/dolorosos como:

1. Punção capilar, punção venosa, punção arterial, inserção de cateteres, punção lombar, sutura, mudança de curativos, injeções IM e SC, aspirações, imunizações e início de perfusões intravenosas.
2. Para ajudar a acalmar um bebé a chorar (desconforto/dor), quando não responde a outras intervenções de enfermagem.
3. O uso de sacarose não se destina a substituir o uso de estupefacientes, mas podem ser utilizados como terapêutica complementar. Também é benéfico o uso de sacarose concomitantemente com intervenções não farmacológicas, como por exemplo a sucção não nutritiva (chupeta), posicionamento, conforto, contenção, entre outros.

Efeitos da Sacarose a 24%

Alteração dos padrões comportamentais aquando do procedimento doloroso:

1. Reduz o choro
2. Reduz a frequência cardíaca
3. Suaviza a expressão facial da criança

Efeitos secundários (raros) da solução oral de sacarose a 24%

1. Tosse;
2. Vômito;
3. Distensão abdominal;
4. Enterocolite necrosante.

Administração da solução oral de sacarose a 24%

Doses:

1. RN pré-termo – 0,1 a 0,4 ml:
2. RN Termo e lactente (até 18 meses) – 2ml

Administrar 2 minutos antes do procedimento e durante o mesmo.

Deve ser administrada na cavidade bucal, na parte anterior da língua e não através de uma sonda naso ou orogástrica. O seu efeito analgésico pode ser potenciado pelo uso de sucção não nutritiva e a contenção da criança.

A eficácia da dose única de solução de sacarose no alívio da dor aguda encontra-se bem documentada na literatura, contudo não há ainda conclusões sobre o esquema de uso da solução de sacarose em doses repetidas

Limitações: hiperglicemia

PROCEDIMENTO

<i>Intervenções de Enfermagem</i>	<i>Justificação/ Comentários</i>
Programar a utilização da solução de sacarose a 24% em RN no decurso das intervenções dolorosas. Explicar o objectivo da utilização de sacarose aos pais considerando a explicação sobre outros meios não farmacológicos Verificar data de validade da solução. Proceder à lavagem higiénica das mãos. Retirar a dose certa de solução com seringa esterilizada. Administrar ao RN a dose recomendada de sacarose 2 minutos antes do procedimento doloroso. <u>Para administração da solução com chucha (mais eficaz):</u> • Administrar a solução na boca na parte anterior da língua • Permitir a sucção da solução com a chucha • Permitir a continuação da sucção com a chucha • Repetir o procedimento, mais uma vez se necessário. A dose pode ser repetida, 5-10 minutos após, mas não mais de 2 vezes numa hora, até 6/8x/dia. Em RN com peso inferior a 2500 g, não repetir mais de 2 vezes numa hora, até 4x/dia.	Prevenir a dor do RN associada à realização de procedimentos dolorosos. Informar os pais para que participem activamente e esclarecidamente nos cuidados ao seu filho; para que possam sentir-se confiante e transmitam gestos e palavras que acalmem e tranquilizem o seu filho. Envolver os pais na aprendizagem de estratégias não farmacológicas no alívio da dor. Evitar erros. Prevenir infecção cruzada. Evitar contaminação e erros. Obter o efeito desejado, respeitando o tempo de duração. Potenciar o efeito da sacarose

BIBLIOGRAFIA

- BATALHA, Luis (2010). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. **Revista de Enfermagem Referência**. 3 (2), 73-80.
- MORASH, Donna & FOWLER, Kirsten (2004). An evidence-based approach to changing practice: Using sucrose for Infant Analgesia. In: **Journal of Pediatric Nursing**, (19)5. pp. 366 – 370.
- PORTUGAL. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2003). A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. **Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/06/2003**.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA. Consensos e Recomendações (2006). Analgesia e sedação no recém-nascido. **Acta Pediátrica Portuguesa**. 37, p. 168-173.
- THOMPSON, Debbie (2005). Utilizing an oral sucrose solution to minimize neonatal pain. **Journal for Specialists in Pediatric Nursing**. 10(1), pp. 3-10.

ANEXO XIII

Escala de avaliação de Dor – EDIN (aplicada na UCIN do HSM)

E S C A L A D E A V A L I A Ç Ã O D A D O R - E D I N ⁵	INDICADOR	DESCRIÇÃO
	Rosto	0 – Rosto calmo 1 – Caretas passageiras: sobrancelhas franzidas / lábios contraídos / queixo franzido / queixo trémulo 2 – Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas 3 – Crispação permanente ou face prostrada, petrificada ou face acinzentada
	Corpo	0 – Corpo calmo 1 – Agitação transitória, geralmente calmo 2 – Agitação frequente, mas acalma-se 3 – Agitação permanente: crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel
	Sono	0 – Adormece facilmente, sono prolongado, calmo 1 – Adormece dificilmente 2 – Acorda espontânea e frequentemente, sono agitado 3 – Não adormece
	Interacção	0 – Atento 1 – Apreensão passageira no momento do contacto 2 – Contacto difícil, grito à menor estimulação 3 – Recusa o contacto, nenhuma relação possível. Grito ou gemido sem a menor estimulação
	Reconforto	0 – Sem necessidade de reconforto 1 – Acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta 2 – Acalma-se dificilmente 3 – Inconsolável. Sucção desesperada

❖ Intervenção de enfermagem ⇒ **Score 1 – 4** Intervenção Não Farmacológica

Score ≥ 5 Intervenção Farmacológica

◆ **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NÃO FARMACOLÓGICAS NO ALÍVIO DA DOR:**

- ✓ Acordar suavemente o bebé antes do procedimento;
- ✓ Manipular o bebé suavemente;
- ✓ Proporcionar um ambiente calmo;
- ✓ Executar procedimentos dolorosos no mínimo tempo possível;
- ✓ Utilizar sacarose 2 min. antes dos procedimentos dolorosos:
 - < 28 semanas (0,2 cc)
 - 28-32 semanas (0,2- 2 cc- dependente da deglutição)
 - > 32 semanas (2cc)
- ✓ Sucção não nutritiva;
- ✓ Contenção adequada e posicionamento em equilíbrio;
- ✓ Envolver os pais como parceiros para acalmar o bebé;
 - ✓ Avaliar as manifestações de dor do bebé.
- ✓ Após o procedimento colocar o bebé em Canguru ou proporcionar

Fonte: UCIN HSM

⁵ Evaluation de la Douleur et de l'Inconfort du Nouveau-né

Caracterização da Unidade de Internamento do HSFX

A Unidade de Internamento de Neonatologia do HSFX é uma unidade de apoio perinatal diferenciado, que funciona desde 1987, tendo mudado de instalações em 2006, para o novo edifício materno-infantil. Tem capacidade para 23 camas, que se distribuem por 3 salas independentes (separadas por “paredes” de vidro transparentes):

- Cuidados intensivos – 5 vagas
- Cuidados intermédios – 9 vagas
- Cuidados intensivos pediátricos – 9 vagas (apenas utilizadas pontualmente, em pós operatório de neurocirurgia)

O ambiente físico é espaçoso e possui decoração das paredes e tetos, com desenhos de cores suaves e alusivos à criança, o que confere humanização e diminuição do impacto agressivo hospitalar. Para além da decoração, todo o serviço tem janelas amplas (com estores), com entrada de luz natural e vista sobre o mar. Encontra-se equipada com tecnologia de ponta, o que permite o mais elevado nível de cuidados.

Nesta unidade são admitidos RN até aos 28 dias de vida provenientes da sala de partos, obstetrícia, urgência pediátrica e de outros hospitais através do INEM de RN.

Dispõe de uma equipa multidisciplinar experiente, que assegura a assistência a todos os RN,

A equipa de enfermagem é constituída pela enfermeira chefe, enfermeira coordenadora e mais 31 elementos e encontra-se organizada por equipas. No método de equipa, são prestados cuidados individualizados orientados para as necessidades do RN (TAPPEN, 2005, p. 275). Cada equipa possui um chefe (EESIP) que é responsável pelo planeamento, coordenação, supervisão e avaliação dos cuidados prestados e que substitui a enfermeira chefe e coordenadora na ausência das mesmas (TAPPEN, 2005). Os enfermeiros praticam horário rotativo de 35 horas ou 40 horas semanais, havendo 4 enfermeiros em horário fixo e um em horário acrescido.

A filosofia de cuidados preconizada nesta unidade é centrada na família, sendo a enfermeira chefe Teresa Vasconcellos um elemento com larga experiência na área da neonatologia e potencializador desta filosofia. Os pais são vistos como os melhores cuidadores do RN e é fomentada a sua participação, estabelecendo-se uma relação de parceria entre estes e os técnicos de saúde. São desenvolvidas/ promovidas acções conjuntas que visam o bem-estar do RN e da sua família, nomeadamente o método canguru, o toque a contenção, o colo, entre outras.

Os pais podem permanecer 24 horas junto do RN e para tal são proporcionados cadeirões e almofadas para maior comodidade.

A promoção do aleitamento materno é também uma das prioridades desta unidade, pelo que disponibiliza uma sala exclusiva para extracção e armazenamento do leite materno. Esta sala encontra-se equipada com todo o material necessário à extracção de leite, nomeadamente *kits* de extracção de leite, biberões, frigorífico e lava-louça.

No exterior da unidade existe uma ampla sala de pais, com casa de banho (com duche), cadeirões e cacifos, onde estes podem ter momentos de alguma abstracção e realizar diferentes actividades, nomeadamente, comer, ler, conversar ou simplesmente descansar. As paredes desta sala encontram-se decoradas com desenhos semelhantes aos existentes na unidade e com fotografias de RN que passaram pela mesma (enviadas pelos pais).

Grelha de observação (centrada no RN)

Características/dados do RN: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____						Observação nº: _____
Hora	Manipulações (o que foi feito)	Comportamento do Enfermeiro	Comportamento dos pais	Comportamento de outros profissionais de saúde	Comportamento do RN (baseado nos comportamentos defensivos e de aproximação)	Observações

Questionário

Caro (a) colega:

A elaboração deste questionário surge no âmbito do 2º Curso de Mestrado de Especialidade em Saúde Infantil e Pediatria e tem como objetivo conhecer a sua opinião sobre “o conforto do RN numa UCIN”. Por favor leia com atenção antes de iniciar as respostas às questões formuladas. Responda de uma forma sucinta e não deixe nenhuma questão por responder.

A fim de manter o anonimato, agradeço que não assine.

1. Qual é a sua idade?

Entre 20 a 29 ☐ Entre 30 a 39 ☐ Entre 40 a 49 ☐ Mais de 50 ☐

2. Quais são as suas habilitações académicas? (Considere apenas o título académico mais elevado)

Curso geral de enfermagem ☐ Bacharelato ☐ Licenciatura ☐
Especialidade ☐ Mestrado ☐

3. Há quantos anos exerce funções em Neonatologia? ☐

4. A palavra conforto é utilizada com alguma frequência no âmbito da enfermagem. Que significado tem para si conforto?

5. Para si o que é o conforto do RN?

6. Indique 3 comportamentos (dos enfermeiros) que a seu ver causam desconforto aos RNs internados numa UCIN.

7. Indique 3 intervenções (dos enfermeiros) que considere eficazes na redução do desconforto do RN.

8. Na sua prática diária adopta todas as medidas necessárias para obter o conforto do RN? Justifique.

9. Os pais são parte integrante do processo de cuidados do RN. Como os envolve na prestação de cuidados ao RN? Ilustre com um exemplo.

Obrigada pela sua colaboração!

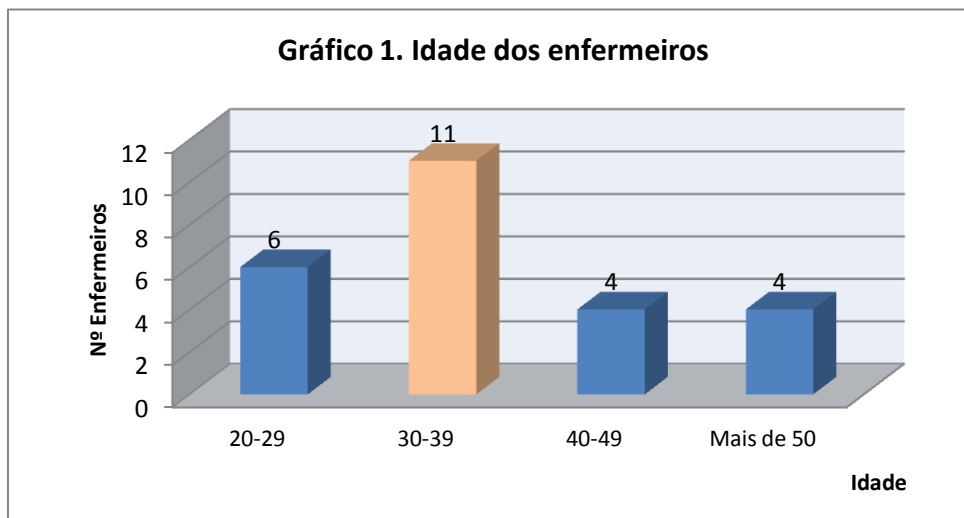
Nádia Elawar

ANEXO XVII

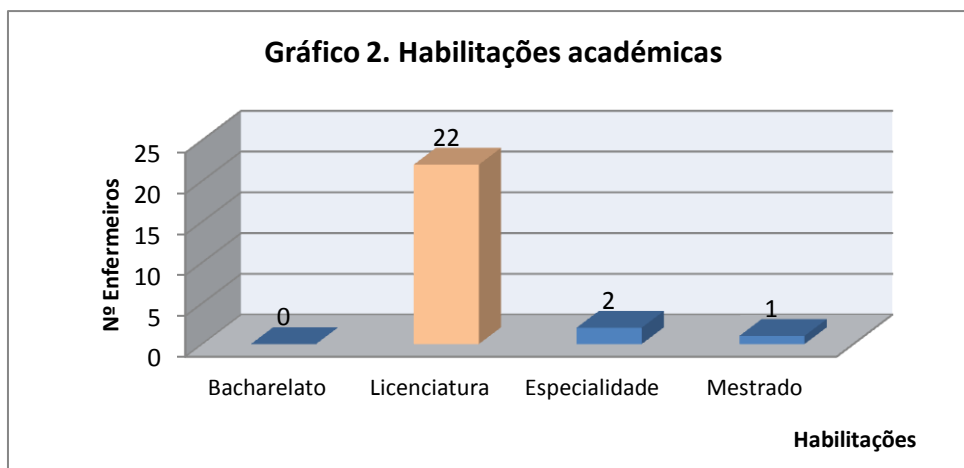
Resultados dos questionários

Resultados dos questionários

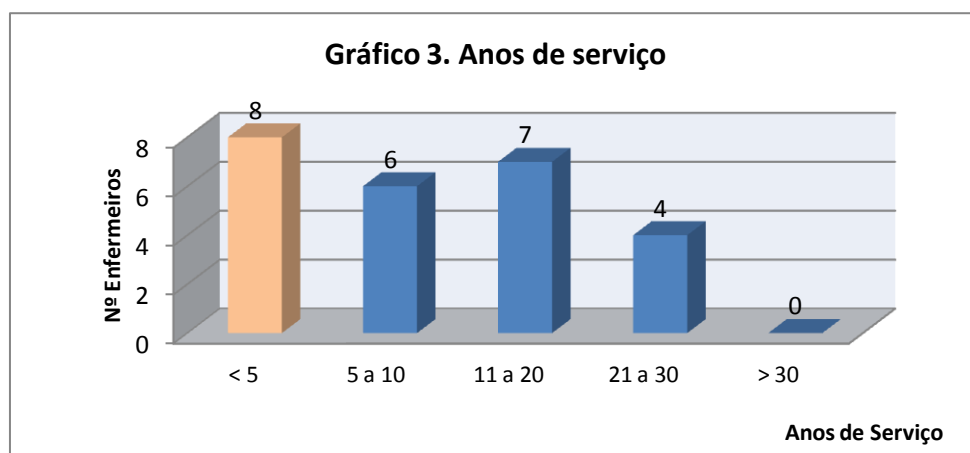
1. Qual é a sua idade?



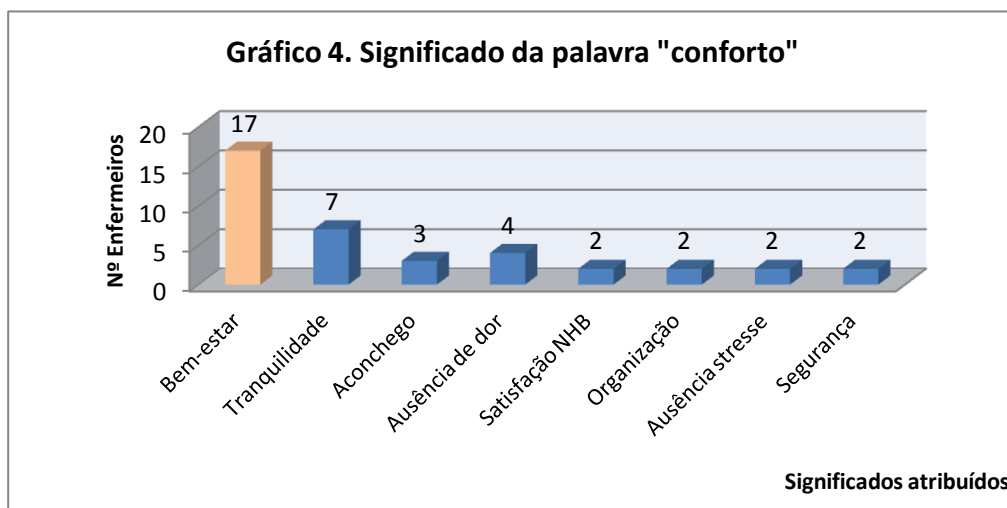
2. Quais são as suas habilitações académicas?



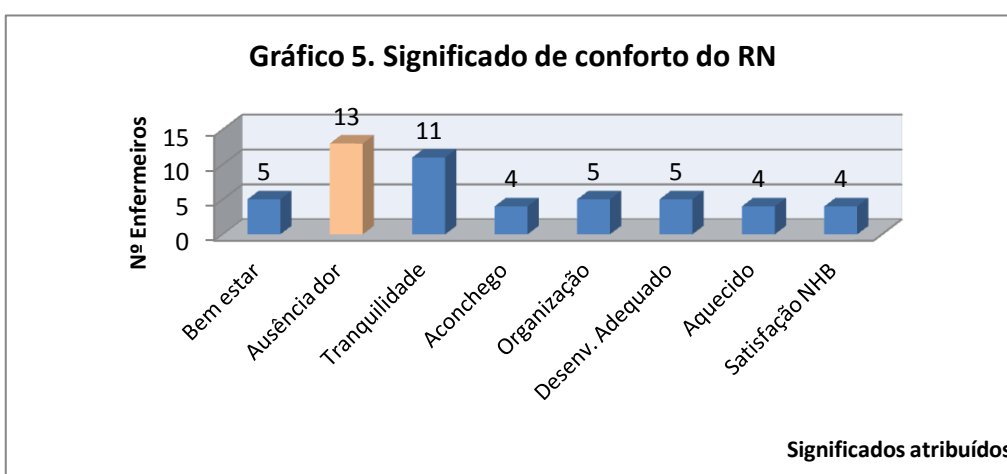
3. Há quantos anos exerce funções em neonatologia?



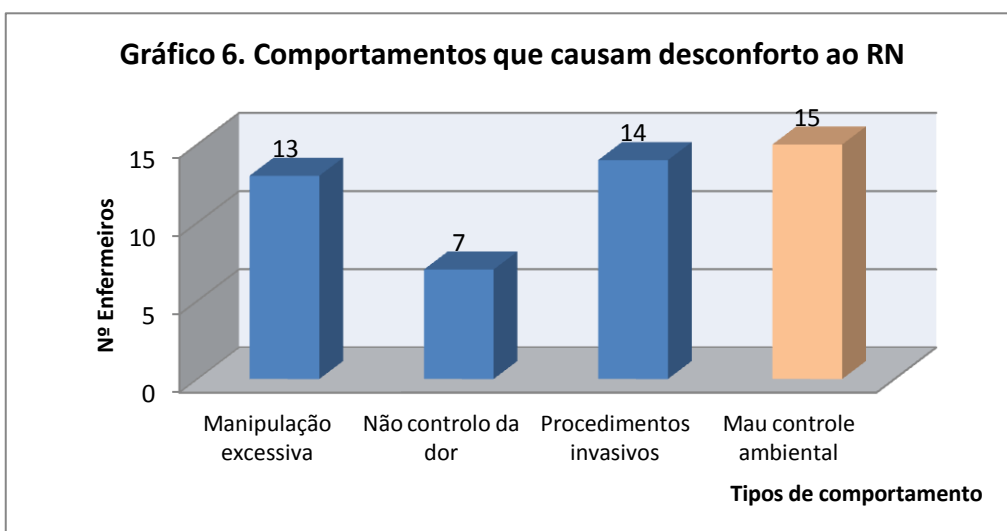
4. A palavra Conforto é utilizada com alguma frequência no âmbito da Enfermagem. Que significado tem para si conforto?



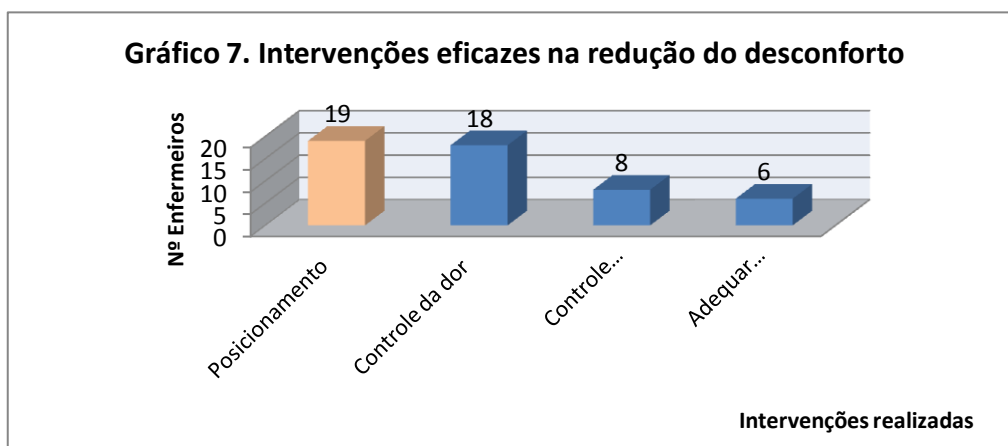
5. Para si o que é o Conforto do RN?



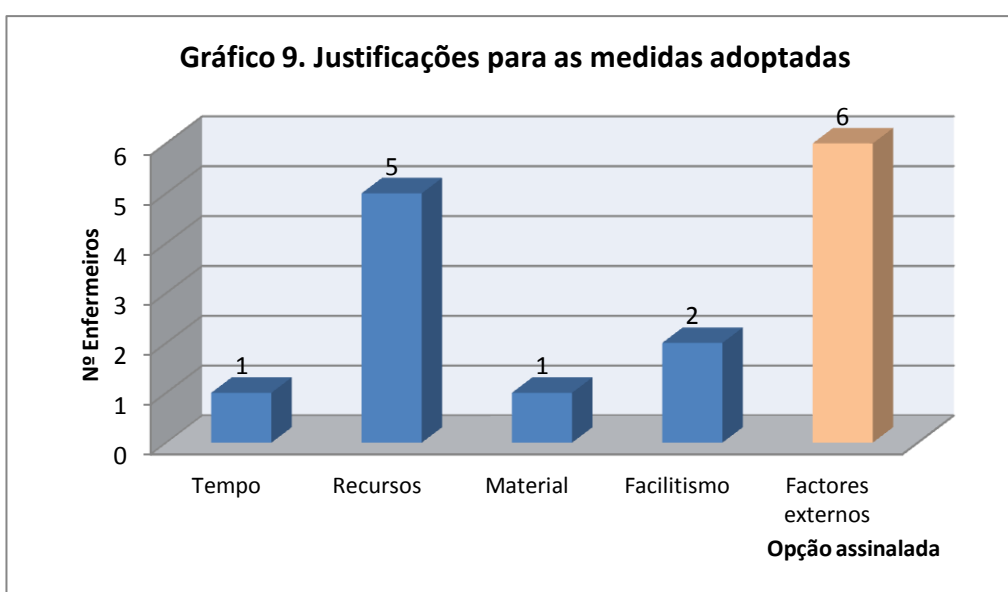
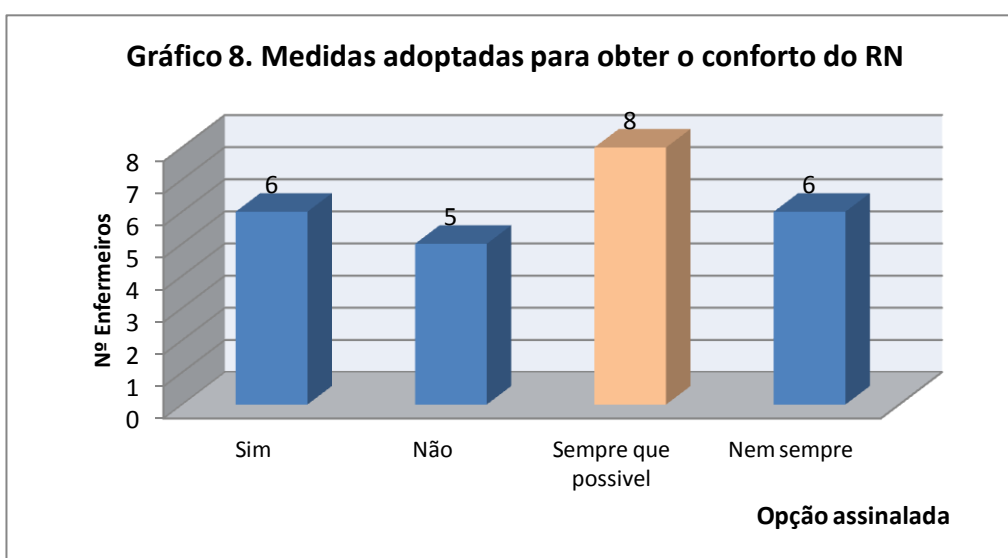
6. Indique 3 comportamentos (dos enfermeiros) que a seu ver causam desconforto aos RN internados numa UCIN.



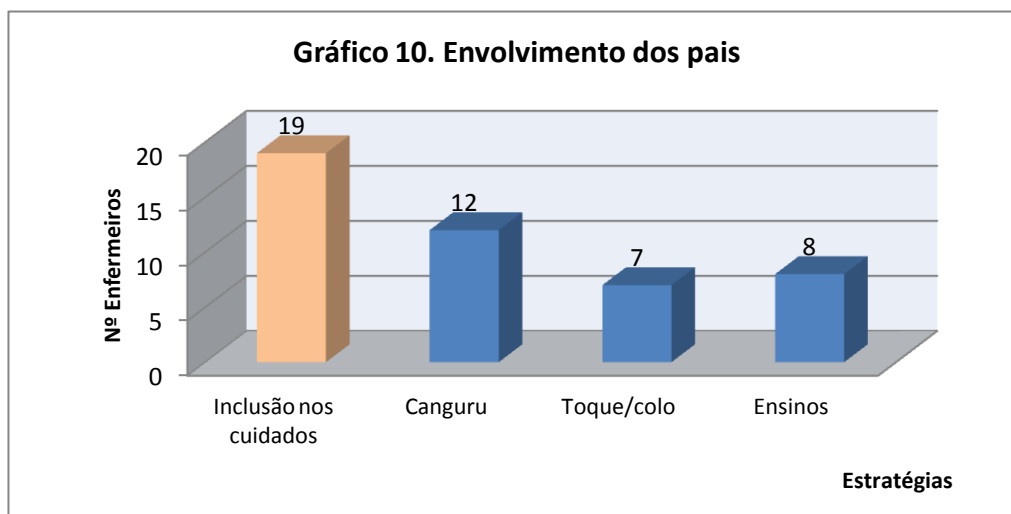
7. Indique 3 intervenções (dos enfermeiros) que considere eficazes na redução do desconforto do RN.



8. Na sua prática diária adopta todas as medidas necessárias para obter o conforto do RN? Justifique.



9. Os pais são parte integrante do processo de cuidados do RN. Como os envolve na prestação de cuidados ao RN? Ilustre com um exemplo.



ANEXO XVIII

Ação de formação

Ação de Formação

 2º Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**O CONFORTO DO RECÉM-NASCIDO
PRÉ-TERMO NUMA UNIDADE DE
CUIDADOS INTENSIVOS DE
NEONATOLOGIA**

Aluna: Nádia Brito Santos Elawar
Docente Orientador: Prof. Sónia Colaço
Co-orientadora: Enf. Cidália Machado

Fevereiro 2012

Sumário

1. Objetivos
2. Resultados dos questionários
3. Diagnóstico da situação
4. Teoria do conforto de Kolcaba
5. Bibliografia

2

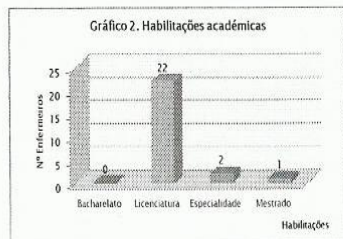
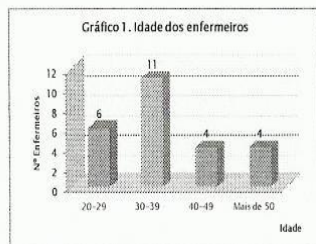
Objetivos

1. Apresentar o resultado dos questionários, confrontando com o diagnóstico de situação;
2. Abordar sumariamente a teoria do conforto de Katharine Kolcaba;
3. Fundamentar a importância das medidas de promoção do conforto ao RNPT, numa UCIN.

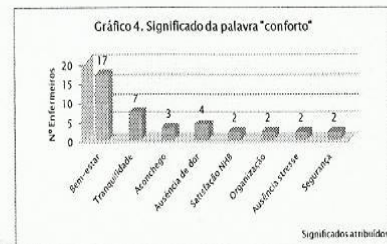
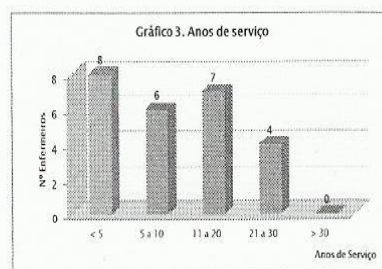
3

Resultado dos questionários

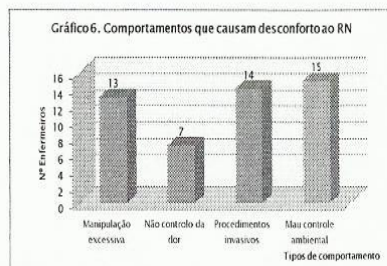
4



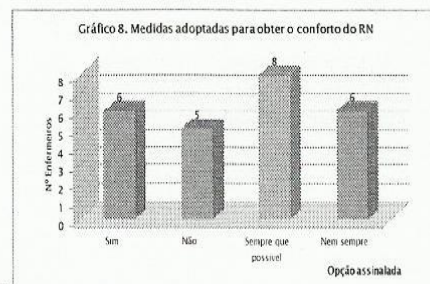
5



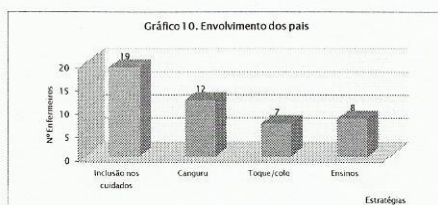
6



7



8



Diagnóstico da Situação

- ▶ Mau controlo ambiental:
 - Ruído excessivo e sem controlo (dos profissionais e visitas);
 - Excesso de luminosidade (falta de critérios no uso da iluminação central);
 - ▶ Procedimentos invasivos/ Não controlo da dor
 - ▶ Manipulações excessivas ao RN.
- ↓
- ▶ Abordagem orientada por tradições, regras, protocolos e cuidados de rotina;
 - ▶ Atribuição de prioridade à gestão de sinais e sintomas das doenças e às actividades de colaboração directa com a medicina (Silva, 2007, p. 11).
- ↓

Implicações para o RN, para os pais/família e para os enfermeiros

Implicações

RN

- ▶ Apresentam sinais de excesso de estimulação;
- ▶ Incapacidade de auto-regulação;

GOLDBERG-HAMBLIN (2007)

Pais/família

- ▶ Dificuldade em formar relacionamento;
- ▶ Dificuldade compreender as necessidades dos seus filhos;
- ▶ Maiores níveis de stress e depressão durante e após o internamento numa UCIN

GOLDBERG-HAMBLIN (2007)

Profissionais

- ▶ Prática de cuidados não sistematizada
- ▶ Necessidade de actualização de conhecimentos na área do conforto do RNPT

É necessário intervir a nível do conforto físico, ambiental e social, alterando comportamentos e construindo um conhecimento específico e actualizado.

Teoria do Conforto de Kolcaba

- ▶ A teoria do conforto é uma teoria de médio alcance para a prática de enfermagem, estudada e desenvolvida (1994-2003) por Katharine Kolcaba.
- ▶ Esta teoria é considerada pela autora como de médio alcance pelo número limitado de conceitos e preposições, pelo baixo nível de abstracção e pela facilidade da sua aplicabilidade à prática actual.

Conforto holístico em enfermagem é definido por KOLCABA (1994, 2001, 2003, 2005) e DIMARCO (2005) como *“o estado imediato de estar fortalecido ao ter as necessidades humanas de alívio, tranquilidade e transcendência dirigidas a quatro contextos de experiência (físico, psíquico, sociocultural e ambiental)”*.

Teoria do Conforto de Kolcaba

O conforto é definido em três estados:

- ▶ **necessidade de alívio** - sensação do indivíduo quando o desconforto é aliviado ou mitigado, quando uma necessidade específica é satisfeita;
- ▶ **necessidade de tranquilidade** - associa-se à ausência de desconforto, correspondendo a um estado de calma ou de satisfação necessário para um desempenho eficiente.
- ▶ **necessidade de transcendência** refere-se à habilidade do indivíduo para suplantir o seu desconforto ou sofrimento, quando estes não podem ser evitados ou erradicados (KOLCABA e DIMARCO, 2005).

1º Postulado - Os enfermeiros identificam as necessidades de conforto não satisfeitas dos seus doentes, concebem medidas de conforto para abordar essas necessidades e procuram melhorar o conforto dos seus doentes, que é o resultado imediato desejado.

13

Os estados de conforto desenvolvem-se em quatro contextos:

- ▶ **Físico** – Tudo o que diz respeito às sensações corporais.
- ▶ **Psicoespiritual** – Consciência de si, incluindo a auto-estima e o auto-conceito, sexualidade e sentido de vida, podendo também envolver uma relação com uma ordem ou ser superior.
- ▶ **Social** – Diz respeito às relações interpessoais, familiares e sociais.
- ▶ **Ambiental** – Envolve aspectos como a luz, ruído, equipamento (mobiliário), cor, temperatura e elementos naturais e artificiais do meio.

Kolcaba (1991, 2003)

14

A teoria do conforto e a sua aplicação à enfermagem pediátrica (Kolcaba & DiMarco, 2005)

Princípios do conforto aplicados à enfermagem pediátrica:

- ▶ As crianças e famílias têm respostas holísticas a estímulos complexos;
- ▶ O conforto é um resultado holístico, desejável e positivo, pertinente para a disciplina de enfermagem, para a enfermagem pediátrica;
- ▶ Crianças e famílias esforçam-se para encontrar conforto nas suas necessidades básicas; é um empreendimento ativo e por vezes exige a ajuda e apoio do enfermeiro ou de outros;

15

Princípios do conforto aplicados à enfermagem pediátrica

- ▶ As necessidades pessoais e de conforto variam significativamente de criança para criança;
- ▶ É mais fácil investir na prevenção de desconfortos, incluindo aqueles relacionados aos *stressores* fisiológicos ou psicológicos, do que tratar desconfortos. A prevenção é melhor para as crianças e famílias.
- ▶ Quando desconfortos como o caos ambiental ou dor não podem ser impedidos, crianças e famílias podem ser ajudadas a experimentar a transcendência parcial ou completa através de intervenções que transmitam conforto, esperança, sucesso, carinho e apoio pelo seu medo.

16

Princípios do conforto aplicados à enfermagem pediátrica

▶ Quando os enfermeiros aplicam a teoria do conforto, eles fazem-no de forma carinhosa, considerando cada criança como ser único e complexo no contexto do seu sistema familiar.

A aplicação da teoria é fortalecedora e satisfatória para pacientes pediátricos / famílias, enfermeiros e benéfica para as instituições onde uma cultura de conforto é valorizada.

17

Cuidados confortadores ao RNPT numa UCIN

18

Conforto Físico

- ▶ Estratégias farmacológicas para redução da dor
- ▶ Estratégias não farmacológicas para redução da dor:
 - Sacarose
 - Redução dos estímulos dolorosos
 - Concentração de cuidados
 - Estratégias de posicionamento e contenção
 - Dar oportunidades para a auto-regulação (sucção não nutritiva)

19

Conforto Ambiental

- ▶ Luminosidade
- ▶ Ruído
- ▶ Temperatura

Conforto Social

- ▶ Interação com os pais
- ▶ Toque terapêutico
- ▶ Método Canguru

20

Bibliografia

- ▶ ALS, H. & BUTLER, S. (2008) - Individualized developmental care improves the lives of infants born preterm. *Acta Paediatrica*, 97(9), 1179-1175.
- ▶ ALS H. (2009) - Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP): New frontier for neonatal and perinatal medicine. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine* 2 (2009) 135-147.
- ▶ BARROS, L. (2001) - A Unidade de Cuidados Intensivos de Desenvolvimento como Unidade de Promoção do Desenvolvimento. IN CANAVARRO, M. C. - *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coleção Psicologia e Desenvolvimento. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-77-5, p.297-316.
- ▶ BOND, Cherry, WARREN, Inga (2004) - *Guidelines for infant development in the newborn nursery*. 4ª ed. Londres.
- ▶ GOLDBERG-HAMBLIN, S., Singer, J., Singer, G., & Denney, M. (2007) - Early intervention in neonatal nurseries: the promising practice of development care. *Infants & Young Children: An Interdisciplinary Journal of Special Care Practices*, 20(2), 163-171.
- ▶ KOLCABA, K. (1994). A Theory of Holistic Comfort for Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, pp. 1178-1184.
- ▶ KOLCABA, K. & DIMARCO, M. (Maio/Junho de 2005). Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*, 31(3), pp. 187-194.
- ▶ LIAW, J., Chen, S., & Yin, Y. (2004) - Nurses' beliefs and values about doing cue-based care in an NICU in Taiwan. *Journal of Nursing Research (Taiwan Nurses Association)*, 12(4), 275-285.

21

Bibliografia

- ▶ LIU, W.F. e outros - The Development of Potentially Better Practices to Support the Neurodevelopment of Infants in the NICU. *Journal of Perinatology*. Vol.27 (2007), p. 48-74
- ▶ REYES-ALVARADO, S., entre outros - Transtorno por stress pós-traumático em nascidos prematuros. *An Pediatr*. Vol. 69, nº 2 (2008), p. 134-140.
- ▶ RUGOLO, L.M.S.S Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. *Jornal de Pediatria*, 2005, v. 81, n. 1, 101-110.
- ▶ SILVA, Ricardo N. Moreira - *Cuidados Voltados para o Desenvolvimento do Bebê Pré-Termo. Uma abordagem prática*. [S.l.]:[s.n.], 2006.
- ▶ TOMEY, A. M. e ALLGOOD, M. R. - *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*, 5ª edição, Loures: Lusociência; 2004; pp. 163-183. ISBN 972-8383-74-6.
- ▶ WIELENGA, J., Smit, B. & Unk, L. (2006). How satisfied are parents supported by nurses with the NIDCAP model of care for their preterm infant?... Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(1), 41-48.
- ▶ UNICEF and WHO (2004) - *Low Birthweight: Country, regional and global estimates*. UNICEF, New York, 2004. ISBN: 92-806-3832-7.

22

PLANO DE SESSÃO

Tema da Sessão	O Conforto do RNPT numa UCIN
População alvo	Enfermeiros da UCIN do HSM
Formador	Nádia Brito dos Santos Elawar

Objectivo	• Clarificar o conceito de conforto; • Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância dos cuidados promotores do conforto do RN, (nos seus diversos contextos) para o seu crescimento e desenvolvimento
Duração	60 minutos
Data/ Hora	Maio (dia a definir)
Local	Anfiteatro

Etapas	Conteúdos	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/ Meios didáticos	Tempo
Introdução	Apresentação	Expositivo	PC, power Point	1'
	Contextualização do tema	Expositivo	PC, power Point	2'
	Objetivos	Expositivo	PC, power Point	1'
Desenvolvimento	Exposição do caso Teoria do Conforto: Kolcaba e Dimarco Desenvolvimento: H. Als Cuidados para o desenvolvimento	Expositivo; Interrogativo; Interactivo Expositivo; Interrogativo; interactivo	PC, power Point	31'
	Síntese	Expositivo	PC, power Point	5'
Conclusão	Conclusão	Expositivo	PC, power Point	5'
	Esclarecimento de dúvidas	Expositivo; Interrogativo; Interactivo	_____	10'
	Avaliação	Questionário	_____	5'

Formação em serviço – Análise estatística

Tema: O Conforto do RNPT numa UCIN

Local: Anfiteatro

Duração: 60 minutos

Data: Maio (dia a definir)

Formadora: Nádía Brito Santos Elawar

Apreciação Global	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
1. Os objetivos da sessão foram atingidos					
2. Utilidade da sessão de formação para a melhoria da qualidade de cuidados					
3. Foram abordados todos os conteúdos importantes					
4. Domínio dos conteúdos apresentados					
5. Clareza na transmissão dos conhecimentos					

Organização da sessão de formação	Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom	Excelente
6. Adequação dos diapositivos					
7. Duração da formação					
8. Horário da formação					

Avaliação da Sessão de Formação

Com este questionário pretende-se saber a sua opinião acerca da sessão de formação que assistiu.

Perante as seguintes questões, assinale com X o número que melhor representa a sua opinião, tendo presente a seguinte escala:

Insuficiente – 1 Suficiente – 2 Bom – 3 Muito Bom – 4 Excelente – 5

1. Considera que os objetivos da sessão foram atingidos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. Como classifica a utilidade da sessão de formação para a melhoria da qualidade de cuidados?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Foram abordados os conteúdos que considerou importantes?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Como classifica o domínio do formador relativamente aos conteúdos apresentados?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. Como classifica a clareza do formador na transmissão dos conhecimentos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Os diapositivos foram adequados à mensagem transmitida?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. A duração da formação foi adequada?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. O horário da formação foi adequado?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. Comentários e sugestões

Obrigada pela colaboração!