

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

A gestão do choro do recém-nascido e lactente

**Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas
na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

Autor

Sandra João Teixeira Rodrigues

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

A gestão do choro do recém-nascido e lactente

Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas
na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Management of newborn and infant crying

Project in development of specialized clinical skills in
Child and Paediatric Health Nursing

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientador(es)

Luisa Maria da Costa Andrade
Professor Adjunto, Doutor

Júlia Maria Sousa Neto
Professor Adjunto, Mestre

Autor

Sandra João Teixeira Rodrigues

Porto, 2024

RESUMO

O relatório final de estágio representa o culminar do processo de desenvolvimento de competências especializadas no foro comum e específico na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, no âmbito da Unidade Curricular "Estágio de Natureza Profissional com Relatório", integrada no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Enquanto elemento fulcral neste processo, o estágio de natureza profissional decorreu nos Módulos I e II, em contextos de cuidados de saúde primários e diferenciados, tendo como objetivo o desenvolvimento das competências clínicas especializadas. Adicionalmente, foi delineado um projeto de desenvolvimento profissional, cuja temática foi a “Gestão do choro do recém-nascido e lactente”, implementado posteriormente, no decorrer dos quatro estágios de natureza profissional.

O relatório visa descrever, através de uma análise crítico-reflexiva, o processo de desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, com ênfase na temática do projeto. Como forma de consecução do objetivo proposto, foi necessária a realização de uma pesquisa inicial em publicações, legislação e orientações, e posteriormente em bases de dados. Foi ainda utilizada a Plataforma E4nursing, para a explanação da conceção de cuidados realizada nos quatro casos clínicos selecionados.

Uma revisão rápida da literatura identificou temas centrais como o choro, enquanto forma de comunicação, as diferenças culturais relativas ao significado associado ao choro, a gestão do choro inconsolável e as suas consequências nos pais e nas crianças, destacando a importância do aconselhamento parental. Estes resultados vão ao encontro da informação resultante da pesquisa inicialmente efetuada, validando a relevância desta temática nos cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

O processo de desenvolvimento de competências foi intenso, direcionado para as oportunidades de aprendizagem em cada um dos contextos clínicos, que incluíram a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, o Internamento de Oncologia Pediátrica, o Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente e a Unidade de Cuidados na Comunidade. Durante o estágio pude mobilizar e consolidar conhecimentos, treinar habilidades e, assim, desenvolver as competências necessárias para a prestação de cuidados qualificados à criança/jovem ao longo do seu ciclo vital.

Palavras-chave: Choro; Bem-Estar do lactente; Competência profissional; Enfermagem.

ABSTRACT

The final internship report represents the closure of a process aimed at developing specialised skills in both common and specific areas of Child and Paediatric Health Nursing within the scope of the "Internship with Professional Report" course unit, integrated into the curriculum of the Master's Degree program in Child and Paediatric Health Nursing, which is part of the postgraduate training at the Porto Nursing School.

As a crucial component of this process, the professional internship occurred during Modules I and II, spanning the second and third trimesters of the course. It took place in diverse healthcare settings, encompassing both specialised healthcare and primary healthcare, with the objective of honing specialised clinical skills. Furthermore, a professional development project was conceived and executed, focusing on the theme "Management of newborn and infant crying", which was subsequently implemented through activities during the four professional internships.

The report endeavours to elucidate, through a critical-reflective analysis, the learning journey and acquisition of both general and specific competencies of the Specialist Nurse in Child and Paediatric Health Nursing, with particular emphasis on the theme: "Management of newborn and infant crying". To accomplish this objective, extensive research was conducted in various sources including books, regulations, guidelines, and databases to gather pertinent information on the subject. The E4nursing Platform was also employed to explain the care conception in the four selected clinical cases.

The research conducted identified key themes such as crying as a mode of communication, cultural disparities concerning the meaning attributed to crying, management of inconsolable crying, and its consequences on parents and children, highlighting the significance of parental guidance. These findings align with the insights gleaned from the initial research, validating the relevance of this theme in the realm of child and paediatric nursing care.

The process of skills enhancement was dynamic and intensive, centred on securing learning opportunities within each clinical setting, encompassing the Neonatal Intensive Care Unit, Paediatric Oncology Ward, Paediatric Accident & Emergency Department, and Community Care Unit. Throughout these placements, I was able to harness and solidify knowledge, refine skills, and thereby cultivate the requisite competencies to deliver adept care to children across their lifespan.

Keywords: Crying; Infant welfare; Professional competence; Child health; Nursing.

ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

BAPM - British Association of Perinatal Medicine

CNAF – Cânula Nasal de Alto Fluxo

CPAP – Continuous Positive Airway Pressure

CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CPTAS – Canadian Pediatric Triage Acuity Scale

CVC - Cateter Venoso Central

CVP - Cateter Venoso Periférico

DGS – Direção Geral da Saúde

dB - Décibéis

EBP – Extremo Baixo Peso

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ELI – Equipa Local de Intervenção

EMA - Agência Europeia do Medicamento

ENP – Estágio de Natureza Profissional

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

FLACC – Face, Legs, Activity, Cry, Consolability

GIG – Grande para a Idade Gestacional

IARC - International Agency for Research on Cancer

ICN – International Council of Nursing

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

JBÍ – Joanna Briggs Institute

LIG – Leve para a Idade Gestacional

MCEESIP - Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

MESIP - Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

NACJR - Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

NCI – National Cancer Institute

NEC – Enterocolite Necrosante

NHS – National Health Service

NREM - Non Rapid Eye Movement

OBS – Sala de Observações

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCC – População, Conceito, Contexto

PEA – Perturbação do Espectro de Autismo

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

REM - Rapid Eye Movement

RN – Recém-Nascido

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNEHRMCA - Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência Materna, da Criança e do Adolescente

RNPT – Recém-Nascido Pré-Termo

SBS - Shaken Baby Syndrome/ Síndrome do Bebê Abanado

SDR – Síndrome de Dificuldade Respiratória

SIOPE - European Society for Paediatric Oncology

SNC – Sistema nervoso central

SNIP – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPN – Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUMP – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

SUPP – Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente

TAC – Tomografia Computorizada

TANPS – Terapêuticas Antineoplásicas Sistémicas

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UMAD – Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

UNICEF – United Nations International Children's Emergency Fund

UP – Úlcera por Pressão

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

VSR- Vírus Sincicial Respiratório

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	27
3. ESTUDO DE CASO I: UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS	41
3.1. Enquadramento teórico	41
3.2. Clientes	44
3.3. Medicação	44
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	45
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	47
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	49
3.5. Domínios	50
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	51
3.6. Conceção de Cuidados	57
3.7. Especificação das intervenções	65
3.8. Síntese relativa ao caso	71
4. ESTUDO DE CASO II: INTERNAMENTO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA	77
4.1. Enquadramento teórico	77
4.2. Clientes	83
4.3. Medicação	84
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	84
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	92
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	94
4.5. Domínios	95
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	96
4.6. Conceção de Cuidados	100
4.7. Especificação das intervenções	104
4.8. Síntese relativa ao caso	106
5. ESTUDO DE CASO III: URGÊNCIA DE PEDIATRIA	111
5.1. Enquadramento teórico	111
5.2. Clientes	115
5.3. Medicação	116
5.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	116
5.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	119
5.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	120
5.5. Domínios	121

5.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	121
5.6. Conceção de Cuidados	125
5.7. Especificação das intervenções	131
5.8. Síntese relativa ao caso	135
6. ESTUDO DE CASO IIII: UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE	141
6.1. Enquadramento teórico	141
6.2. Clientes	148
6.3. Domínios	149
6.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	149
6.4. Conceção de Cuidados	151
6.5. Especificação das intervenções	153
6.6. Síntese relativa ao caso	156
7. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	163
8. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	201
9. BIBLIOGRAFIA	207
ANEXOS	231

Anexo I - Certificado de participação no curso NeoSpot2022

Anexo II - Certificado de participação no curso de Reanimação Neonatal

Anexo III - Certificado de participação no concurso de pósteres do IV Congresso Científico AEESEnfP

Anexo IV - Certificado de participação no NursID Spring School

Anexo V - Certificado de participação nas V Jornadas do Serviço de Pediatria e Neonatologia

Anexo VI - Póster "Qual o impacto de Burnout na vida dos enfermeiros de Oncologia Pediátrica"

Anexo VII - Planeamento da sessão "A gestão do choro do recém-nascido e lactente" na UCIN

Anexo VIII - Planeamento da sessão "A gestão do choro do recém-nascido e lactente" na UCC

Anexo IX - Ebook sobre "A gestão do choro do recém-nascido e lactente"

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular "Estágio de Natureza Profissional com Relatório", integrante do plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP), inserido na formação pós-graduada da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), e realizado durante os anos letivos 2022/2023 e 2023/2024. Este documento representa o culminar de um intenso processo de desenvolvimento de competências especializadas na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP), que decorreu nos Módulos I e II, nos segundo e terceiro semestres do curso, através da realização de estágios de natureza profissional (ENP), sob a orientação das Professoras Luísa Andrade e Júlia Neto.

A estruturação do curso foi concebida de maneira a fomentar o desenvolvimento de competências especializadas de cariz comum e específico, abarcando as componentes teóricas, e clínicas, nas principais áreas de atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), através da realização de ENP. Este processo formativo segue as diretrizes relativas à formação especializada da Ordem dos Enfermeiros (OE) (OE, 2021a), visando possibilitar a posterior atribuição do título de enfermeiro especialista.

Os estágios constituíram uma componente inalienável e fundamental da Unidade Curricular "Estágio de Natureza Profissional com Relatório". Estes foram distribuídos em dois momentos: o Módulo I e II, com uma carga horária presencial de 230 e 370 horas, respetivamente, nos contextos de cuidados de saúde diferenciados e cuidados de saúde primários (ESEP, 2023a; ESEP, 2023b). Estes contextos apresentam uma substancial integridade formativa, pautando-se pelos princípios técnico-científicos delineados pela ESEP, em consonância com as orientações da OE (2021a). O objetivo primordial subjacente à concretização dos ENP residiu na oferta de oportunidades propícias ao desenvolvimento de competências, no âmbito do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, centradas nos domínios da "Responsabilidade profissional, ética e legal", da "Melhoria contínua da qualidade", da "Gestão dos cuidados" e do "Desenvolvimento das aprendizagens profissionais" (Regulamento n.º 140/2019, p.4745). No que concerne ao Regulamento de Competências Específicas do EEESIP, incluem-se competências fundamentais como: "Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde", "Cuida da criança/jovem e família em situações de especial complexidade" e "Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem" (Regulamento n.º 422/2018, p.19192).

Este relatório tem como objetivo descrever o processo de aprendizagem e o percurso de aquisição de competências comuns e específicas do EEESIP, adquiridas ao longo dos ENP, com

aprofundamento do conhecimento sobre uma temática de interesse: “A gestão do choro do Recém-nascido (RN) e lactente”.

A motivação para aprofundar o conhecimento sobre a temática selecionada prende-se com o facto de na minha prática profissional ter observado que o choro do RN e lactente é gerador de stresse e ansiedade parentais, e interfere negativamente na vivência da parentalidade. Este problema não é novo, mas continua presente, sendo vários os estudos que identificam o choro do RN como fator de risco para a ansiedade e stresse parentais, o que pode dificultar o processo de transição desenvolvimental relacionado com a parentalidade (Botha et al., 2020; Leavit, 2000; Murray et al., 2017). Durante a realização dos ENP, pude constatar a pertinência do tema e após discussão com os enfermeiros tutores e professoras orientadoras, decidi aprofundar o meu conhecimento sobre a temática e desenvolver atividades neste âmbito, objetivando a melhoria do conhecimento dos pais sobre a gestão do choro, e assim potenciar o saudável processo para a transição parental, salvaguardando também a segurança do RN/lactente. Esta temática foi para mim muito relevante, pela experiência profissional que tive relacionada com um caso de síndrome do bebé abanado, que me despertou para a necessidade de aprofundar o meu conhecimento e intervir juntos dos pais no sentido de prevenir a sua ocorrência, que embora não seja muito comum, traz consequências devastadoras para todos os envolvidos (Botha et al., 2020).

A escolha das faixas etárias do RN e lactente, do nascimento aos três meses de vida, prende-se com o facto de compreender as fases desenvolvimentais mais desafiantes para os pais, no que respeita a perceção da causa responsável pelo choro do seu filho. Desta forma, sendo a gestão do choro parte integrante do cuidado à criança, e tendo em consideração que o EEESIP deve demonstrar conhecimentos e habilidades específicas, que lhe permitem atuar em situações de saúde e doença, em qualquer contexto em que se encontrem, a temática encontra-se dentro do seu espectro de ação. Assim, tendo por base da sua atuação o modelo conceptual centrado no binómio criança/família (Regulamento n.º 422/2018, 2018), o EEESIP pode intervir de forma a melhorar o conhecimento e/ou a capacidade dos pais, assistir na desconstrução de significados dificultadores, eventualmente atribuídos ao choro, e contribuir para a autoeficácia da mãe/pai, promovendo, desta forma, a aquisição de mestria no papel parental, maximizando o potencial de desenvolvimento saudável do RN/lactente.

Assim, creio ser importante que a minha prática seja promotora da transição para a parentalidade. Pretendo entender e consequentemente refletir na minha prática o resultado do conhecimento adquirido, de forma a promover a otimização da saúde da criança/família (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Segundo os padrões de qualidade dos cuidados especializados em ESIP (OE, 2011a), o exercício profissional tem como foco central os cuidados à criança, evidenciando os cuidados centrados na família, com ênfase nas interações comunicacionais que lhe estão subjacentes. Desta forma, enquanto enfermeiros, e mais ainda como enfermeiros ESIP, o nosso papel de cuidadores do binómio criança/família é de vital

importância, merecendo o nosso tempo e dedicação, pelos ganhos em saúde que dela resultam.

Para a concretização do objetivo de melhorar o conhecimento sobre esta temática, foi realizada uma pesquisa em bases de dados, em livros, e orientações técnicas nacionais.

A comunicação tem o seu início ainda durante a vida fetal, no ambiente intrauterino, durante o qual o RN se familiariza com sons humanos, o que facilita a sua adaptação ao meio social após o seu nascimento (Sequeira et al., 2016). O choro apresenta-se como uma das primeiras, e a principal estratégia comunicacional do RN após o nascimento; e do lactente nos primeiros meses de vida (Lahti et al., 2019). Tem como principal objetivo comunicar uma necessidade física ou psicológica e instigar o cuidador a resolvê-la (Lahti et al., 2019). Está descrito como uma forma de comunicar, voluntária ou involuntariamente, através de lágrimas e soluços em resposta a estímulos desagradáveis (International Council of Nurses [ICN], 2019), sendo por isso um tipo de linguagem não verbal muito rica (Kitzinger, 2005). Após o nascimento, o choro é interpretado como um sinal de vitalidade. No entanto, durante o desenvolvimento do RN/lactente, a forma como o choro é interpretado altera-se, passando a ser visto como um sinal de desconforto (Christensson et al., 1996).

Sob o ponto de vista fisiológico, o choro é um processo altamente complexo, com envolvimento do sistema respiratório, através da utilização dos pulmões e laringe, cordas vocais, músculos faciais e articulações (Hopkins, 2001), incluindo-se como parte do processo de expiração. Assim, diferentes tipos de choro resultam de diferentes volumes de ar exalado que passa pelas cordas vocais (Liao et al., 2018). Este comunica o grau de desconforto (Zeifman & St James-Roberts, 2017) mais facilmente do que a causa. O som associado ao choro, definido como frequência fundamental, apresenta-se como a característica mais importante do choro de um RN/lactente. Assim, uma alta frequência fundamental é indicativa de um elevado desconforto do RN/lactente, sendo assim associada pelos pais a um choro relacionado com uma necessidade urgente (Lahti et al., 2019).

Chorar é um evento multimodal, inclui sinais vocais e não vocais, como a expressão facial e linguagem corporal, que conjuntamente, orientam para o nível de desconforto sentido, e a percepção da causa que o desencadeou (Lahti et al., 2019), sendo importante para a compreensão da comunicação do RN/lactente observar estes três componentes em conjunto (Iftikhar, 2020). Embora cada RN/lactente seja único, na sua individualidade, os sons do choro parecem ser universais. Este pensamento vai ao encontro da teoria de Priscilla Dunstan (2023), que defende que há cinco sons que os bebés emitem ao chorar, sendo possível identificar a sua causa, observando todos os componentes da comunicação não verbal, anteriormente descritos (Iftikhar, 2020). Esta visão pretende oferecer um tipo de resposta de atuação, privilegiando a observação global do RN/lactente. Desta forma, torna-se importante validar a dificuldade sentida e verbalizada pelos pais em interpretar a mensagem que o RN/lactente está a comunicar (Zeifman & St James-Roberts, 2017).

Segundo Bandura (1977), a percepção de autoeficácia parental resulta da experiência da realização, com sucesso, de uma atividade relacionada com a parentalidade. Esta premissa vai ao encontro do que refere Botha et al., (2020) quando afirma que a experiência prévia relativa à maternidade se relaciona com uma maior percepção de autoeficácia parental. O contacto com o RN, o tempo que passam juntos e a experiência em observá-lo, são então determinantes para o sucesso da gestão do choro (Corvin et al., 2022). A pessoa de referência, seja a mãe ou o pai, ou ambos, desde que tenham o mesmo tempo de contacto com o RN/lactente, terão a mesma capacidade de saber gerir o choro do seu filho (Bouchet et al., 2020).

Na sua génese, o choro pode ter vários motivos provenientes de necessidades físicas, de que são exemplo: a fome, a dor, o desconforto, e o sono (Iftikhar, 2020; Kitzinger, 2005) e de necessidades emocionais, como o: aborrecimento, pedir mimo, pedir proximidade com a mãe e sentir-se desprotegido (Chen et al., 2015; Christensson et al., 1996; Fisher et al., 2011). A resposta mais comum ao choro por parte dos pais e profissionais de saúde é presumir que a causa se enquadra no âmbito das necessidades físicas, descurando muitas vezes a importância das causas emocionais (Douglas & Hiscock, 2010), que quando não geridas eficazmente, podem ter consequências nefastas no neurodesenvolvimento do RN/lactente (Direção Geral da Saúde [DGS], 2012).

Tendo em conta as diferenças culturais existentes em diferentes partes do mundo, é interessante refletir sobre qual o impacto das diversas formas de agir perante o choro do RN/lactente. Complementarmente, a duração do choro tem sido um tema de interesse, tendo sido realizada investigação, na tentativa de determinar qual a duração diária do choro de um RN/lactente (Matijasic & Premilovac, 2018). Em culturas tradicionais, como a da Coreia do Sul, estão documentadas menos horas de choro do lactente comparativamente às sociedades do ocidente. Nas culturas tradicionais, os lactentes são frequentemente colocados e transportados ao colo, alimentados em livre demanda e posicionados com inclinação ao ser transportados pelas mães. Adicionalmente, neste tipo de culturas, as mães têm uma atuação responsiva ao choro do seu RN/lactente. Em contraponto, em sociedades ocidentais, de que é exemplo a cidade de Londres, isso não acontece da mesma forma (Lehtonen & Rautava, 1996). A família alargada e suporte da comunidade, são uma fonte muito importante de apoio à mãe (Chaudhary et al., 2023), não sendo esta uma realidade nas famílias nucleares do ocidente.

Similarmente, o tempo de duração de choro diário percecionado pelos pais e avaliado por gravação, apresenta resultados discrepantes entre 2,6 horas diárias, tipicamente durante a noites (Matijasic & Premilovac, 2018), e períodos entre 117 a 133 minutos de choro por dia (Cabana et al., 2021). Os resultados do primeiro estudo foram obtidos pelo registo feito pelos pais, da percepção que estes tiveram do tempo de choro do seu filho por dia, e no segundo estudo, os dados resultam da gravação do tempo de choro do RN. Coincidentemente, após análise do tempo de choro de RN/lactentes coreanos e ingleses, concluiu-se que não havia diferenças significativas, embora os pais reportassem mais tempo de choro em Londres, o que

pode ser sugestivo de que a percepção do choro dos seus RN/lactentes por parte dos pais difere nos diferentes contextos (St James-Roberts et al., 1994, como citado em Lehtonen & Rautava, 1996), o que pode demonstrar a atribuição de significado dificultador ao choro.

Os primeiros três meses de vida do lactente são bastante exigentes para os pais, que tentam entender a comunicação do seu filho e colmatar as suas necessidades. A grande dificuldade é perceber qual é a causa do choro, sendo este um foco de stresse e insegurança, que se agudiza em situações em que o choro se torna inconsolável. Este tipo de choro é vigoroso, intermitente e difícil de consolar, sem causa aparente, podendo ser relacionados com episódios de cólica, cuja ocorrência é comum e surge após a terceira semana de vida, podendo manter-se até ao terceiro ou quarto mês (DGS, 2023a). A cólica e desconforto abdominal são passíveis de provocar episódios de choro intenso num lactente saudável, por mais de três horas por dia, três dias por semana por um período superior a três semanas (National Health Service [NHS], 2023).

O choro inconsolável ocorre como parte integrante da fase desenvolvimental neonatal e lactente, sendo que, a grande maioria dos RN/lactentes que choram inconsolavelmente é saudável. A frequência de episódios de choro aumenta gradualmente, atingindo o seu pico aos dois meses de vida, resolvendo entre os três e quatro meses de idade e, apenas 5% dos RN que choram inconsolavelmente têm uma causa física que necessita de intervenção e tratamento (Zeifman & St James-Roberts, 2017). Desta forma, torna-se pertinente informar os pais sobre importância do choro no normal desenvolvimento do seu filho, o que os ajudará a gerir as suas expectativas relativamente ao comportamento do RN.

A sua ocorrência, pode gerar consequências complexas para a família e para o próprio RN/lactente, tais como: a frustração parental (Zeifman & St James-Roberts, 2017); interferência na vinculação/apego (Bailhache et al., 2019); stresse e ansiedade parentais (Hiraoka et al., 2019); exaustão parental (Möller et al., 2019); impacto negativo no relacionamento do casal (Müller et al., 2022); impacto negativo na amamentação exclusiva (Neifert & Bunik, 2013); perda do controlo (Pereira & Magalhães, 2011); e consequentemente, colocar o RN/lactente em risco (Zeifman & St James-Roberts, 2017). As consequências do choro inconsolável, não devem ser, por isso, subestimadas e podem tornar-se perigosas para o RN/lactente, psicológica e fisicamente (Lehtonen & Rautava, 1996; Liaw et al., 2011).

A noção de autoeficácia de pais de primeiros filhos é limitada à pouca experiência que têm com o RN. Após o nascimento, o cuidado ao RN vai moldar a percepção de autoeficácia positiva ou negativamente. Há diferenças na ligação entre a reatividade negativa do RN e a autoeficácia parental, que podem ser parcialmente entendidas face à resiliência a desafios durante a gravidez. Assim, as mulheres que têm uma boa capacidade de reagir aos desafios durante a gravidez, têm uma melhor capacidade de lidar com o RN/lactente com características mais desafiantes e têm uma melhor autoeficácia parental (Verhage et al., 2015).

No estudo realizado por Müller et al., (2022), os pais verbalizaram sentir uma lacuna no seu

conhecimento sobre o choro do RN e sobre como geri-lo, sendo frequente sentirem que o choro se devia ao facto de não serem bons pais. O choro é também um dos motivos que mais leva os pais a recorrer à urgência pediátrica nos primeiros três meses de vida dos seus filhos (Matijasic & Premilovac, 2018). Estes dados suportam a premissa de que é importante e necessário informar os pais sobre o desenvolvimento infantil relativo à comunicação do RN/lactente, no qual o choro se enquadra enquanto comportamento normativo.

O síndrome do bebé abanado é a derradeira consequência de uma gestão ineficiente do choro inconsolável, havendo uma grande associação entre ambos (Möller et al., 2019). O choro pode gerar sentimentos de frustração profunda e difícil de controlar. Desta forma, o indicado é colocar o RN/lactente num local seguro e sair da divisão onde se encontra, por uns momentos, evitando colocá-lo em risco (Fujiwara et al., 2020). Abanar o RN/lactente provoca risco de causar lesões cerebrais graves e estas serem potencialmente fatais (Pereira & Magalhães, 2011). Sendo a frustração uma possível consequência do choro inconsolável, podendo tornar-se difícil de gerir, é muito importante pedir ajuda (Müller et al., 2022; Wiley et al., 2020).

Segundo Karp (2023a, 2023b), ao recrear um ambiente semelhante ao útero podemos ser bem sucedidos na tentativa de acalmar o RN/lactente, ao ativar o reflexo calmante. Este é atingido após a aplicação dos cinco passos no momento em que o RN/lactente inicia o choro. Cada um dos métodos tem um efeito calmante, sendo a sua ação ainda mais notória se todos os métodos forem aplicados em simultâneo. Estas estratégias que compõem esses passos, são denominadas de 5 S', e incluem a contenção, a posição lateral, o ruído branco, o embalar e o sugar. A eficácia da utilização destas estratégias tem sido alvo de estudo, tendo sido considerada a sua utilização como eficaz na resolução do choro, provocado por diversas causas, entre as quais a da dor relacionada com procedimentos médicos (Campos, 1994; Harrington et al., 2012; Neifert & Bunik, 2013; Fujiwara et al., 2020; Liaw et al., 2011). Adicionalmente, segundo o estudo feito por Reinthal et al. (2008), a acupuntura resultou numa redução significativa da intensidade, frequência e duração do choro associado à cólica.

Durante os primeiros três meses de vida, período também denominado por 4º trimestre (Karp, 2014), os RN/lactente são ainda muito sensíveis a estímulos semelhantes aos vivenciados durante o período intrauterino. Após esse período de vida, o reflexo calmante vai gradualmente diminuindo, e os lactentes começam a demonstrar estar mais preparados para se autorregular e lidar com os estímulos extrauterinos que os rodeiam (Möller et al., 2019). Desta forma, demonstra-se a necessidade de que os enfermeiros permitam que os pais exponham as suas frustrações e medos relativos ao choro do RN/lactente; que atuem na melhoria do conhecimento sobre o normal desenvolvimento comunicacional do RN/lactente, o qual envolve o choro, ajudando na mudança de perspetiva, e significado, sem minimizar as suas queixas. Ao aceitar o choro como parte normativa do desenvolvimento do lactente, e saber como geri-lo, os pais podem melhorar a sua autoconfiança no cuidado que prestam ao RN/lactente, adequando a sua reação ao choro, o que terá uma relação direta e importante no saudável desenvolvimento do

mesmo (Chang et al., 2020), com um impacto positivo na vinculação e na ligação mãe/pai-filho.

Adicionalmente, por forma a identificar a extensão e a diversidade de estudos sobre a problemática do choro do RN/lactente, e os principais resultados que possam contribuir para a intervenção juntos dos pais na gestão do choro, optei por uma estratégia mais estruturada de pesquisa, através de uma revisão rápida da literatura. Para o efeito, foi realizada uma pesquisa orientada através da utilização de descritores em ciências da saúde (deCS), termos meSH (medical subject headings) e palavras chave. Para a realização da pesquisa foram utilizadas:

- As bases de dados referenciais Scopus e Web of Science e o agregador de conteúdos científicos EBSCOhost Web, sendo consideradas as bases de dados: CINAHL Complete, MEDLINE Complete.

É de extrema importância que a formulação da pergunta de pesquisa seja feita de forma estruturada e clara, uma vez que tem um papel essencial na descoberta da melhor evidência disponível sobre a temática (Santos et al., 2007; Sousa, et al., 2018). Para esta pesquisa foi utilizada a estratégia População/Conceito/Contexto (PCC), recomendado pelo Joanna Briggs Institute (JBI), para identificar os conceitos centrais da pergunta, que orientará a estratégia de pesquisa (Pollock et al., 2022). Esta foi formulada da seguinte forma:

- População: os pais;
- Conceito: o conforto e o bem-estar;
- Contexto: o choro do RN/lactente.

Para a sua concretização, formulei a seguinte questão de partida: "Como é que os pais podem promover o conforto e o bem-estar do RN e lactente face ao choro?".

Para o efeito, foi construída a seguinte expressão de pesquisa: ((Crying) AND ((Baby) OR (Infant) OR (Neonate) OR (Newborn)) AND ((Parent) OR (Mother) OR (Father) OR (Family)) AND ((Comfort care) OR (Infant welfare))).

Relativamente às bases de dados referenciais Scopus, e Web of Science, a expressão foi adaptada, utilizando termos semelhantes: (ALL (parent* OR family OR father OR mother) AND ALL (crying) AND ALL(newborn OR neonate OR infant OR baby) AND ALL ("comfort care" OR "infant welfare")).

Por forma a nortear a seleção dos artigos para análise, foram definidos os critérios de inclusão e exclusão.

- Critérios de inclusão: RN, lactentes e pais; Estratégias de gestão do choro do RN e lactente; Língua Portuguesa e Inglesa;
- Critérios de exclusão: fase desenvolvimental toddler, pré-escolar, escolar ou adolescente; Artigos sem acesso ao texto integral; Livros; Capítulos de livros;

Desta pesquisa, realizada a oito de dezembro de 2023, obtiveram-se 25 artigos na EbscoHost (quatro na bases de dados CINHALL Complete e 21 na Medline Complete), 58 artigos na Web of Science e 22 artigos na Scopus. Não foi aplicado limite temporal, por forma a identificar a informação existente sobre esta temática.

Do total de 105 estudos, foram excluídos 21 duplicados, e três por indisponibilidade de acesso ao texto integral, perfazendo 81 estudos para análise. Após leitura do resumo e simultânea aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram eliminados 40 artigos por não serem adequados ao objetivo da revisão, resultando num total ficaram 41 estudos para análise do texto integral. Concluída a leitura foram excluídos 15, um por apresentar população alvo não adequada, seis pelo contexto desajustado, e oito por não responder à questão de partida, resultando em 26 estudos para inclusão na revisão.

As estratégias promotoras de conforto e bem-estar do RN/lactente face ao choro identificadas foram variadas, sendo algumas delas coincidentes com as estratégias que compõem o método dos 5 S's, desenvolvido pelo Pediatra Dr. Karp (2014), para atingir o reflexo calmante. Desta forma, as estratégias identificadas foram: a contenção (Botha et al., 2020; Fujiwara et al., 2020; Harrington et al., 2012); a posição de lado (Botha et al., 2020; Harrington et al., 2012); o ruído branco (Botha et al., 2020; Harrington et al., 2012); o embalar (Botha et al., 2020; Campos, 1994; Fujiwara et al., 2020; Harrington et al., 2012); o sugar (Botha et al., 2020; Campos, 1994; Chaudhary et al., 2023; Harrington et al., 2012; Liaw et al., 2011).

Acrescem ainda outras estratégias não incluídas no método supracitado, nomeadamente: o contacto pele a pele (Christensson et al., 1996); a acupuntura (Reinthal et al., 2008); a sacarose (Liaw et al., 2011); recurso a aplicações de inteligência artificial (Saha et al., 2013); a almofada MIMO, com a gravação do batimento cardíaco materno (Chen et al., 2015) e o confortar e cantar (Chaudhary et al., 2023).

Adicionalmente, após análise dos resultados, pude ainda constatar que as áreas abordadas vão ao encontro da literatura anteriormente pesquisada, podendo o seu conteúdo ser agrupado por temáticas da seguinte forma:

- O choro enquanto forma de comunicação;
- As diferenças do significado associado ao choro em diferentes partes do Mundo;
- Gestão do choro inconsolável;
- Consequências do choro inconsolável nos pais e no RN/lactente;
- A importância do aconselhamento parental relativamente ao choro;

Em suma, os resultados apontam para o choro como sendo a principal estratégia comunicacional do RN e lactente nos primeiros meses de vida (Lahti et al., 2019). Os fatores socioculturais parecem interferir na forma como os pais reagem face ao choro do seu

RN/lactente (Christensson et al., 1996) e no significado que lhe atribuem. Este, mesmo quando é inconsolável, é na maioria das vezes normativo ao desenvolvimento do RN e lactente, pelo que uma reação adequada ao choro tem uma reação direta e importante no desenvolvimento do RN/lactente (Chang et al., 2020). As consequências do choro inconsolável, não devem ser subestimadas e podem tornar-se perigosas para o RN/lactente, psicológica e fisicamente (Lehtonen & Rautava, 1996). Desta forma, a implementação de estratégias psico-educacionais aos pais sobre esta temática, podem promover a autoeficácia parental (Missler et al., 2020). Esta pesquisa contribuiu para uma maior consistência do conhecimento adquirido, e fundamentou a pertinência do estudo desta temática.

Neste sentido, para além do exposto, foi particularmente relevante pela transversalidade que assumiram nos diferentes contextos, alguns dos temas que irei passar a apresentar.

No processo de desenvolvimento de competências especializadas em ESIP, o conhecimento teórico sustenta e fundamenta o processo de tomada de decisão. Esta apresenta-se como uma aptidão essencial à prática de exercício da profissão, exigindo por parte do enfermeiro a capacidade de dar resposta às necessidades dos utentes, e resolver os desafios com que se depara, enquanto prestador de cuidados, responsável na coordenação ou, ainda, como gestor de uma equipa de trabalho. Para isso, este deve estar familiarizado com os fatores contributivos para este processo, e ter as ferramentas necessárias para atuar, e prestar cuidados de enfermagem de qualidade (Lourenço et al., 2022).

No que concerne à realização da conceção de cuidados, foi utilizada a Plataforma E4nursing, que tem por base a Ontologia em Enfermagem. A Ontologia em Enfermagem constitui uma estrutura de informação que permite a representação conceptual e teórica do conhecimento de enfermagem (Peace & Brennan, 2009), possibilita a especificação de conceitos e de como se relacionam entre si, dentro do domínio disciplinar de enfermagem, descrevendo uma representação formal do conhecimento (Bastos et al., 2022). A E4nursing, por sua vez, é uma plataforma bilingue (Português/Inglês), direcionada para o processo de conceção de cuidados de enfermagem, cuja organização assenta nas principais etapas do processo de tomada de decisão clínica, seguindo uma estrutura de conteúdos norteada pela Ontologia de Enfermagem, aprovada pela OE (ESEP, 2024). A sua utilização para a realização da conceção de cuidados foi feita através da realização de duas sessões em cada um dos cenários apresentados, relativos a um caso dos muitos acompanhados durante a realização dos quatro ENP. Importa clarificar que cada sessão se apresenta como um momento específico no turno, como se de uma fotografia se tratasse, podendo ocorrer, ou não, no mesmo turno.

Sendo a Teoria das Transições parte integrante e essencial da organização da Ontologia em Enfermagem, pela sua importância no ciclo vital da pessoa, torna-se relevante a sua explanação. A transição é vivenciada ao longo do ciclo vital, pelo tem sido considerada um conceito basilar para a prática de enfermagem. Uma transição caracteriza-se como um processo

desencadeado por uma mudança irreversível na vida da pessoa, ou ambiente, com a passagem de um estado, condição ou lugar, para outro, o que obrigará à aquisição de novos conhecimentos e/ou a novas capacidades necessárias para o ajuste à nova realidade (Schumacher & Meleis, 1994). Os períodos de transição estão associados a momentos de vulnerabilidade, pelo desafio que apresentam, relacionados com a vivência de uma experiência ou situação nova, nunca antes vivida (OE, 2015a). Desta forma, podem resultar num aumento da sensação de insegurança ou de incapacidade de conseguir lidar com os desafios apresentados. Assim, o enfermeiro tem um papel essencial, ao intervir de forma a facilitar o processo adaptativo, através, por exemplo, da melhoria de conhecimento e/ou capacidades, promovendo a vivência de uma transição de forma saudável (Meleis, 2010).

Como parte integrante do seu processo dinâmico, a transição é constituída por propriedades que estão inter-relacionadas, tais como: a consciencialização que se apresenta como um conceito fundamental, através da percepção do que se vivencia numa transição e de que houve uma mudança irreversível; o envolvimento, que está estreitamente relacionado com a consciencialização, uma vez que a pessoa apenas pode envolver-se no processo de mudança, se dela tiver consciência; as mudanças/diferenças, uma vez que para haver transição é necessário que tenha havido uma mudança, sendo importante perceber os efeitos causados, por forma a compreender a transição a ela associada; o tempo, é uma parte fundamental do processo de transição, sendo necessário para que a pessoa se aperceba que ocorreu uma mudança, para a qual necessita de melhorar o conhecimento e a capacidade de forma a poder adaptar-se à nova realidade. Apenas com tempo é possível vivenciar um processo de transição e alcançar a mestria e integridade fluída no seu novo papel; o evento crítico agudiza a situação de mudança, criando uma adversidade adicional durante o processo de transição, o qual deve ser tido em consideração, uma vez que interfere com a vivência deste processo (Meleis, 2012). Importa referir que a criança inicia a sua vivência de transição a partir da idade pré-escolar, com o início do processo de consciencialização, e com ela a percepção de que houve uma mudança na sua vida. Até esse período desenvolvimental, o processo de transição é circunscrito à mãe/pai, relativa à vivência da parentalidade. A maternidade/paternidade é um dos profundos desafios que os seres humanos enfrentam, pela responsabilidade inerente, pelas mudanças que provoca na dinâmica pessoal e familiar, e pela necessária adaptação que o nascimento de uma criança requer no seio da família (OE, 2015a).

O tipo de transição pode ser variável, tendo sido identificados quatro tipos de transição, sendo que me vou focar apenas nos três mais comuns ao contexto de cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediátrica: saúde/doença, relacionada com mudanças relativas a situação de doença; desenvolvimental, relativa à ocorrência de processos expectáveis durante o ciclo vital; situacional, que se refere ao acontecimento de um evento que irá mudar a forma como a pessoa se relaciona com outra, muitas vezes ligada à necessidade de cuidar de outra pessoa, de forma não esperada (ex: pais que cuidam de uma criança/jovem com necessidades especiais). A

transição enquanto processo dinâmico, pode ter um padrão único, múltiplo, sequencial, simultâneo, relacionado ou não relacionado, o que terá impacto na sua vivência, merecendo por isso atenção por parte do enfermeiro (Meleis, 2010).

As condições facilitadoras ou dificultadoras da transição vão ter uma relação muito importante com a forma como esta é vivida pela pessoa, podendo ser relacionadas com as condições pessoais, de comunidade e sociais. As condições pessoais, intrínsecas à pessoa, incluem o significado, as crenças e as atitudes, o status económico e a preparação prévia. O significado relaciona-se com a percepção e o valor que é atribuído pela pessoa à mudança que ocorreu e que está a vivenciar. Podem ser atribuídos significados: negativos, neutros e positivos. As crenças e o status económico podem apresentar-se também como facilitadoras, neutras ou dificultadoras, caso interfiram no processo de transição. A preparação prévia, remete-se ao conhecimento e à capacidade, sendo que o primeiro está relacionado com o pensamento baseado na sabedoria adquirida e o segundo com a habilidade de executar uma determinada atividade com competência (Chick & Meleis, 1986).

As terapêuticas de enfermagem utilizadas pressupõem intenção, que será a de atuar de forma a facilitar a transição. O papel do enfermeiro é preponderante, e o planeamento da conceção de cuidados, deve dar resposta às necessidades observadas, após análise e reflexão sobre as características da transição que está a ser vivenciada pela pessoa. O padrão e as suas propriedades, as condições que se apresentem como sendo facilitadoras ou dificultadoras da sua vivência, e dos padrões de resposta (Meleis, 2010), o que lhe permitirá ter uma atuação mais significativa na experiência de transição da pessoa, de forma a facilitar esta vivência, com vista a uma transição saudável (Meleis, 2012). Para avaliar de que forma a pessoa está a vivenciar a transição, os indicadores de processo como o envolvimento, a progressiva aquisição de conhecimento e a percepção de autoeficácia são essenciais. O envolvimento, sendo uma propriedade, como anteriormente descrito, é um bom indicador da evolução do processo de transição. Por outro lado, a melhoria do conhecimento terá impacto na percepção de autoeficácia, que se refere ao juízo do que cada um percebe ser capaz de fazer, independentemente das capacidades que possui. Os indicadores de resultado, indicam-nos que o processo de transição chegou ao fim, sendo compostos pela mestria, que diz respeito à competência, com sentimento de controlo sobre a tarefa a desempenhar; e a integridade fluída, que se relaciona com a incorporação de uma nova identidade face à mudança que desencadeou o início do processo de transição (Meleis, 2010).

A promoção e otimização da saúde do RN/lactente e família, inclui uma vigilância contínua e o acompanhamento aos pais, que se encontram a vivenciar uma transição (Meleis, 2010). A transição implica a aquisição de novos conhecimentos e capacidades por forma a atingir a mestria e integridade fluída do novo papel agora desempenhado (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000). Nesse sentido, o papel do Enfermeiro é de extrema relevância, pela sua atuação como agente facilitador da transição relativa à parentalidade, contribuindo para um

melhor desempenho do seu papel parental, com confiança e segurança (Chora, 2020).

Neste contexto, importa permitir que as crianças atinjam o seu potencial de desenvolvimento, enquanto direito humano e requisito essencial para um desenvolvimento sustentável. Dada a importância em permitir que a criança tenha o melhor início de vida possível, o setor da saúde, entre outros setores, tem um importante papel e responsabilidade em apoiar e cuidar do desenvolvimento das crianças/jovens (World Health Organization, [WHO], 2020).

Entende-se por literacia a capacidade de compreender, interpretar e comunicar através de materiais escritos associados em vários contextos. Esta relaciona-se com a aprendizagem contínua, que permite à pessoa desenvolver o conhecimento, alcançar os objetivos a que se propõe, e participar de forma ativa na sociedade em que se integra (Unesco, 2004). Na perspetiva da saúde, a literacia é um conceito abrangente, que engloba as componentes pessoal e social da pessoa, espelhando-se na capacidade de tomar decisões relativas à saúde, importantes no dia a dia (Pedro et al., 2016). Pode ser definida como o grau de facilidade com que a pessoa consegue obter, processar, entender e comunicar sobre informações relativas à saúde, necessárias para tomar uma decisão informada e utilizar os serviços de saúde (DGS, 2019a). Um nível inadequado de literacia em saúde pode ter consequências significativas nos resultados em saúde, na utilização e recurso aos serviços de saúde (Berkman et al., 2010), resultando em mais internamentos e utilização mais frequente dos serviços de urgência (DGS, 2019a). Por outro lado, um nível adequado de literacia em saúde contribui para a promoção da saúde, prevenção da doença, bem como para a eficácia na utilização dos serviços de saúde, promovendo o alívio da sobrecarga na utilização inadequada dos mesmos. Assim, torna-se fundamental e urgente a conceção e implementação de estratégias promotoras da literacia em saúde à escala nacional (Pedro et al., 2016).

Os enfermeiros, cuja área de atuação é a saúde infantil e pediátrica, têm a responsabilidade de promover e potenciar o saudável crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, ao longo do seu ciclo vital (Regulamento n.º 422/2018, 2018). A sua atuação face à avaliação do conhecimento dos pais, e se aplicável, da criança/jovem, é essencial para a vivência do(s) seu(s) processo(s) adaptativo(s), através da educação para a saúde, mediante a realização de informoterapia, do acompanhamento da criança/jovem/família, e da promoção dos cuidados centrados no desenvolvimento saudável (Ramos et al., 2020). Entende-se por terapia pela informação ou informoterapia a prescrição direcionada de informação baseada na evidência, específica para a pessoa, a sua condição e necessidades (Mitchell, 1994). A prescrição e administração de informação apropriada, com foco na decisão, leva ao empoderamento da pessoa e permite-lhe participar ativamente na gestão da saúde, resultando em ganhos para saúde (Gwinn & Seidmand, 2004). Apesar de toda a informação disponível online à qual o público pode ter acesso, tal não significa que saiba utilizá-la da forma adequada ou segura. A terapia pela informação, pretende colmatar esse hiato, entre a informação disponível e a sua adequada utilização, de forma a promover ganhos em saúde para a população. Assim, a

informoterapia tem um papel fulcral na capacitação dos pais no desempenho do seu papel parental, permitindo-lhes partilhar dúvidas, frustrações e medos; criar uma relação de confiança com o enfermeiro que terá um impacto positivo em todos os intervenientes. Tem também um papel fundamental na promoção da saúde da criança/jovem. Ao promover a literacia em saúde, o enfermeiro atua de forma a melhorar o conhecimento da criança/jovem/família, bem como, na melhoria da autoeficácia. Um exemplo disso é o resultado de melhoria de autoeficácia dos pais, consequente à realização de informoterapia, que os prepara gradualmente para o momento da alta, e promove a aquisição de mestria no papel parental (Botha et al., 2020).

Sendo a saúde responsabilidade de toda a sociedade é necessário agir em todos os contextos (família, escola, local de trabalho, instituições de saúde), de forma a que se tornem favoráveis à saúde. Assim o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2030, tem como objetivos “trabalhar em conjunto”, “informar”, “comunicar” e “comprometer as pessoas”. Desta forma, é premente a necessidade de atuação na informação das pessoas, comunicar e fomentar o sentido de responsabilidade, na estratégia de resolução do problema de saúde da criança/jovem. Pais informados, com uma adequada literacia em saúde, poderão ter uma maior segurança na sua atuação face à gestão da saúde dos filhos, culminando numa mais equilibrada utilização dos sistemas de saúde, por forma a manter uma saúde sustentável: de todos para todos (DGS, 2023a). Numa Era cada vez mais digital, é necessário haver uma adequação dos métodos de “administração” de informação de saúde, e uma adaptação à evolução dos sistemas de comunicação atuais, através do desenvolvimento e implementação de estratégias inovadoras que consigam dar resposta às necessidades da sociedade, relativamente à informação fidedigna sobre saúde, sendo essa mais uma meta do PNS 2030.

No caso da hospitalização da criança/jovem, o enfermeiro complementa os cuidados prestados pelos pais, competindo-lhe não apenas a prestação de cuidados, mas também o apoio, o ensino e o encaminhamento, permitindo-lhes dar resposta adequadamente à satisfação das necessidades da criança (OE, 2015a). Os enfermeiros são, assim, os principais promotores de estratégias para o estabelecimento de parceria de cuidados, cultivando os cuidados parentais (Ramos et al., 2020). Com base no modelo teórico de parceria de cuidados, criado por Anne Casey (1993), os pais são considerados os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos. A família, é considerada uma constante na vida da criança/jovem e é crucial a sua presença durante a hospitalização. Os enfermeiros, por outro lado, devem desenvolver todo o planeamento de cuidados promotor do envolvimento, negociado com os pais no processo de cuidar e melhorando, nos momentos adequados, os seus conhecimentos e capacidades para o desenvolvimento do seu papel parental. O envolvimento dos pais nos cuidados representa para a criança/jovem uma garantia de afeto, suporte e segurança, que conjuntamente contribuem para a minimização dos efeitos nefastos da hospitalização na vida da criança/jovem (Monteiro & Cerqueira, 2020). Como resultado é promovido o papel parental, sendo a intervenção do enfermeiro direcionada para a avaliação e resolução das necessidades que a

criança/jovem/família apresentam, com o objetivo de melhorar a sua condição de saúde, num ambiente em que a criança/jovem se sente segura e confiante. A visita da família, a permanência dos pais e a prática de cuidados centrados na família, pode minimizar os compromissos da hospitalização no desenvolvimento da criança, sendo por isso promovida a sua realização.

O desenvolvimento do relatório encontra-se organizado em três capítulos. Um capítulo caracteriza os contextos onde os ENP foram realizados, considerando os recursos físicos, humanos e materiais, o método de trabalho e dotação de enfermeiros. Seguidamente, são apresentados quatro planos de cuidados representativos da conceção de cuidados em cada contexto clínico, destacando a diversidade de clientes alvo de cuidados de enfermagem na área de ESIP. A sua apresentação tem por base uma estrutura organizada, que segue a ordem de pensamento em enfermagem. Começa por contextualizar o cenário, seguido do enquadramento teórico que fundamenta as decisões do enfermeiro face à situação exposta. Destaca-se a importância da díade criança/família, fornecendo dados sobre os clientes e seus pais relevantes para a conceção de cuidados. A medicação prescrita à criança/jovem e aspetos de enfermagem relevantes são mencionados, assim como procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica prescritos, como a presença de sonda, drenos e cateteres, todos fundamentados teoricamente. Os domínios selecionados para o cenário são apresentados, com a justificação da sua escolha e explicação da conceção de cuidados. As intervenções de enfermagem são detalhadas, seguidas por uma síntese que fundamenta as escolhas feitas ao longo do processo de cuidados. Por último, é apresentada uma análise crítico-reflexiva e as atividades realizadas e experiências vividas ao longo do percurso formativo, que permitiram a aquisição de competências especializadas em ESIP.

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

Para o desenvolvimento de competências clínicas especializadas em ESIP, releva a componente clínica que se concretiza na realização de estágios em ambientes clínicos. Neste sentido importa descrever os contextos onde os mesmos decorreram. Assim, os estágios realizados em contexto de Cuidados Diferenciados Pediátricos, ocorrerem na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), no Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente (SUPP) e no Internamento de Oncologia Pediátrica. Relativamente ao contexto de Cuidados de Saúde Primários, o estágio decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Todos os estágios ocorreram em Hospitais e Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) na região Norte do país e possibilitaram, conjuntamente, uma experiência abrangente sobre a realidade dos cuidados de saúde prestados à criança/jovem e família, constituindo-se como uma mais-valia no processo de aprendizagem. Desta forma, será feita de seguida uma descrição dos locais de estágio, por ordem de realização, considerando a estrutura, os clientes alvo de cuidados, os recursos físicos e humanos, bem como o método de trabalho adotado pelas equipas.

No que se reporta aos métodos de trabalho e, por forma a melhor concretizar o entendimento destes, importa fazer uma breve referência teórica considerando os métodos observados nos contextos clínicos onde decorreram os estágios. Um método de trabalho pode ser definido como a base da organização da equipa para a prestação de cuidados aos clientes, sendo a sua escolha preponderante para a qualidade dos cuidados e consequentemente para a segurança do cliente (Ventura-Silva et al., 2021). Assim, dos quatro diferentes métodos de trabalho existentes, destacam-se três métodos de trabalho utilizados pelos enfermeiros ao longo dos ENP: o individual, o de trabalho em equipa e o de enfermeiro de referência.

O primeiro baseia-se numa abordagem de assistência global ao utente, com um único enfermeiro responsável pela prestação de cuidados durante o turno. Neste método, a organização dos cuidados é centrada nas necessidades do cliente. Relativamente ao método de trabalho em equipa, há uma distribuição dos elementos da equipa em grupos, sob a liderança de um enfermeiro coordenador, que garante que as capacidades de cada elemento são rentabilizadas, garantindo uma prestação de cuidados integrais aos utentes por quem estão responsáveis (Ventura-Silva et al., 2021). Por fim, o método de enfermeiro de referência, consiste na prestação de cuidados com base na responsabilidade individualizada na tomada de decisão relativa à planificação, administração e coordenação dos cuidados de enfermagem. Segundo este método, o enfermeiro é responsável pela forma como é dada continuidade aos cuidados prestados, caracterizando-se pela vinculação contínua entre o utente e o enfermeiro, durante o processo de cuidar (Rego & Coelho, 2016).

Conjuntamente com os métodos de trabalho que melhor se adequam ao perfil de cada local de estágio, e como garante da qualidade dos cuidados prestados, importa referir a dotação segura dos enfermeiros em cada uma das áreas, norteadas pelas normas preconizadas pela OE (2019). Deste modo, a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e o perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, devendo, para isso, ser utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população. Assim, o cálculo da dotação de enfermeiros não deve apenas limitar-se à contabilização de horas de cuidados por doentes e por dia, mas também considerar aspetos fulcrais como as competências profissionais, a arquitetura da instituição, a desconcentração de serviços, a formação e a investigação a realizar (Regulamento n.º 743/2019 Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Em Portugal, está estabelecida uma rede de referenciação perinatal organizada em três níveis de atuação, onde se enquadram diferentes tipos de hospitais: os hospitais de apoio perinatal, os hospitais de apoio perinatal diferenciado e os hospitais de apoio perinatal altamente diferenciado. Cada um destes níveis possui a capacidade de proporcionar cuidados menos ou mais especializados, respetivamente. A escolha do tipo de hospital ao qual recorrer baseia-se na diferenciação técnica dos cuidados oferecidos à grávida, ao feto, à puérpera e ao RN. Este critério não se limita apenas à avaliação de expectativas de risco perinatal, como a idade gestacional, mas enfatiza a atenção a patologias menos comuns, que requerem intervenção multidisciplinar e/ou a utilização de técnicas mais complexas ou de duração prolongada (Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação Materna, da Criança e do Adolescente [RNEHRMCA], 2016). As unidades de neonatologia desempenham um papel crucial na prestação de cuidados de saúde ao RN, abrangendo todas as crianças com menos de 28 dias de vida, independentemente, do nível de cuidado necessário: intensivo, intermédio ou especial. Porém, essas unidades podem ainda prestar cuidados específicos a lactentes que, deles necessitem, devido a problemas relacionados com o nascimento prematuro, como anomalias congénitas ou doenças adquiridas no período neonatal (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2017). Os objetivos dos cuidados, nessas unidades, têm evoluído em sintonia com os avanços científicos, a introdução de novos tratamentos e o progresso tecnológico, o que tem conduzido a novos protocolos de atuação no cuidado ao RN (Ribeiro, 2022). Inicialmente centrados na tentativa de aumentar a sobrevivência, os cuidados neonatais desenvolveram-se no sentido de diminuir o limiar de viabilidade, assegurando a integridade neurobiológica, e a promoção da integração da família nos cuidados ao RN e na unidade de neonatologia (ACSS, 2017).

De forma a dar resposta às necessidades face aos desafios esperados, relativos ao nascimento de recém-nascidos pré-termo (RNPT), os Standards Europeus de Cuidados de Saúde ao RN concentram-se na formação de profissionais de saúde, na adequação de estruturas e na

prestação de cuidados aos bebés prematuros e doentes, visando promover cuidados de saúde equitativos e de elevado padrão em toda a Europa (European Foundation for the Care of Newborn Infants, 2023). Em Portugal, os cuidados materno-infantis sofreram melhoria gradual, resultante da organização e complementaridade entre os cuidados primários e os diferenciados, centrados nas necessidades da grávida e da criança. A United Nations Children's Fund (UNICEF), no relatório de dezembro de 2010, considerava Portugal um dos três países com melhores níveis de igualdade no acesso a cuidados de saúde, tendo o sucesso sido mantido em avaliações posteriores, feitas por instituições como a Organisation for Economic Cooperation and Development (2013) e a Fundação Calouste Gulbenkian (2016).

Desta forma, o estágio decorreu na UCIN de um hospital de apoio perinatal altamente diferenciado. Esta unidade é composta por uma sala de cuidados intensivos, uma sala de cuidados intermédios e dois quartos de isolamento, uma sala de descanso destinada aos pais, com sofás, acesso a uma televisão e máquina de café. Há, ainda, uma sala de extração de leite materno e casas de banho para os pais, uma sala de refeições para utilização exclusiva da equipa multidisciplinar, o gabinete da Enfermeira Chefe e casas de banho para colaboradores.

Atendendo ao perfil de utente alvo de cuidados nas UCIN, o acesso a esta unidade é limitado e obedece a regras de segurança, tais como: o acesso por uma única porta que se encontra fechada; o acesso à unidade é limitado aos pais, após verificação da identidade; à entrada na unidade os pais são convidados a guardar os seus pertences num local próprio (cacifos individuais), a higienizarem as mãos, e vestir uma bata disponibilizada pelo serviço e de uso diário. A implementação destas medidas permite salvaguardar a segurança do RN face ao risco acrescido de infeções (Gardner & Hernández, 2016) e minimizar o risco de rapto, uma vez que não são utilizadas pulseiras anti-rapto, pela restrição de movimentos que provoca, e pela grande vulnerabilidade cutânea característica do RNPT (Hiner et al., 2012).

A unidade tem a capacidade máxima de 24 RN, destacando-se como centro de referência em diversas áreas, nomeadamente a hipotermia terapêutica e a genética médica. Possui capacidade para cuidar e tratar de RN com as mais complexas patologias, bem como a extrema prematuridade. Os RN podem ser admitidos por transferência intra-hospitalar, provenientes da sala de partos, bloco de partos, serviço de obstetrícia ou serviço de atendimento permanente pediátrico, ou por transferência inter-hospitalar oriundos de unidades neonatais pertencentes a outros hospitais. Em situação de transferência de um RN em estado crítico, a mesma é efetuada através do Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico (TIP), disponível 24 horas por dia. Em caso de transporte para o hospital da área de residência, o mesmo é assegurado por um dos elementos da equipa de enfermagem do turno em questão, em ambulância hospitalar. Os RN internados nesta unidade são na sua maioria prematuros, muitos dos quais RN de extremo baixo peso (com um peso ao nascimento igual ou inferior a 1000 gramas), e/ou de prematuridade extrema, tendo nascido com idade gestacional inferior a 28 semanas (Sociedade Portuguesa de Neonatologia [SPN], 2014) e que necessitam de cuidados intensivos por um longo período. No entanto, sendo

um centro de referência de especialidades como a genética médica e neurologia pediátrica, trata também RN de termo, com necessidade de avaliação e monitorização do seu quadro clínico.

A equipa de enfermagem é constituída por 52 elementos, distribuídos por cinco equipas, cada uma composta por 10 a 11 elementos, com diferentes níveis de experiência, assegurando assim um equilíbrio de perícia na equipa em todos os turnos. No que diz respeito à dotação segura dos cuidados de enfermagem na UCIN, a OE (2019) recomenda que haja "... dois EEESIP, por cada três enfermeiros, sendo que deverão existir dois EEESIP, em permanência, nas 24 horas..." (Regulamento n.º 743/2019 Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 145). Dos elementos constituintes da equipa, 53% são EEESIP, com vários membros a realizar formação do 2.º ciclo de estudos, no Curso de Mestrado também nesta área, o que demonstra um esforço para atingir o número de enfermeiros especialistas recomendado pela OE. Por turno trabalham oito enfermeiros, dos quais cinco ficam afetos à sala de Cuidados Intensivos, sendo um deles responsável de turno, e três na sala de cuidados intermédios.

O método de trabalho utilizado na UCIN é o método individual, com a atribuição de um a dois RN por enfermeiro, sendo este responsável pela realização da totalidade dos cuidados ao mesmo, durante o turno. Este método tem como referência o cliente e as suas necessidades. Importa referir, no entanto, que existe um claro espírito de equipa, notório em situações de urgência, em que toda a equipa se mobiliza para a resolução do problema. Os turnos têm a duração de 12 horas.

A presença dos pais é essencial para a promoção do vínculo e apego. Desta forma, os pais são incentivados a permanecer juntos dos filhos, podendo visitá-los diariamente, no período entre as 09:00 e as 22:00 horas. Os pais têm ainda a possibilidade de permanecer durante as 24 horas, se essa for a sua opção. Os cuidados prestados na UCIN são centrados na família, fomentando a parceria de cuidados tão importante para a adaptação a esta nova e desafiante fase da sua vida. Ao aplicar este modelo, as famílias sentem-se ouvidas, apoiadas e encorajadas a participar nos cuidados e na tomada de decisão, sempre que possível, o que lhes dá um sentido de pertença e propósito durante o internamento do seu RN na UCIN, promovendo sempre o vínculo e a ligação entre ambos (British Association of Perinatal Medicine [BAPM], 2021).

Face ao desafio da parentalidade de um RNPT ou com outra situação clínica, a necessitar de internamento numa UCIN, é expectável que a ansiedade e o stresse associados ao internamento do RN, interfiram negativamente na capacidade de aprendizagem dos pais. Além disso, na UCIN, os pais encontram-se num ambiente protegido, com apoio dos profissionais, que asseguram os cuidados ao RN e família, havendo a presença constante de dispositivos de monitorização dos sinais vitais do RN. Desta forma, é no regresso a casa que os pais são confrontados com a responsabilidade de assegurar os cuidados ao RN, o que pode gerar-lhes stresse e ansiedade (Frota et al., 2013). Assim, por forma a dar resposta a esta dificuldade, a UCIN adotou o projeto

Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD), através do qual é realizado o acompanhamento do RN após a alta. Este projeto tem como objetivo prestar apoio personalizado e centrado na família, no domicílio, promovendo uma transição segura para este contexto, com a garantia da equidade e acessibilidade a cuidados de saúde complexos e diferenciados (Martins & Periquito, 2019). Os critérios de referenciação e ativação da UMAD da UCIN, definidos pela equipa de trabalho, são: RNPT; RN de baixo peso no momento da alta; Gemelaridade; RN em adaptação à amamentação; RN em situação de risco social; RN com necessidades especiais; ou outras situações identificadas como pertinentes pela equipa multidisciplinar. Uma vez tomada essa decisão, a data é agendada em conjunto com os pais. Este projeto resulta em ganhos para a saúde, como uma maior adesão ao aleitamento materno, maior conforto e segurança da família nesta nova etapa, na redução do tempo de internamento, prevenção de reinternamentos e consequências que destes podem resultar (Martins & Periquito, 2019).

Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente

O sistema integrado de emergência médica em Portugal está estruturado em três níveis distintos de atuação, organizados por ordem crescente de recursos e capacidade de resposta: o Serviço de Urgência Básico (SUB), o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e o Serviço de Urgência Polivalente (SUP) (Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde, 2014).

Os SUB representam o primeiro nível de acolhimento do utente, destinando-se à abordagem e resolução de situações mais simples e comuns de urgência. No caso do atendimento a crianças, (do nascimento aos 17 anos e 364 dias de vida), esse encontra-se integrado no atendimento geral. No âmbito do atendimento de crianças nos Serviços de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e nos Serviços de Urgência Polivalente (SUP), esta responsabilidade é atribuída à Urgência Pediátrica, a qual deve possuir instalações autónomas fisicamente independentes das áreas de atendimento de adultos (Despacho Normativo n.º 3762/2015 do Ministério da Saúde, 2015). O SUPP representa a resposta de atendimento para crianças em situações de doença ou trauma grave. Deve dispor de todos os recursos mínimos definidos para um Serviço de Urgência Polivalente (SUP), incluindo suporte diagnóstico e terapêutico, bem como acesso a diversas especialidades como Neurocirurgia, Cirurgia Pediátrica e Cuidados Intensivos Pediátricos (Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde, 2014).

O estágio decorreu num SUPP, que como referido anteriormente, tem como objetivos principais garantir a prestação de cuidados de excelência à criança/jovem em caso de doença aguda, urgente ou emergente; visa fomentar as melhores práticas clínicas na área da pediatria de urgência e promover um cuidado célere e eficiente, procurando a diminuição do tempo de espera tanto para a primeira observação médica quanto para a alta clínica. É uma característica deste local de estágio a notável variabilidade de problemáticas que motivam os pais a recorrer ao mesmo. Durante a realização de ambos os estágios, em diferentes fases do ano, tendo o segundo ocorrido durante o período de inverno, entre as causas mais frequentes que motivaram

o recurso à urgência pediátrica foram: a ocorrência de vômitos e recusa alimentar, febre sem foco e infecções urinárias em lactentes; infecções respiratórias em RN e lactentes causadas por vírus respiratórios, tendo sido o mais comum o vírus sincicial respiratório (VSR); acidentes e quedas de crianças em fase desenvolvimental de toddler; bem como jovens politraumatizados em estado muito grave, em resultado de acidentes rodoviários, envolvendo na sua maioria motociclos. Foi também observada a triagem de crianças transferidas por TIP, após referência hospitalar por necessidade de cuidados mais especializados e agudização da sua condição clínica.

Estruturalmente, à data da realização do estágio, a Urgência de Pediatria encontrava-se em instalações provisórias e constituía-se por: duas salas de triagem, duas salas de espera, uma sala de procedimentos, gabinetes médicos, a sala de internamento de curta duração e observação (OBS), uma sala de sujos, armazém, casas de banho para os utentes e para os profissionais e duas salas de refeições, destinadas ao uso exclusivo da equipa multidisciplinar. A sala de emergência manteve-se em utilização, no local original, durante todo o processo de renovação do SUPP.

A elevada e crescente afluência de crianças e jovens aos serviços de urgência pediátricos determina a necessidade de priorizar o atendimento, por forma a aplicar rapidez e eficiência na resposta dada à situação clínica observada na chegada ao hospital. Esse estabelecimento de prioridades é denominado de triagem (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2013). Todos os serviços de urgência, devem ter um sistema de triagem que permita garantir graus de prioridade e aplicar critérios preestabelecidos de tempo até à primeira observação médica (Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde, 2014).

No que concerne à triagem de crianças/jovens, na Urgência Pediátrica, o sistema utilizado deve considerar as especificidades da criança, independentemente do nível de urgência em que seja praticado. Este processo inclui uma observação rápida da criança/jovem, com o intuito de identificar o grau de urgência. É preconizado que ocorra através de um processo célere de avaliação, baseado no primeiro olhar crítico e na queixa relatada, exigindo uma destreza mental e rapidez de decisão por parte do enfermeiro, que deve ter competências e experiência nesta área, por forma a realizar uma triagem com base numa avaliação sólida de todos os componentes envolvidos (Gomes et al., 2019).

Em idade pediátrica é indicada a utilização de um método de triagem exclusivamente destinado a esta população, podendo ser utilizado o Sistema de Triagem de Manchester ou o Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale (CPTAS), sendo este último, particularmente adequado à especificidade das situações pediátricas (Despacho Normativo n.º 3762/2015 do Ministério da Saúde, 2015). O Modelo Canadano de Triagem Pediátrica, é o método de triagem utilizado no SUPP, e está organizado em cinco níveis de acuidade: reanimação, emergente, urgente, pouco urgente e não urgente, numerados de um a cinco, respetivamente. Esta numeração reflete o

nível de gravidade, sendo o nível um o mais grave e o nível cinco o menos grave. A implementação deste modelo de triagem possibilita uma rápida classificação da condição da criança no primeiro contato, com base na urgência, risco e gravidade da queixa apresentada, bem como nos sintomas observados e avaliados (Gomes et al., 2019).

Após a triagem, a criança e o respetivo acompanhante aguardavam na sala de espera para serem observados pelo médico especialista na área relacionada ao motivo pelo qual recorreram à urgência. Após observação médica, as atitudes terapêuticas prescritas, eram realizadas na sala de procedimentos, de entre as observadas as mais frequentes foram: a aspiração de secreções, a administração de medicamentos, a colheita de sangue, e a colheita de urina por algáliação. Nesta sala eram, ainda, executados procedimentos como a punção lombar, pelo espaço disponível e privacidade que oferecia. Após a realização dos procedimentos, a criança/jovem e acompanhante aguardavam na sala de espera pelos resultados dos exames, ou para verificar a evolução da sua condição clínica. Caso se verificasse melhoria da condição e por indicação médica a criança/jovem tinha alta. Nas situações em que era necessária uma observação mais prolongada, com monitorização dos sinais vitais, por um período mais alargado de tempo, a criança/jovem era encaminhada para a sala de OBS, destinada a internamentos de curta duração. Com esta finalidade, em OBS, existiam 11 camas de internamento e quatro camas designadas como área laranja, destinadas à observação e monitorização cardiorrespiratória contínua. Dispunha ainda de um quarto de isolamento, para internamento de curta duração de crianças/jovens que apresentassem risco infeccioso ou especial vulnerabilidade de contágio. Após monitorização do estado de saúde e de acordo com a sua evolução a criança/jovem poderia ter alta, ser transportada para o hospital de origem, ou ser internada na Unidade de Pediatria, na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) ou UCIN.

Em caso de necessidade de cuidados emergentes, de que é exemplo a criança/jovem politraumatizado, em estado de mal epilético ou com dificuldade respiratória grave com necessidade de ventilação invasiva era utilizada a sala de reanimação. Esta tinha capacidade para três utentes pediátricos em estado crítico, com capacidade de ventilação invasiva, não invasiva, monitorização cardiorrespiratória contínua, administração e perfusão de medicamentos e realização dos procedimentos necessários à estabilização hemodinâmica do utente pediátrico. Estes utentes habitualmente chegavam via INEM e eram recebidos pelos enfermeiros de triagem já na sala de reanimação, onde eram feitos os procedimentos invasivos necessários à estabilização do utente, e onde era feita a avaliação e decisão clínica. Dependendo da evolução do estado clínico da criança/jovem, o mesmo seria encaminhado para a sala de OBS ou para a UCIP, para continuidade de cuidados.

A equipa de enfermagem era constituída por 52 enfermeiros, distribuídos em seis equipas, dos quais 16 eram EEESIP, um especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e um especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O método de trabalho utilizado era um misto de trabalho individual e em equipa (Almeida Ventura-Silva et al., 2021), sendo os enfermeiros divididos em

grupos, sob orientação do enfermeiro coordenador, sendo, no entanto, responsáveis pelas suas intervenções. Por turno trabalhavam oito enfermeiros, dois dos quais ficavam responsáveis pela realização da triagem, dois ficavam alocados ao gabinete de realização de procedimentos de enfermagem, três ficavam responsáveis pelas crianças na sala de internamento de curta duração e área laranja e, ainda, um enfermeiro coordenador de turno, que organizava a atividade durante o turno. A sua atuação incluía organizar e providenciar a transferências de utentes, o transporte para o hospital de origem e ajustar de local de admissão da criança/jovem, em caso de alteração do estado clínico da mesma.

Em consonância com o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2019) a triagem deve ser assegurada, por dois EEESIP. As equipas do SUPP devem possuir formação adequada para operar como Centro de Trauma Pediátrico, estando preparadas para o atendimento diferenciado de trauma grave, inclusive neurotrauma (Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde, 2014). Paralelamente, no que respeita à sala de emergência e à constituição da equipa de enfermagem, as orientações da OE para os serviços de urgência pediátrica sugerem que, pelo menos, 50 % dos enfermeiros envolvidos neste atendimento devem dispor de formação em Suporte Avançado de Vida Pediátrico e Formação Avançada em Trauma Pediátrico (Regulamento n.º 743/2019, Ordem dos Enfermeiros, 2019). A equipa de enfermagem da UPP, tinha sete enfermeiros com a formação acima descrita. Importa, no entanto, referir que a equipa era composta por enfermeiros com vários anos de experiência em enfermagem de emergência, o que lhes permitia atuar de forma célere e adequada às necessidades da criança/jovem em situação de emergência, sendo esse facto tido em consideração na distribuição dos enfermeiros, por turno. Nos internamentos de curta duração, nem sempre era conseguido o rácio de um enfermeiro para três crianças, havendo nessas situações apoio por parte do enfermeiro coordenador de turno e dos restantes colegas, sendo visível o grande espírito de equipa. Os turnos eram de 12 horas.

É imperativo que, mesmo em momentos de grande afluxo, resultante de variados fatores, como a diminuição de urgências de pediatria disponíveis para atendimento de crianças/jovens em certas zonas geográficas do país, a utilização não otimizada dos serviços de urgência (Fundação Calouste Gulbenkian, 2016), ou da falta de resposta por parte dos cuidados de saúde primários, sejam implementadas medidas para garantir que os direitos das crianças, incluídos da Carta da Convenção sobre os Direitos da Criança, nomeadamente os direitos à vida, à sobrevivência, ao desenvolvimento e à proteção, ao superior interesse da criança, à não discriminação e ao respeito pela opinião da criança, não são comprometidos. Adicionalmente, o direito da criança ao acesso a serviços de saúde deve ser garantido, os profissionais de saúde devem ter competências relacionais e comunicacionais adequadas à idade e estágio de desenvolvimento da criança, deve, ainda, ser salvaguardada a existência de espaços adequados a crianças como o acesso a atividades educativas e de lazer, e o direito à privacidade e confidencialidade (OE, 2010).

A garantia de acesso a cuidados de saúde à população portuguesa em condições de equidade, acessibilidade e qualidade, sendo um eixo fulcral no PNS, exige ter em consideração os indicadores demográficos e geográficos, os recursos existentes e futuramente disponíveis, assim como o padrão nacional de utilização dos serviços de saúde. Exige também uma rede hospitalar coerente e eficiente, como parte de um sistema integrado de prestação de cuidados (Portal do Serviço Nacional de Saúde, 2016). Este planeamento visa proporcionar um atendimento eficiente e de qualidade, adaptando-se às necessidades sazonais e promovendo a transparência na comunicação das condições de funcionamento das urgências pediátricas (Sistema Nacional de Saúde [SNS], 2023).

Nesse sentido, o reforço do trabalho em rede entre as equipas das instituições hospitalares e dos cuidados de saúde primários; o Instituto Nacional de Emergência Médica, I.P. (INEM), e a Linha de Saúde SNS24, constituem a estratégia adequada para assegurar uma cultura de previsibilidade e confiança para os utentes e os profissionais de saúde. Tendo em vista a garantia da segurança do funcionamento dos Serviços de Urgência de Pediatria integrados no SNS, foram identificadas medidas cuja aplicação contribuirá para um resultado positivo. Entre elas está a literacia em saúde; o recurso à Linha de Saúde 24, incentivando a sua utilização antes de decidir deslocar-se ao SUPP; o recurso aos cuidados de saúde primários, que devem melhorar a sua capacidade de resposta para atendimentos não programados e a melhoria do conhecimento sobre a adequada utilização do número 112 (Direção executiva Sistema Nacional de Saúde, 2023). Espera-se que com esta aplicação conjunta, a utilização destas medidas resulte no recurso mais equilibrado aos serviços de saúde em geral à urgência pediátrica em particular, reservando-o para os casos verdadeiramente urgentes.

Oncologia Pediátrica

Estima-se que a taxa de incidência do cancro infantil em Portugal seja de 16,7 por 100 000 crianças, com uma taxa de mortalidade associada de 2,9 em cada 100 000 crianças (International Agency for Research on Cancer (IARC), 2023). Atualmente, a taxa de sucesso dos tratamentos encontra-se acima dos 70%, resultado apenas possível graças ao trabalho multidisciplinar e existência de instalações e recursos adequados. Quanto maior a sensibilização dos profissionais de saúde, maiores serão as possibilidades de haver um encaminhamento célere da criança para a unidade de oncologia pediátrica, proporcionando-lhe uma maior oportunidade de cura e completa recuperação. Para isso, é essencial a existência de unidades especializadas em oncologia pediátrica, onde estão disponíveis profissionais de saúde especializados nesta área e meios de diagnóstico e tratamento adequados (European Standards of Care for Children with Cancer (SIOPE), 2009).

O estágio decorreu num serviço de Oncologia Pediátrica, que recebe crianças de todo o Norte do país, onde é prestada assistência diferenciada e multidisciplinar no diagnóstico, tratamento e acompanhamento de crianças/jovens com doença oncológica e sua família. Estas podem ser

admitidas oriundas do SUPP, em caso de situação inaugural ou de agravamento do estado clínico; do Hospital de Dia Oncológico, por agravamento do estado clínico ou, ainda, para internamento eletivo, planeado como parte integrante do percurso de realização do tratamento oncológico. Os tratamentos realizados incluem quimioterapia, imunoterapia, radioterapia, transfusão de componentes sanguíneos, alimentação parentérica, entre outros.

Estruturalmente, o internamento é composto por seis quartos com casa de banho, um dos quais é duplo, tendo a capacidade máxima de sete crianças. Com exceção do quarto duplo, todos os outros têm uma antecâmara, onde podem ser colocados os equipamentos de proteção individual, como a bata, a máscara e luvas, salvaguardando a segurança e prevenção de infeção da criança com doença oncológica, com vulnerabilidade imunológica consequente aos tratamentos antineoplásicos.

Adicionalmente, fazem parte da sua constituição: a copa de leites e de refeições das crianças; a copa destinada ao uso exclusivo da equipa multidisciplinar, a sala de enfermagem, onde são preparadas as terapêuticas; a sala lúdico-pedagógica; uma sala destinada aos pais, com acesso a livros, sofá e televisão, onde são por vezes realizadas reuniões com os pais e elementos da equipa multidisciplinar. Há ainda a sala dos médicos e o gabinete da Diretora clínica. Embora haja duas portas, uma em cada extremo do internamento, uma delas requer a utilização de credenciais, exclusiva a colaboradores, pelo que o acesso por parte dos pais é feito, pela porta principal do internamento, após verificação da identidade pelo segurança, na entrada do edifício.

A equipa de enfermagem é constituída por 16 enfermeiros, dos quais 12 são EEESIP, o que vai ao encontro das recomendações da OE (Regulamento n.º 743/2019, Ordem dos Enfermeiros, 2019) relativas às dotações dos cuidados de enfermagem na área de pediatria oncológica. Por turno trabalham dois enfermeiros, um dos quais deve ser especialista, o que se verifica nesta equipa. Todos os enfermeiros com quem contactei revelaram uma capacidade comunicacional e empática excecional para com as crianças e os pais, transmitindo paz e segurança, tão necessárias em momentos como estes.

O método de trabalho utilizado pela equipa de enfermagem é o método individual, sendo a criança/jovem/família o alvo da ação do enfermeiro. A distribuição das crianças/jovens por cada um dos dois enfermeiros do turno, é realizada com base nas necessidades clínicas das mesmas. Os cuidados são prestados com base no modelo de parceria de cuidados, sendo os pais os principais cuidadores dos filhos, ficando em permanência durante as 24 horas. A atuação do enfermeiro baseia-se na prestação de cuidados do foro clínico complexo e específico à criança/jovem, bem como no envolvimento dos pais, avaliação de conhecimento e capacidades, realização de informoterapia e promoção da capacitação da criança/jovem/família, face a esta nova realidade. Os horários de trabalho dividem-se entre os turnos da manhã (08:00 horas às 15:00 horas), da tarde (15:00 horas às 21:00 horas) e da noite (21:00 horas às 08:00 horas).

Durante o estágio foi possível observar a colaboração de associações de apoio à oncologia pediátrica, de que são exemplo: a associação “ACREDITAR”, através dos voluntários que acompanham as crianças enquanto os pais se ausentam, normalmente, durante o horário de almoço; a “Associação Cor É Vida” e a “Operação Nariz Vermelho”, que proporcionam momentos de alegria e leveza, que dão oportunidade às crianças de brincar, cantar e rir; e a “Associação *Make a Wish*”, que realiza sonhos de crianças, permitindo a vivência de experiências ou aquisição de equipamentos de que necessitem e sonhem ter. Há, ainda, a “Casa *Ronald Macdonald*”, que permite que as famílias oriundas de zonas distantes do país possam viver perto do hospital durante a fase de tratamentos. A sala lúdico-pedagógica foi muitas vezes utilizada pelas crianças que o desejavam e o podiam fazer. A presença da educadora é muito importante pelo apoio e orientação que proporciona às crianças, diariamente, na promoção das suas competências desenvolvimentais.

O acompanhamento da criança em fim de vida, bem como dos seus familiares, foi algo que, também, pude observar, com ênfase no conforto da criança e acompanhamento emocional aos pais. A equipa marca presença no funeral da criança, tão valorizada pelos seus familiares. Adicionalmente, e após o falecimento da criança, a equipa de cuidados paliativos, que muitas vezes já a acompanhava, mantém o contacto e apoio aos pais que o desejem, através do contacto telefónico ou mesmo presencial.

À semelhança da UCIN, o Internamento de Oncologia Pediátrica realiza o acompanhamento da criança/jovem após a alta, no contexto domiciliário, através da equipa da UMAC. A referenciação é feita em equipa, pelo enfermeiro e médico. A visita é realizada pelo enfermeiro especialista, de forma a facilitar uma boa adaptação à vida em contexto domiciliário, objetivando uma redução do número de visitas da criança/jovem/família ao hospital. Desta forma, é realizada a prestação de cuidados decorrentes de atitudes terapêuticas, de que são exemplo: a manutenção de cateteres venosos centrais (CVC), a administração de medicação ou a realização de colheita de sangue, no domicílio, por forma a validar a presença de condições necessárias para o internamento eletivo para tratamento de quimioterapia. Estas visitas realizam-se duas vezes por semana, nas manhãs de segunda e quinta-feira.

Unidade de Cuidados na Comunidade

As UCC constituem uma das unidades funcionais dos ACES, apresentando autonomia na sua organização e colaboração com as restantes unidades funcionais. Geralmente localizadas nas instalações do ACES ao qual pertencem, em instalações próprias, as UCC atuam a nível comunitário, orientando-se pelas necessidades da população. A missão destas unidades é contribuir para a melhoria do estado de saúde da comunidade abrangida, com o objetivo de alcançar ganhos em saúde. As UCC fornecem cuidados de saúde, apoio psicológico e social, com enfoque em serviços domiciliários e comunitários, destinados a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situações de maior risco, dependência física e funcional, ou doença que

necessite de acompanhamento próximo. Além disso, desempenham um papel importante na educação para a saúde, integração em redes de apoio à família e implementação de unidades móveis de intervenção. Cabe-lhes também a responsabilidade de constituir as equipas de cuidados continuados integrados. A sua atuação baseia-se em princípios como: a cooperação, a solidariedade, o trabalho de equipa, a autonomia, a articulação com outras unidades do ACES, a parceria com estruturas da comunidade local, a avaliação contínua, a gestão participativa e a garantia de qualidade, conforme os níveis de desempenho definidos pelas entidades responsáveis. Os serviços disponíveis são diversificados e devem considerar o diagnóstico de saúde da comunidade e as estratégias de intervenção delineadas no PNS (Despacho n.º 10143/2009 do Ministério da Saúde, 2009).

Os programas e projetos das UCC integram-se no plano de ação do ACES, em colaboração com as unidades de saúde familiar (USF), as unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), Unidade de Saúde Pública (USP) e a equipa coordenadora local, no âmbito da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). As atividades englobam áreas como o diagnóstico de saúde da comunidade, intervenções em programas de proteção e promoção de saúde, projetos de intervenção com grupos vulneráveis e intervenção domiciliária no contexto da RNCCI (Despacho n.º 10143/2009 do Ministério da Saúde, 2009). Em suma, as UCC desempenham um papel crucial na promoção da saúde, prevenção de doenças e no apoio às comunidades locais, atendendo às necessidades específicas de cada população.

O quarto e último estágio decorreu numa UCC, cujo horário de atendimento é compreendido entre as 08:00 e as 20:00 horas. A UCC era constituída por 15 enfermeiros especialistas, em várias áreas de especialidade, sendo dois elementos EEESIP. Todos os enfermeiros asseguravam a implementação de projetos orientados para as necessidades da comunidade. Os seus programas de intervenção eram variados, onde se incluía a preparação para o parto e parentalidade, a saúde escolar, a gestão da diabetes, a reabilitação, a saúde mental, os cuidados paliativos, a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e a rede social, cuja implementação era assegurada pelos enfermeiros das diferentes especialidades. O rácio recomendado pela OE (2019) é o de pelo menos um enfermeiro por 5000 habitantes, preferencialmente um enfermeiro especialista. As características demográficas e sociais da população, os projetos planeados e as horas necessárias à sua concretização e avaliação dos resultados são também fatores importantes no ajuste do rácio necessário. Relativamente ao método de trabalho, foram aplicados os métodos de trabalho em equipa na UCC e de enfermeiro responsável na USF, em que o seguimento de cada família era feito pelo mesmo enfermeiro (Regulamento n.º 743/2019, Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Na área de saúde infantil, a saúde escolar tem um papel muito importante no acompanhamento das crianças, sendo assegurado pelo grupo de enfermeiros de saúde escolar, composto por uma EEESIP e uma Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária, que através da implementação de projetos que visavam a melhoria da literacia em saúde e do estilo de vida da comunidade

educativa, contribuíam para os ganhos em saúde da mesma. Relativamente aos programas de parentalidade, devem ser realizados por um EEESIP, sempre que incluírem nas suas temáticas a alimentação, a segurança, o desenvolvimento infantil e a massagem infantil (Regulamento n.º 743/2019 Ordem dos Enfermeiros, 2019). Adicionalmente, na realização de parcerias e programas comunitários de que são exemplo a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR); e a Equipa Local de Intervenção (ELI) responsável por operacionalizar o Sistema Nacional de Intervenção Precoce (SNIPI), é preconizada a presença de um EEESIP, com alocação de tempo integral, não devendo ultrapassar os 25 casos de crianças e jovens em risco.

Durante este estágio, pude observar a relevância de melhorar o conhecimento e promover a autonomia dos pais de RN e lactentes, relativamente a diversas áreas, tais como a amamentação, a massagem infantil e o desenvolvimento infantil. Acompanhei a realização das sessões do curso de parentalidade, efetuadas predominantemente online devido à maior adesão observada desde a pandemia de Covid-19, onde eram abordados temas como: o sono, a diversificação alimentar, a amamentação e o regresso ao trabalho, entre outros. As sessões eram planeadas antecipadamente e organizadas num cronograma, que era enviado aos pais, muitas vezes acompanhado de material adicional, proporcionando também um espaço para esclarecimento de dúvidas. O curso de massagem infantil, por sua vez, era presencial e compreende sete sessões. Durante essas sessões, os pais eram convidados a participar, praticando as técnicas de massagem. Cada sessão incluiu momentos de reflexão sobre a semana anterior, incentivando os pais a expressar suas emoções. Tive ainda a oportunidade de colaborar na realização de três consultas de enfermagem de saúde infantil, na USF inserida da UCC onde o estágio foi realizado.

Na UCC realiza-se a avaliação do desenvolvimento infantil, bem como a consulta de amamentação, após referenciação hospitalar. Esses serviços são prestados tanto presencialmente no centro de saúde como em visitas domiciliárias. Durante o estágio, pude observar os resultados positivos de uma colaboração efetiva entre os recursos hospitalares e os comunitários, proporcionando suporte integral à criança e à família. Essa parceria resulta numa gestão mais eficiente de recursos e, em última análise, benefícios significativos para a saúde da comunidade. Destaco também a cooperação da UCC com instituições de acolhimento infantil, oferecendo sessões de educação para a saúde aos colaboradores, visando aprimorar a qualidade dos cuidados prestados às crianças em situação de acolhimento. Este foi mais um exemplo do impacto positivo do trabalho da UCC.

3. ESTUDO DE CASO I: UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

A Laura (nome fictício) é uma RN, que nasceu às 29 semanas e 5 dias de gestação, por parto distócico (cesariana urgente) por agravamento da função cardíaca fetal e ausência de líquido amniótico observado ecograficamente. O seu peso ao nascimento foi 955 gramas, comprimento de 33 cm, perímetro cefálico de 24 cm e índice de APGAR de 8/9/10 ao 1º, 5º e 10º minutos de vida. Na admissão, foi diagnosticada com prematuridade extrema, com extremo baixo peso (EBP), classificando-se como leve para a idade gestacional (LIG) assimétrico. Necessitou de ventilação não invasiva administrada via Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP) nos primeiros 13 dias de vida. Ao 14º dia de vida iniciou Cânula Nasal de Alto Fluxo (CNAF), com fluxo 6 litros/minuto e FiO2 de 21-23 %, que mantém desde então. A Laura é a quarta filha. A mãe visita-a diariamente e o pai todos os fins de semana, uma vez que por motivos de trabalho não pode visitar durante a semana.

3.1. Enquadramento teórico

Perante o cenário apresentado torna-se pertinente abordar algumas temáticas sob o ponto de vista teórico, como a prematuridade, a definição de LIG e a gestão dos cuidados neonatais essenciais para o crescimento e desenvolvimento dos RN que nascem prematuramente. Por último, abordarei a teoria das transições e de que forma se enquadra neste caso específico. O plano de cuidados que se segue foi desenvolvido com base na experiência de prestação de cuidados de enfermagem na UCIN no 21º e 26º dias de vida da Laura (19/09/23 e 24/09/23), com idade gestacional corrigida de 32+5 e 33+3 semanas de gestação, respetivamente.

A prematuridade encerra em si exigentes desafios que têm um grande impacto a nível económico e social, constituindo na atualidade um problema de saúde pública urgente (WHO, 2022). A sua tendência tem sido crescente, estimando-se que 1 em cada 10 bebés que nasce a nível mundial seja prematuro, sendo ainda maior o número de crianças que nasce com baixo peso. A prematuridade é por isso considerada a maior causa de morte infantil abaixo dos cinco anos de idade. Esta pode ser definida como o nascimento de um RN vivo antes das 37 semanas completas de gestação, sendo classificada como prematuridade severa quando o nascimento ocorre entre as 28 e 32 semanas de gestação (Ramos et al., 2020; WHO, 2022). As circunstâncias relacionadas com o parto prematuro são multifatoriais, complexas e muitas vezes imprevisíveis. Este pode ter várias causas, podendo ser espontâneo ou induzido, por razões

médicas (Ramos et al., 2020; WHO, 2022). Em situação de risco de parto pré-termo, é preconizada a administração de corticoides pré-natais, por forma a promover a maturação pulmonar; bem como a administração de medicação tocolítica à mãe, de forma a atrasar o trabalho de parto. Após o nascimento, e assim que o RN atingir estabilidade hemodinâmica, a realização do método mãe-canguru, em que é feito contacto pele-a-pele entre o RN e a mãe, pode ter também um grande impacto na condição e saúde do RN, promovendo a sua termorregulação, contribuindo para promoção do aleitamento materno e da ligação da mãe com seu bebé, havendo uma clara relação entre a sua prática e a diminuição da mortalidade de RN de baixo peso (Arya et al., 2021).

O parto prematuro é hoje parte integrante no quotidiano hospitalar das Unidades de Neonatologia, onde o RN continua a fazer o seu desenvolvimento, e onde é cuidado e acompanhado, colmatando e apoiando da melhor forma possível as necessidades inerentes à sua imaturidade e vulnerabilidade, que serão tanto maiores quanto menor foi a sua idade gestacional (Ramos et al., 2020). Após o nascimento, a avaliação antropométrica é realizada através da avaliação dos parâmetros de crescimento, como o peso, comprimento e perímetro cefálico, que ajudam a prever o crescimento e o desenvolvimento subsequentes (WHO, 2020). No caso do RNPT, está indicado o uso dos gráficos de crescimento de Fenton que permitem uma avaliação mais precisa do crescimento versus idade gestacional. Se o peso for menor que o percentil 3 (P3), o RN é classificado como LIG, se for maior que o percentil 97 (P97), classifica-se como grande para a idade gestacional (Pereira-da-Silva et al., 2020). Estes gráficos são distintos para RN do sexo masculino e do sexo feminino e objetivam facilitar a sua transição para a utilização dos gráficos de percentis desenvolvidos pela WHO, ao permitir a avaliação do crescimento até 10 semanas de idade pós-termo. Pretendem essencialmente, facilitar a correta avaliação do crescimento do RNPT (Fenton & Kim, 2013).

A definição de LIG inclui fetos com peso fetal estimado entre o P3 e P10 e Dopplers normais, independentemente da sua causa, não considerando a velocidade de crescimento intrauterina ou aspetos clínicos ao nascimento (Kilby et al., 2019; Balest, 2022) e pode ser classificado como simétrico ou assimétrico. No caso de se tratar de LIG simétrico, existe interferência no crescimento uterino numa fase precoce da gravidez, que afeta o número de células fetais em todos os tecidos do organismo, culminando na diminuição proporcional de todos os parâmetros antropométricos. É frequentemente causada por fatores intrínsecos/fetais como infeções congénitas, anomalias cromossómicas ou malformações congénitas. No entanto, o aporte nutricional diminuído (devido ao efeito da insuficiência placentária) pode igualmente associar-se à restrição do crescimento fetal (SPS, 2018). Por outro lado, no LIG assimétrico, a restrição do crescimento é desproporcional, na qual o perímetro cefálico é preservado, havendo habitualmente comprometimento do comprimento e do peso, resultando numa assimetria entre o perímetro cefálico comparativamente ao tronco e extremidades. Ocorre tipicamente no final do segundo ou durante o terceiro trimestre da gravidez, resultando da redução de nutrientes

fetais que limitam as reservas de glicogénio e conteúdo adiposo, permitindo, no entanto, um adequado crescimento cerebral (Gowen Jr., 2019).

Os RN qualificados como LIG são considerados especialmente vulneráveis. Estes enfrentam dificuldades acrescidas relacionadas com as características do seu desenvolvimento durante o período fetal, tendo um maior risco de hipotermia, sendo que muitas das vezes a temperatura da sala de partos/ bloco de partos não se encontra a uma temperatura que permita um ambiente térmico neutro, para o qual seria necessária uma temperatura ambiente superior a 26°C. A perda de calor ocorre rapidamente devido à grande área de superfície corporal relativamente ao peso, à pele pouco queratinizada que permite perda evaporativa de água, e à quantidade muito reduzida de gordura castanha (Kilby et al., 2019). Esse risco mantém-se durante o internamento, diminuindo gradualmente com o crescimento do RN. Outro risco frequentemente associado aos RN LIG é a hipoglicemia, que pode manter-se até aos primeiros 10 dias de vida, devido às inadequadas reservas de glicogénio a nível hepático e muscular, diminuição da capacidade de glucogenólise e gluconeogenese, sensibilidade à insulina acrescida e aumento elevado de utilização de glicose, associado a outras morbilidades como a policitemia, em que há um aumento da produção de eritropoetina e glóbulos vermelhos, secundária a episódios de hipóxia fetal (SPS, 2018). Outra das principais complicações associadas é a dificuldade alimentar, intolerância digestiva e risco de enterocolite necrosante (NEC), pelo que a alimentação destes RN é introduzida lenta e gradualmente, dando preferência ao leite materno (Schanler, 2015) ou leite adaptado extensamente hidrolisado, na ausência de leite materno disponível. Uma das particularidades das UCIN é a abundância de tecnologia, com monitores que têm alarmes sonoros, para sinalizar alterações nos valores a ser monitorizados, como sendo a ritmo cardíaco e a saturação de oxigénio. Sendo necessários, apresentam-se como um estímulo agressor para o RNPT. Estas monitorizações, são frequentemente sonoras e causadoras de stress para o RNPT, sendo necessário gerir o som dos alarmes de forma a que sejam audíveis, sem que causem demasiado impacto no equilíbrio do RNPT. Em contexto de cuidados neonatais, é considerado excessivo e prejudicial ruído contínuo que exceda os 45 decibéis (dB), assim como sons transitórios que superem os 65 dB (SPS, 2018). É por isso de extrema importância que sejam adotadas estratégias neuroprotetoras, de forma a potenciar o neurodesenvolvimento do RNPT (Ramos et al., 2020).

Os pais de um RNPT, vivenciam uma transição do tipo desenvolvimental face ao exercício da parentalidade com acrescidas dificuldades, inerentes ao nascimento de um filho prematuro, com necessidade de cuidados intensivos neonatais e que apresentará necessidades especiais transitórias, e que em alguns casos podem ser permanentes, o que poderá apenas ser verificado com o desenvolvimento do RN. É importante que haja envolvimento dos pais neste processo, o que requer tempo para que estes se ajustem à nova realidade. Este tipo de transição pode ser muito desafiante, uma vez que os pais se deparam com uma realidade muito diferente da que tinham idealizado, com um RN que não corresponde ao que tinham sonhado e

uma gravidez que não se prolongou durante o tempo necessário para permitir o desenvolvimento do RN, bem como a preparação dos pais para o receber (Ramos et al., 2020). É por isso importante que os enfermeiros que trabalham em contexto de neonatologia tenham empatia e sensibilidade para com os pais neste momento tão sensível das suas vidas, atuando de forma a prepará-los gradualmente para o momento da alta, contribuindo para uma transição saudável e aquisição de mestria no seu novo papel. Desta forma, os pais da Laura estão a vivenciar uma transição desenvolvimental, uma vez que a sua filha não apresenta de momento nenhuma complicação de saúde que comprometa o seu saudável desenvolvimento. A Laura, enquanto RN, não apresenta capacidade de consciencialização e perceção de que ocorreu uma mudança na sua vida, não vivenciando por isso a transição.

3.2. Clientes

Cliente

Recém-nascido | Idade: 25 dias | Feminino

Mãe/Pai

19-09-2023 08:00

- 19-09-2023 08:00 - Figura parental principal: mãe.
- 19-09-2023 08:00 - Distância casa/hospital: 10 Km.
- 19-09-2023 08:00 - Número de outros filhos: 3.
- 19-09-2023 08:00 - Filho(s) pré-escolar, Filho(s) escolar, Filho(s) adolescente.
- 19-09-2023 08:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.
- 19-09-2023 08:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

24-09-2023 14:30

- 24-09-2023 14:30 - Figura parental principal: mãe.
- 24-09-2023 14:30 - Distância casa/hospital: 10 Km.
- 24-09-2023 14:30 - Número de outros filhos: 3.
- 24-09-2023 14:30 - Filho(s) pré-escolar, Filho(s) escolar, Filho(s) adolescente.
- 24-09-2023 14:30 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.
- 24-09-2023 14:30 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-09-19 08:00:00	Fluconazol 3.5 mg Suspensão oral/PO (2ª e 5ª feiras às 12:00h)	
2023-09-19 08:00:00	Colecalciferol 1 gota Solução oral/PO de 24/24 horas (15:00h)	
2023-09-19 08:00:00	Multivitaminas 9 gotas Solução oral/PO 24/24 horas (9:00h)	
2023-09-19 08:00:00	Citrato de cafeína 6mg Solução oral/PO 24/24 horas (11:00h)	
2023-09-19 08:00:00	Complexo hidróxido férrico-polimaltose 2 gotas Solução oral/PO 12/12 horas (11:00h-23:00h)	
2023-09-19 08:00:00	Fortificante de leite materno PO (430g por cada 10 mls de leite)	
2023-09-19 08:00:00	Suplemento Proteico do leite PO (25g por cada 5 mls de leite)	

3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A preparação e administração de medicamentos constitui-se como intervenção interdependente da estrita competência dos Enfermeiros, após prescrição prévia do medicamento efetuada pelo médico (OE, 2018). A terapêutica prescrita engloba medicamentos para: a prevenção de infeções fúngicas inerentes à fragilidade do sistema imunitário do RNPT, o tratamento de apneia primária do RN, a suplementação de vitaminas e ferro, de forma a promover um equilíbrio orgânico e a fortificação calórica e proteica do leite materno, de forma a suprir as elevadas necessidades energéticas do RNPT.

Fluconazol 3.5 mg Suspensão oral/PO (2.ª e 5.ª feiras às 12:00h)

Grupo medicamentoso/Ação: Antifúngicos. Atua através da inibição da síntese dos esteroides fúngicos, essenciais na membrana celular.

Indicação terapêutica: Tratamento e profilaxia de infeções causadas por fungos. Neste caso foi administrado para prevenção de infeções fúngicas.

Efeitos secundários: Diarreia, erupção cutânea (Infarmed, 2023a).

Cuidados na preparação e administração de medicamentos: A suspensão reconstituída deve ser conservada a temperatura ambiente, inferior a 30 °C e descartada após 28 dias da sua abertura.

Colecalciferol 1 gota Sol. oral/PO de 24/24 horas (15:00h)

Grupo medicamentoso/Ação: Vitamina lipossolúvel com atuação no osso e no metabolismo do cálcio, estimulando a sua absorção a nível intestinal.

Indicação terapêutica: Profilaxia do raquitismo em RNPT, de osteomalacia e deficiência em

vitamina D.

Efeitos secundários: As frequências das reações adversas são desconhecidas dado que não foram realizados ensaios clínicos de grandes dimensões que permitissem estas estimativas (Soares et al., 2015). Obstipação, diarreia, erupção cutânea.

Cuidados na preparação e administração de medicamentos: Administrar juntamente com a refeição (leite materno e/ou adaptado); Após abertura, mantém estabilidade por um período de, pelo menos, 6 meses, protegido da luz (Infarmed, 2023b).

Multivitaminas 9 gotas Sol. oral/PO 24/24 horas (9:00h)

Grupo medicamentoso/Ação: Suplemento alimentar multivitamínico que funciona como cofator enzimático.

Indicação terapêutica: Suplementação alimentar multivitamínica, de forma a promover um saudável desenvolvimento do RNPT alimentado com leite materno.

Efeitos secundários: As frequências das reações adversas são desconhecidas dado que não foram realizados ensaios clínicos de grandes dimensões que permitissem estas estimativas. Usualmente bem tolerado (Bayer, 2020).

Cuidados na preparação e administração de medicamentos: Administrar juntamente com a refeição (leite materno e/ou adaptado); Manter a embalagem em local fresco e seco (<25°C).

Citrato de cafeína 6mg Sol. oral/PO 24/24 horas (11:00h)

Grupo medicamentoso/Ação: Estimulante do Sistema Nervoso Central (SNC). Promove a redução da necessidade de suporte ventilatório (Gardner et al., 2016a).

Indicação terapêutica: Tratamento de apneia primária em RNPT.

Efeitos secundários: Taquicardia, diurese aumentada, hiperglicemia (European Medicines Agency [EMA], 2020).

Cuidados na preparação e administração de medicamentos: Administrar oralmente, juntamente com a refeição (leite materno e/ou adaptado); proteger da luz; (Deglin & Vallerand, 2009).

Complexo hidróxido férrico-polimaltose 2 gotas Sol. oral/PO 12/12 horas (11:00h-23:00h)

Grupo medicamentoso/Ação: Antianémico/ suplemento de ferro.

Indicação terapêutica: Prevenção e tratamento de anemia por deficiência em ferro.

Efeitos secundários: Fezes escuras, obstipação, diarreia, rash (Infarmed, 2018a).

Cuidados na preparação e administração de medicamentos: Manter a embalagem em

local fresco e seco (<25°C) (Deglin & Vallerand, 2009).

Fortificante de leite materno PO (430g /10 ml de leite)

Grupo medicamentoso/Ação: Suplemento alimentar especialmente formulado com proteínas extensamente hidrolisadas, vitaminas e minerais, de forma a aumentar o perfil energético da dieta de lactentes prematuros, quando adicionado ao leite materno.

Indicação terapêutica: Indicado para a gestão nutricional de RNPT e/ou de baixo peso.

Efeitos secundários: Nenhum efeito secundário relatado (Nutrícia, 2023a).

Cuidados na preparação e administração de medicamentos: Manter a embalagem em local fresco e seco (<25°C) por um período de 4 semanas; Utilizar a colher medida contida na embalagem com medidas rasas, sem pressionar o pó; Adicionar uma medida rasa a cada 10 ml de leite materno, à temperatura corporal de 37 °C e agitar até à dissolução do pó.

Suplemento Proteico do leite PO (25g/5 ml de leite)

Grupo medicamentoso/Ação: Suplemento alimentar especialmente formulado com proteínas extensamente hidrolisadas, para uma adequada gestão nutricional de RNPT e de extremo baixo peso, quando adicionado ao leite materno fortificado ou a leite adaptado.

Indicação terapêutica: Indicado para a gestão nutricional de RN de extremo baixo peso, de forma a assegurar um crescimento e desenvolvimento adequados.

Efeitos secundários: Nenhum efeito secundário relatado.

Cuidados na preparação e administração de medicamentos: Manter a embalagem em local fresco e seco (<25°C); Adicionar uma medida rasa utilizando a colher medida disponibilizada, a cada 5 ml de leite materno, ao qual foi adicionado o fortificante, ou ao leite adaptado para prematuros, à temperatura corporal de 37 °C e agitar bem; Preparar o leite por porção e utilizar no prazo de duas horas (Nutrícia, 2023b).

As vigilâncias que decorrem da administração dos medicamentos anteriormente descritos, serão explanados nos domínios identificados para a conceção de cuidados, face às necessidades da Laura, no sentido de detetar e atuar no caso de ocorrência de reações adversas ao medicamento, nos quais se incluem: a pele e mucosas, o sistema cardiovascular, o metabolismo e a eliminação intestinal.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

19-09-2023 08:00

19-09-2023 08:00 - Oxigenoterapia

19-09-2023 08:00 - FiO2: 23 %.

24-09-2023 14:30 - FiO2: 23 %.

19-09-2023 08:00 - Assegurar oxigenoterapia

19-09-2023 08:00 - Manter oxigenoterapia [De forma a manter a saturação de oxigénio superior a 92%;]

19-09-2023 08:00 - Incubadora

19-09-2023 08:00 - Temperatura: 28.7 °C

19-09-2023 08:00 - Humidade: 55%

24-09-2023 14:30 - Temperatura: 28.7 °C

24-09-2023 14:30 - Humidade: 55%

19-09-2023 08:00 - Assegurar funcionamento da incubadora

19-09-2023 08:00 - Otimizar incubadora [4/4 horas]

Sondas, Drenos e Cateteres

19-09-2023 08:00

19-09-2023 08:00 - Sonda gástrica

19-09-2023 08:00 - Propósito terapêutico da sonda gástrica: administração de líquidos.

24-09-2023 14:30 - Propósito terapêutico da sonda gástrica: administração de líquidos.

19-09-2023 08:00 - Características do dispositivo: Sonda orogástrica 6 G.

19-09-2023 08:00 - Nível de inserção da sonda gástrica

19-09-2023 08:00 - Cavidade oral: 15.00 cm.

24-09-2023 14:30 - Nível de inserção da sonda gástrica

24-09-2023 14:30 - Cavidade oral: 15.00 cm.

24-09-2023 14:30 - Características do dispositivo: Sonda orogástrica 6 G.

19-09-2023 08:00 - Determinar evolução da administração pela sonda

19-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da administração pela sonda gástrica [Próximo contacto]

19-09-2023 08:00 - Assegurar funcionamento da sonda

19-09-2023 08:00 - Otimizar sonda gástrica [Neste e em todos os contactos]

19-09-2023 08:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com a sonda gástrica

19-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do nível de inserção da sonda gástrica [Próximo contacto]

19-09-2023 08:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção da sonda gástrica ao médico [Neste e em todos os contactos]

19-09-2023 08:00 - Prevenir complicações relacionadas com sonda gástrica

19-09-2023 08:00 - Trocar sonda gástrica [a cada 3 dias ou em SOS]

19-09-2023 08:00 - Sonda de oxigénio

19-09-2023 08:00 - Características do dispositivo: Cânula nasal de alto fluxo (CNAF).

24-09-2023 14:30 - Características do dispositivo: Cânula nasal de alto fluxo (CNAF).

19-09-2023 08:00 - 6 litros/minuto de pressão expiratória humidificada

24-09-2023 14:30 - 6 litros/minuto de pressão expiratória humidificada

19-09-2023 08:00 - Assegurar funcionamento da sonda

19-09-2023 08:00 - Otimizar sonda de oxigénio [Neste e em todos os contactos]

19-09-2023 08:00 - Prevenir complicações relacionadas com a sonda de oxigénio

19-09-2023 08:00 - Trocar sonda de oxigénio [a cada 7 dias]

19-09-2023 08:00 - Executar tratamento ao local de inserção da sonda de oxigénio [SOS]

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

Um dos motivos mais frequentes de admissão na UCIN é a Síndrome de Dificuldade Respiratória (SDR), associada à imaturidade pulmonar e quantidade reduzida de surfactante, cuja produção aumenta no final da gravidez, sendo por isso a sua incidência inversamente proporcional à idade gestacional do RN ao nascer (Jollye & Summers, 2010). A quantidade insuficiente de surfactante no pulmão faz com que seja menos flexível aos movimentos respiratórios, com uma maior rigidez de tecidos, o que provoca uma necessidade acrescida de pressão ventilatória, invasiva ou não invasiva, por forma a permitir uma adequada troca gasosa. Esta pressão elevada causa inflamação alveolar, que dá origem a uma membrana hialina que interfere e inibe a oxigenação adequada (SPS, 2016).

Um RN de termo com via aérea patente será capaz de respirar espontaneamente, sem que seja necessária qualquer intervenção. No caso do RNPT, devido à sua imaturidade pulmonar, o recurso à utilização de manobras de suporte respiratório é frequentemente necessária, por forma a promover uma respiração eficaz e oxigenação adequada. A oxigenoterapia é fundamental, permitindo a administração adicional de fração de oxigénio inspirado (FiO_2) relativo às necessidades do RN, de forma a manter as saturações de oxigénio acima dos 92% (Bradshaw & Tanaka, 2016). Embora a ventilação invasiva seja por vezes necessária, deve ser apenas utilizada em último recurso, sendo privilegiada a utilização de ventilação não invasiva, sempre que possível, de forma a diminuir o risco de volutrauma ou barotrauma alveolar. O objetivo é promover a ventilação espontânea do RN e efetuar o desmame do tipo de ventilação utilizada assim que possível (Petty, 2015). Uma das modalidades de ventilação não invasiva muito utilizada nos cuidados neonatais é o CPAP, que permite a administração de pressão positiva contínua via nasal através do uso de prongs ou máscaras nasais, sobre ambas as narinas, com ou sem oxigénio adicionado e de forma humidificada, de modo a evitar a desidratação da via aérea no RN. A Laura progrediu, após 13 dias de utilização de CPAP, para

CNAF, que permite a administração de pressão expiratória humidificada e FiO2 adicional, se necessário, sendo este um modo de ventilação não invasivo alternativo, mais suave e fácil de tolerar, adequado para fazer a transição de RN estáveis a partir do CPAP (Yoder et al., 2017) para a ventilação espontânea.

Como resultado da imaturidade fisiológica, o RN, em especial o RNPT, apresenta risco de hipotermia elevado, que pode culminar em consequências graves se a hipotermia se instalar. No entanto, a aplicação de medidas simples pode diminuir esse risco e contribuir para uma adequada transição para o ambiente extra-uterino, sendo esse cuidado considerado a pedra basilar da enfermagem em neonatologia. Na UCIN, a utilização de incubadoras é essencial para promover o ambiente térmico neutro, através das suas paredes duplas que diminuem a perda de calor por radiação, bem como a “cortina” de ar quente que mantém o RN aquecido sempre que as portas da incubadora necessitam de ser abertas, evitando oscilação da temperatura ambiente dentro da incubadora, que possa ter um impacto negativo na estabilidade do RNPT (Fellows, 2010). O grande objetivo é atingir e manter um ambiente térmico neutro, em que o RN tem o consumo mínimo de oxigênio e energia, onde quer que este esteja a ser cuidado, diminuindo assim o risco de mortalidade e morbidade nesta população (Gardner & Hernández, 2016).

Alcançar e manter uma alimentação adequada no RN de termo e pré-termo na UCIN continua a ser um árduo mas muito importante desafio (Neto, 2014). A alimentação por sonda gástrica está indicada em variadas situações, como por exemplo a necessidade de entubação endotraqueal, de ventilação não invasiva por CPAP, ou em RN com reflexo de sucção e deglutição diminuído ou ausente. A alimentação é administrada lentamente, por ação da gravidade ou por perfusão em 30 a 60 minutos, em caso de má tolerância alimentar. Independentemente do tipo de método utilizado, é essencial que o correto posicionamento da sonda gástrica seja verificado e confirmado antes da sua utilização (Brown et al., 2016). Pela sua prematuridade e consequente falta de sinais de prontidão alimentar, bem como pela sua condição clínica, a Laura necessitou de ser alimentada por sonda orogástrica com leite materno, num volume de 15 ml de duas em duas horas, de forma a promover a tolerância do volume administrado.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
19-09-2023 08:00	Reflexo de sucção	
19-09-2023 08:00	Sistema respiratório	
19-09-2023 08:00	Sistema cardiovascular	
19-09-2023 08:00	Termorregulação	
19-09-2023 08:00	Sono	
19-09-2023 08:00	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	

Início	Domínios	Fim
19-09-2023 08:00	Comportamentos de ligação filho-mãe/pai	
19-09-2023 08:00	Desenvolvimento físico	
19-09-2023 08:00	Atitudes terapêuticas	
19-09-2023 08:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
19-09-2023 08:00	Pele e mucosas	
19-09-2023 08:00	Sensações somáticas	
19-09-2023 08:00	Eliminação intestinal	
19-09-2023 08:00	Eliminação urinária	
19-09-2023 08:00	Metabolismo	
19-09-2023 08:00	Desenvolvimento psicomotor	
19-09-2023 08:00	Recém-nascido	

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

Perante o cenário apresentado, selecionei os domínios que entendi ser pertinentes para o planeamento de uma completa avaliação da Laura, objetivando uma intervenção de enfermagem representativa do que é fundamental avaliar face a um internamento de um RNPT numa UCIN.

RN

O RN é a criança com idade compreendida entre os 0 e os 28 dias de vida, período que se denomina como Neonatal, durante o qual o RN se adapta ao meio extra-uterino e à sua nova existência autónoma, independentemente da sua idade gestacional (Vilaça & Ramos, 2020). Uma vez que a Laura tem 20 dias de vida, encontra-se no seu período neonatal, enquadrando-se por isso neste domínio.

Reflexo de Sucção

A sucção define-se como um reflexo primitivo, com início no período de desenvolvimento fetal entre a 15 e 16 semanas de gestação. Embora os componentes necessários para um RN se alimentar, de que são exemplo o reflexo de busca, sugar e deglutir, estejam presentes isoladamente ao nascimento, estes não são eficazes antes das 34 semanas (Gardner & Lawrence, 2016). O RNPT não apresenta assim a capacidade de coordenar a sucção-deglutição-respiração, pelo que o enfermeiro deve promover a estimulação dos recetores periféricos orais e periorais, desenvolvendo o movimento de sucção, através da sucção não nutritiva (Neto, 2014).

Sistema Respiratório

O recurso a tecnologias de monitorização contínua não invasiva do RN é essencial para o acompanhamento do seu desenvolvimento, apresentando-se como um *Golden Standard* dos cuidados neonatais (Bradshaw & Tanaka, 2016) de forma a poder monitorizar e tratar situações

de bradicardia/taquicardia ou bradipneia/taquipneia, comuns no RNPT. A nível respiratório, o RNPT apresenta imaturidade funcional pulmonar e deficiência de surfactante, o que torna os alvéolos mais frágeis e suscetíveis a danos. Por outro lado o centro respiratório é também imaturo, predispondo o RNPT a sofrer de episódios de apneia relacionada com a prematuridade (SPS, 2016). Deve ser observada a elevação do tórax, simetria nos movimentos respiratórios e sinais de dificuldade respiratória, sendo considerados como expectáveis 40 a 80 respirações por minuto nesta população.

Sistema cardiovascular

A nível cardiovascular, o RNPT apresenta um output cardíaco menos eficiente, devido à imaturidade do músculo cardíaco e reduzida contratilidade, juntamente com um reduzido volume de sangue. Por essa razão é esperado um ritmo cardíaco superior, entre os 100 e os 180 batimentos por minuto, dependendo do estado de vigília. A avaliação da tensão arterial é também um bom indicador do estado hemodinâmico do RNPT, sendo dada consideração especial ao valor da tensão arterial média, que em geral deve corresponder à idade gestacional do RNPT. Em casos de estabilidade hemodinâmica, a tensão arterial pode ser avaliada de forma momentânea não invasiva, com recurso a braçadeira de tensão arterial (Petty, 2015). A administração de alguns medicamentos necessários à manutenção do equilíbrio hemodinâmico do RNPT requer uma vigilância direcionada aos possíveis efeitos secundários, como é o caso do citrato de cafeína, que pode provocar episódios de taquicardia, sendo por isso necessário monitorizar a frequência cardíaca do RNPT (EMA, 2020).

Termorregulação

Devido à sua imaturidade fisiológica, todos os RN, com especial ênfase nos RNPT e com baixo peso, se encontram vulneráveis à rápida perda de calor, pela sua incapacidade metabólica de produção de calor, grande disparidade entre a elevada área de superfície corporal comparativamente ao volume da massa corporal, bem como uma pele e barreira epidérmica imaturas, que culminam numa grande perda de calor por evaporação (Gardner & Hernández, 2016). O calor corporal é perdido através de vários mecanismos, como a condução, a convecção, a radiação e a evaporação (Gowen Jr., 2019). A condução implica contacto direto com uma superfície fria e pode ser prevenida pela utilização de lençóis, toalhas e cobertores aquecidos e da colocação do gorro aquecido; a convecção implica perda de calor através de contacto de ar ambiente mais frio e pode ser prevenida pela adequação da temperatura ambiente, manter o RN coberto e adequar a temperatura da incubadora; a radiação, através da qual o calor é perdido para uma superfície que se encontre mais fria, sem que no entanto ocorra contacto direto entre ambos, e pode ser prevenida através da utilização do aquecedor de radiação, e contenção RN; e por último, a evaporação, em que o calor é perdido pela evaporação do vapor de água oriundo da pele molhada, pode ser prevenido, por exemplo, pelo uso de sacos de polietileno em crianças com menos de 30 semanas de gestação ou peso ao

nascer menor que 1000 gramas e através do envolvimento do RN em lençóis aquecidos e secagem da pele com os mesmo (Petty, 2015). A escolha deste domínio permite a avaliação e registo de dados importantes no cuidado ao RN, por forma a promover um ambiente térmico neutro, em que haja a menor dispêndio de oxigénio e energia por parte do RN, potenciando o seu saudável desenvolvimento.

Metabolismo

Após o nascimento, o RN necessita de manter a sua própria homeostase ao produzir e manter a sua própria glicose, através de processos metabólicos complexos, de que são exemplo a gliconeogénese, a glicogenólise, bem como mecanismos regulatórios da metabolização da glicose (Rozance et al., 2016). Por esse motivo, após o corte abrupto do fornecimento de glicose que ocorre após o parto, a glicemia do RN sofre uma diminuição fisiológica na sua concentração, para a qual este se encontra preparado, através da ação de alterações hormonais e metabólicas que vão ocorrendo em preparação para este momento antes e durante o parto, que no seu conjunto levam a um aumento de libertação hepática de glicose. A manutenção da homeostase dos valores de glicose depende do equilíbrio entre a glicose hepática libertada e a glicose utilizada pelo cérebro e tecidos. Se os ritmos de glicogenólise e gliconeogénese não equipararem o ritmo de consumo da glicose, quer por falta nos mecanismos de controlo hormonal, quer por variabilidade de disponibilidade de substrato, ocorrerá um desequilíbrio na homeostase, culminando em episódios de hipoglicemia ou hiperglicemia. Embora não haja consenso geral sobre qual o valor a partir do qual se pode diagnosticar hipoglicemia no RN, os valores de 40 a 45 mg/dL são valores aceites como o limite inferior da considerada glicemia normal, nas primeiras 72 horas de vida, após as quais os valores de glicemia considerados normais se equiparam com os de crianças mais velhas (Rozance et al., 2016). Hiperglicemia pode também ocorrer, sendo definida como valor de glicose superior a 125 mg/dL em RN de termo e superior a 150 mg/dL em RNPT (Rozance et al., 2016). Esta é mais comum na primeira semana de vida, muitas vezes relacionada com a imaturidade dos sistemas regulatórios da homeostasia da glicose e alguma intolerância à glicose. Em RNPT a incidência de episódios de hipoglicemia é mais elevada, uma vez que grande parte do glicogénio hepático é acumulado durante o terceiro trimestre de gravidez. Os RNPT têm assim disponíveis menores quantidades de glicogénio para utilizar na homeostasia da glicose sanguínea. Adicionalmente, devido à administração de citrato de cafeína, acresce o risco de episódios de hiperglicemia, que obrigam à vigilância da glicemia. É por isso essencial que seja feita uma monitorização da glicemia do RNPT, permitindo corrigir eventuais episódios de hipoglicemia ou hiperglicemia que possam ocorrer (Rozance et al., 2016).

Sensações Somáticas

A dor, sendo subjetiva e complexa, requer uma avaliação particularmente exigente por parte do

enfermeiro relativamente ao RNPT (OE, 2013a). Os RN, mesmo que prematuros, possuem um sistema nervoso ainda em desenvolvimento e com mielinização incompleta. No entanto, o mesmo apresenta componentes das ligações nociceptivas relacionadas com a sensação de dor, tendo sido demonstrado que não só os RNPT reagem a intervenções invasivas da mesma forma que o adulto, mas que o fazem de forma mais intensa, devido à sua imaturidade orgânica. Adicionalmente, são submetidos a múltiplos procedimentos dolorosos, tanto mais frequentes, quanto mais prematuros e frágeis forem. Esta exposição pode exacerbar o risco de danos neurológicos. Por outro lado, o alívio da dor no RNPT diminui a instabilidade fisiológica, hormonal e metabólica, bem como a sua reação durante o procedimento doloroso. Por essa razão, é de extrema importância que a correta avaliação da dor seja feita e que as medidas não farmacológicas e, se necessário, farmacológicas, sejam realizadas atempadamente, de forma a que o prematuro sinta o menor nível de dor possível (Gardner et al., 2016b; Hines et al., 2016). A avaliação da dor no RN em contexto de cuidados intensivos neonatais é avaliada através da aplicação de escalas de heteroavaliação, validadas para a população neonatal, com base em indicadores comportamentais e fisiológicos, uma vez que os RN não são capazes de verbalizar a sua dor (Pereira da Silva & Justo da Silva, 2010).

Pele e Mucosas

A pele e mucosas RN são frágeis e imaturas, o que lhes confere uma vulnerabilidade acrescida para sofrer lesões cutâneas ou proliferação de microorganismos. Adicionalmente, RNPT ou gravemente doentes estão expostos a fatores intrínsecos (idade gestacional, peso ao nascimento, integridade da pele, imobilidade, perfusão tecidual, sépsis e desnutrição) e extrínsecos (dispositivos médicos), inerentes ao internamento na UCIN, que potenciam o desenvolvimento de lesões cutâneas, como as úlceras por pressão (UP), sendo que as taxas de UP podem atingir os 43%, das quais cerca de 90% associadas à utilização de dispositivos médicos (Broom et al., 2019; Makimoto et al., 2017), essenciais para a sua monitorização e tratamento.

A Laura sendo uma extrema prematura, com necessidade de CNAF, monitorização cardiorespiratória e de saturação contínuas, bem como da utilização de sonda gástrica para ser alimentada, apresenta um risco acrescido de lesão na pele e mucosas, pelo que é muito importante a atempada avaliação do risco de UP, bem como a aplicação de medidas preventivas, na realização dos cuidados de enfermagem. A administração de medicamentos prescritos pode também causar alterações cutâneas, como sendo a erupção cutânea resultante da administração do Fluclozazol (Infarmed, 2023a) ou o rash cutâneo, resultado da administração de complexo hidróxido férrico-polimaltose (Infarmed, 2018a).

Eliminação intestinal

O RN apresenta especificidades relativamente à consistência e coloração das fezes iniciais,

denominadas de mecónio, que se alteram gradualmente para fezes de transição, de coloração amarelada. É importante que seja feita a avaliação do abdómen, do padrão intestinal e das características das fezes, o que permite detetar alterações e prescrever intervenções, se necessário como a massagem abdominal ou estimulação retal (Vilaça & Ramos, 2020). A administração de medicamentos requer uma vigilância direcionada aos possíveis efeitos secundários, de que são exemplo o Fluconazol e o Complexo hidróxido férrico-polimaltose, sendo que ambos podem ter um impacto nas características das fezes, podendo ocorrer diarreia, causada pelo Fluconazol (Infarmed, 2023a) ou obstipação e alteração da coloração das fezes, tornando-as mais escurecidas, causadas pelo Complexo hidróxido férrico-polimaltose (Infarmed, 2018a).

Eliminação urinária

A quantidade de água e eletrólitos presentes no organismo é fulcral para o equilíbrio fisiológico em qualquer altura do ciclo vital. O RN tem um risco acrescido de não ter ainda bem estabelecida ou desenvolvida a capacidade de obter e manter essa estabilidade, por imaturidade ou patologia associada, sendo que a presença de desequilíbrio eletrolítico no período neonatal pode resultar em morbilidade significativa, se não foi detetada precocemente (Beresford & Connolly, 2010). Outro motivo pelo qual é indicada a monitorização da diurese, é o facto de estar a ser administrado citrato de cafeína, que pode aumentar o volume de urina eliminada (EMA, 2020). É também importante vigiar as características da urina, que permitem também identificar o estado de hidratação. A Laura está a ser alimentada com a totalidade do seu volume diário prescrito por via orogástrica com leite materno, sendo esse volume contabilizado e registado. Os fluídos eliminados em forma de urina, foram monitorizados através da avaliação do peso da fralda.

Sono

O sono tem uma extrema importância para o saudável desenvolvimento do RNPT. O sono ativo ou leve é caracterizado por movimentos rápidos dos olhos (REM), enquanto que o sono profundo não inclui movimentos rápidos dos olhos (NREM). O período neonatal compreende uma fase marcada por crescimento cerebral a um ritmo muito rápido, sendo por isso um período vulnerável para o desenvolvimento do RNPT. Nesta população, os ciclos de sono ativo e profundo são menos organizados e têm menor duração comparativamente a RN de termo (cerca de 30 a 40 minutos). O sono ativo, ou sono REM, é mais leve que o sono calmo, com uma maior resposta por parte do RN aos estímulos quando se encontra nesta fase do sono. Caracteriza-se por: olhos fechados, mas com movimento rápido dos olhos; frequência cardíaca e respiratória irregulares; maior atividade fisiológica, com presença de pequenos tremores, períodos curtos em que se contorce ou espreguiça e expressões faciais podem estar presentes como caretas, sorriso, franzir o sobrolho. É o estágio predominante no período neonatal com um papel fundamental na maturação e diferenciação do SNC, consolidação da memória, aprendizagem e

suporte comportamental. Por outro lado, o sono profundo é mais controlado, mais característico em RN de termo, não sendo significativo até cerca das 36 semanas de gestação. Este caracteriza-se por: olhos fechados, mas sem movimentos oculares; atividade motora diminuída ou inexistente, com respiração rítmica e regular, em que o RN dificilmente acorda com os estímulos externos, podendo apresentar pequenos sobressaltos. Corresponde a um período de repouso, durante o qual ocorre a regeneração celular, síntese proteica e liberação de hormonas tais como a insulina, melatonina e hormona de crescimento (Chora & Azougado, 2015). Assim sendo, o terceiro estado de sono, denominado de sono de transição, foi identificado como o estado de sono característico e predominante do RNPT. Este estágio de sono não se enquadra inteiramente em nenhum dos dois anteriormente descritos, sendo caracterizado por: despertar fácil face a estímulos externos; os olhos podem encontrar-se abertos, fechados ou semicerrados; podem ser observados movimentos suaves dos braços e pernas e respiração regular. Com o seu desenvolvimento, o RN vai progressivamente modificar o tipo de sono, com períodos de sono profundo mais organizado e maior período de tempo de alerta. Assim torna-se extremamente importante a adoção e intervenções que respeitem os ciclos do sono, através de cuidados centrados no desenvolvimento, tão importantes para a promoção da autorregulação e desenvolvimento cerebral do RNPT (Reid & Freer, 2010; Gardner et al., 2016b).

Desenvolvimento físico

A avaliação dos parâmetros antropométricos do RN, nos quais se incluem o peso, o perímetro cefálico e comprimento, ajuda a identificar o risco de patologia neonatal (Levine, 2019). O crescimento do RN e o aumento dos seus parâmetros é um dos indicadores do seu bem-estar. Este crescimento ocorre no sentido cefalocaudal e proximidistal (Vilaça & Ramos, 2020). Sendo a Laura uma RNPT, as curvas de Fenton são as mais adequadas para o registo dos seus parâmetros antropométricos. Na UCIN, o peso é avaliado e registado diariamente, permitindo avaliar o estado nutricional e a necessidade de implementação de medidas de forma a otimizar o crescimento dos RN.

Desenvolvimento Psicomotor:

O desenvolvimento psicomotor constitui-se como um processo dinâmico e contínuo, com o sucessivo aparecimento de novas funções, seguindo na maioria dos casos, uma ordem natural (DGS, 2013a). A sua avaliação deve, no entanto, ser feita através de um processo flexível e dinâmico, considerando a individualidade de cada criança (Levine, 2019). Adicionalmente, a velocidade com que esta atinge e completa um estágio de desenvolvimento e passa para o seguinte pode também variar, o que é mais evidente no caso de RNPT, devendo neste caso a idade gestacional ser considerada na avaliação. Os parâmetros avaliados não são facilmente mensuráveis, o que dificulta a utilização exclusiva de instrumentos como os testes de desenvolvimento, que servem apenas de padrão de referência normativa. A avaliação do

desenvolvimento psicomotor do RNPT permite monitorizar o seu neurodesenvolvimento, que devido à prematuridade irá apresentar especificidades características desta população, permitindo identificar sinais de alerta e atuar, implementando cuidados antecipatórios de forma a dar resposta à necessidade de desenvolvimental observada (Ramos et al., 2020).

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

A avaliação da satisfação da mãe e pai do RN relativamente ao seu bebé, a afetividade e dedicação que demonstra para com ele e a forma como a família se adapta ao novo membro é de extrema importância na deteção de sinais de alerta que necessitem de intervenção (DGS, 2013a). Nesse sentido, as UCIN têm vindo a desenvolver-se e a evoluir no sentido de prestar cuidados centrados na família, que se baseiam num modelo de cuidados neonatais que promove uma cultura de parceria de cuidados entre os enfermeiros e os pais, empoderando-os e capacitando-os para que se sintam mais confiantes, capazes e transitem de forma gradual para cuidadores primários do RN. Ao aplicar este modelo, as famílias sentem-se ouvidas, apoiadas e encorajadas a participar nos cuidados e na tomada de decisão, sempre que possível, o que lhes dá um sentido de pertença e propósito durante o internamento do filho na UCIN, promovendo sempre o vínculo e ligação entre ambos (BAPM, 2021). Para que tudo isto seja possível, o enfermeiro terá de ser capaz de observar e reconhecer as dificuldades e potencialidades dos pais relativamente à realização dos cuidados ao RNPT, apoiando-os sempre que necessário na adaptação aos seus novos papéis. Desta forma, a adoção de estratégias promotoras da parceria de cuidados, evidencia-se como fator facilitador da transição, valorizando a importância da relação mãe/pai-enfermeiro enquanto recurso para a vivência de uma transição saudável (Meleis, 2010).

Comportamentos de ligação filho mãe/pai

O processo de vinculação consiste na ligação emocional entre o RN e os pais e/ou o cuidador, que se vai tornar na base de todas as relações futuras do RN, ao longo da sua vida. No caso do RNPT, a necessidade de internamento da UCIN vai ter um impacto inevitável no processo natural de vinculação, sendo por isso essencial que o enfermeiro realize intervenções promotoras da vinculação na sua prestação de cuidados (Querido et al., 2020). A promoção de comportamentos de vinculação deve ser feita o mais rapidamente possível após o nascimento do RN, e podem incluir o contacto pele a pele, a contenção feita pelos pais, o toque, a massagem, é de extrema importância e impulsiona um desenvolvimento equilibrado e saudável do RNPT. Uma vez que a Laura tem apenas 20 dias de vida, é ainda limitada a sua resposta de relação emocional com os pais, sendo possível observar o seu conforto através da estabilidade hemodinâmica, a forma como observa e fixa o olhar na face da mãe durante o contacto pele a pele ou colo, e como chora quando se sente desconfortável (DGS, 2013a).

3.6. Conceção de Cuidados

Sensações somáticas

19-09-2023 08:00

19-09-2023 08:00 - Sem manifestação de dor.

19-09-2023 08:00 - Determinar sinais de dor

19-09-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de dor [8/8 horas]

24-09-2023 14:30

24-09-2023 14:30 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

Reflexo de sucção

19-09-2023 08:00

19-09-2023 08:00 - Sem acanolamento da língua.

19-09-2023 08:00 - Sem peristaltismo da língua.

19-09-2023 08:00 - Sem força de sucção.

19-09-2023 08:00 - Reflexo de sucção comprometido

19-09-2023 08:00 - Determinar evolução do reflexo de sucção

19-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do reflexo de sucção [4/4 horas]

19-09-2023 08:00 - Promover reflexo de sucção

19-09-2023 08:00 - Estimular o reflexo de sucção [Neste e em todos os contactos]

24-09-2023 14:30

24-09-2023 14:30 - Sem acanolamento da língua [MANTEVE].

24-09-2023 14:30 - Sem peristaltismo da língua [MANTEVE].

24-09-2023 14:30 - Sem força de sucção [MANTEVE].

Sistema respiratório

19-09-2023 08:00

19-09-2023 08:00 - Frequência respiratória: 63 ciclos/min.

19-09-2023 08:00 - Ritmo respiratório regular.

19-09-2023 08:00 - Movimento respiratório simétrico.

19-09-2023 08:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

19-09-2023 08:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

19-09-2023 08:00 - Sem adejo nasal.

19-09-2023 08:00 - Saturação do oxigénio no sangue

19-09-2023 08:00 - Periférico(a): 98 %.

19-09-2023 08:00 - Coloração da mucosa: rosada.

19-09-2023 08:00 - Reflexo da tosse: presente.

19-09-2023 08:00 - Mobiliza as secreções das vias aéreas acumulando-as ao nível supraglótico.

19-09-2023 08:00 - Sons respiratórios: normais.

19-09-2023 08:00 - Secreções em pequena quantidade.

19-09-2023 08:00 - Secreções fluídas.

19-09-2023 08:00 - Secreções esbranquiçadas.

19-09-2023 08:00 - Determinar evolução da ventilação

19-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da ventilação [6/6 horas]

19-09-2023 08:00 - Limpeza da via aérea comprometida

19-09-2023 08:00 - Determinar evolução da limpeza da via aérea

19-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [6/6 horas]

19-09-2023 08:00 - Melhorar limpeza da via aérea

19-09-2023 08:00 - Aspirar via aérea [Neste contacto e sempre que necessário]

19-09-2023 08:00 - Posicionar para facilitar a limpeza da via aérea [Antes da realização da aspiração da via aérea]

24-09-2023 14:30

24-09-2023 14:30 - Frequência respiratória: 30 ciclos/min.

24-09-2023 14:30 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

24-09-2023 14:30 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

24-09-2023 14:30 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].

24-09-2023 14:30 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

24-09-2023 14:30 - Sem adejo nasal.

24-09-2023 14:30 - Saturação do oxigénio no sangue

24-09-2023 14:30 - Periférico(a): 98 %.

24-09-2023 14:30 - Coloração da mucosa: rosada.

24-09-2023 14:30 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].

24-09-2023 14:30 - Mobiliza as secreções das vias aéreas acumulando-as ao nível supraglótico [MANTEVE].

24-09-2023 14:30 - Sons respiratórios: normais.

24-09-2023 14:30 - Secreções em pequena quantidade.

24-09-2023 14:30 - Secreções fluídas [MANTEVE].

24-09-2023 14:30 - Secreções esbranquiçadas.

Sistema cardiovascular

19-09-2023 08:00

19-09-2023 08:00 - Localização do Pulso

19-09-2023 08:00 - Tórax

19-09-2023 08:00 - Frequência do pulso: 163 pulsações por minuto.

19-09-2023 08:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

19-09-2023 08:00 - Pulso rítmico.

19-09-2023 08:00 - Pulso simétrico.

19-09-2023 08:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

19-09-2023 08:00 - Membro inferior Esquerda(o)

19-09-2023 08:00 - Pressão sanguínea sistólica: 88 mmHg.

19-09-2023 08:00 - Pressão sanguínea diastólica: 51 mmHg.

19-09-2023 08:00 - Temperatura das extremidades

19-09-2023 08:00 - Membro inferior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal.

19-09-2023 08:00 - Coloração das extremidades

19-09-2023 08:00 - Membro inferior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades.

19-09-2023 08:00 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

19-09-2023 08:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

19-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [12/12 horas]

19-09-2023 08:00 - Determinar evolução da perfusão dos tecidos periféricos

19-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos [6/6 horas]

24-09-2023 14:30

24-09-2023 14:30 - Localização do Pulso

24-09-2023 14:30 - Tórax

24-09-2023 14:30 - Frequência do pulso: 150 pulsações por minuto.

24-09-2023 14:30 - Pulso de amplitude mediana e regular.

24-09-2023 14:30 - Pulso rítmico.

24-09-2023 14:30 - Pulso simétrico.

24-09-2023 14:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

24-09-2023 14:30 - Membro inferior Esquerda(o)

24-09-2023 14:30 - Pressão sanguínea sistólica: 85 mmHg.

24-09-2023 14:30 - Pressão sanguínea diastólica: 55 mmHg.

24-09-2023 14:30 - Temperatura das extremidades

24-09-2023 14:30 - Membro inferior Direita(o): Temperatura das extremidades normal.

24-09-2023 14:30 - Coloração das extremidades

24-09-2023 14:30 - Membro inferior Direita(o): Coloração normal das extremidades.

24-09-2023 14:30 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

Eliminação intestinal

19-09-2023 08:00

19-09-2023 08:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

19-09-2023 08:00 - Fezes: em moderada quantidade.

19-09-2023 08:00 - Consistência das fezes: Fezes moles.

19-09-2023 08:00 - Coloração das fezes: amarelada.

19-09-2023 08:00 - Número de defecações por dia: 2.

19-09-2023 08:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal

19-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [6/6 horas]

24-09-2023 14:30

24-09-2023 14:30 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [MANTEVE].

24-09-2023 14:30 - Fezes: em moderada quantidade.

24-09-2023 14:30 - Consistência das fezes: Fezes moles.

24-09-2023 14:30 - Coloração das fezes: amarelada.

24-09-2023 14:30 - Número de defecações por dia: 2.

Eliminação urinária

19-09-2023 08:00

19-09-2023 08:00 - Quantidade de urina: 20 ml.

19-09-2023 08:00 - Urina em moderada quantidade.

19-09-2023 08:00 - Cor da urina: âmbar.

19-09-2023 08:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

19-09-2023 08:00 - Transparência da urina: Límpida.

19-09-2023 08:00 - Frequência da eliminação urinária: normal .

19-09-2023 08:00 - Sem globo vesical.

19-09-2023 08:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

19-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [6/6 horas]

24-09-2023 14:30

24-09-2023 14:30 - Urina em moderada quantidade.

24-09-2023 14:30 - Cor da urina: âmbar.

24-09-2023 14:30 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].

24-09-2023 14:30 - Frequência da eliminação urinária: normal [MANTEVE].

Pele e mucosas

19-09-2023 08:00

19-09-2023 08:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

19-09-2023 08:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

19-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [6/6 horas]

24-09-2023 14:30

24-09-2023 14:30 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

Metabolismo

19-09-2023 08:00

19-09-2023 08:00 - Glicemia capilar: 75 mg/dl.

19-09-2023 08:00 - Determinar evolução da glicemia

19-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da glicemia [SOS]

24-09-2023 14:30

24-09-2023 14:30 - Glicemia capilar: 76 mg/dl.

Termorregulação

19-09-2023 08:00

19-09-2023 08:00 - Temperatura corporal periférica

19-09-2023 08:00 - Região axilar: 36.60 °C.

19-09-2023 08:00 - Determinar evolução da temperatura corporal

19-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [6/6 horas]

24-09-2023 14:30

24-09-2023 14:30 - Temperatura corporal periférica

24-09-2023 14:30 - Região axilar: 36.80 °C.

Sono

19-09-2023 08:00

19-09-2023 08:00 - Dormiu por períodos longos.

19-09-2023 08:00 - Sono reparador.

19-09-2023 08:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 12 Hora.

19-09-2023 08:00 - Número (médio) de horas de sono diurno: 8 Hora.

19-09-2023 08:00 - Determinar evolução do sono

19-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do sono [8/8 horas]

24-09-2023 14:30

24-09-2023 14:30 - Dormiu por períodos longos.

24-09-2023 14:30 - Sono reparador [MANTEVE].

24-09-2023 14:30 - Número (médio) de horas de sono noturno: 12 Hora.

24-09-2023 14:30 - Número (médio) de horas de sono diurno: 8 Hora.

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

19-09-2023 08:00

19-09-2023 08:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

19-09-2023 08:00 - Comportamentos de ligação pai-filho: facilitador.

19-09-2023 08:00 - Ligação mãe/pai-filho

19-09-2023 08:00 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho

19-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho [Próximo contacto]

19-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da ligação pai-filho [Fim-de-semana]

19-09-2023 08:00 - Promover ligação mãe/pai-filho

19-09-2023 08:00 - Executar técnica de pele com pele [Neste e em todos os contactos, se possível diariamente]

19-09-2023 08:00 - Planear a participação da mãe/pai nos cuidados [Neste e em todos os contactos]

19-09-2023 08:00 - Incentivar a amamentação [Neste e em todos os contactos]

19-09-2023 08:00 - Promover adesão da mãe/pai a estratégias promotoras de ligação mãe/pai-filho

19-09-2023 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre promoção da ligação mãe/pai-filho: facilitador.

19-09-2023 08:00 - Consciencialização da mãe/pai sobre a relação entre a técnica de mãe-canguru e a ligação mãe/pai-filho: facilitadora.

19-09-2023 08:00 - Consciencialização da mãe/pai sobre a relação entre a participação nos cuidados e a ligação mãe/pai-filho: facilitadora.

19-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da adesão da mãe/pai a estratégias promotoras de ligação mãe/pai-filho [Próximo contacto]

24-09-2023 14:30

24-09-2023 14:30 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador [MANTEVE].

24-09-2023 14:30 - Comportamentos de ligação pai-filho: facilitador [MANTEVE].

Comportamentos de ligação filho-mãe/pai

19-09-2023 08:00

19-09-2023 08:00 - Comportamentos de vinculação: procura atrair a presença do adulto com choro, sorriso, balbuciar, olhar ou agitando os braços; comportamentos direcionados a qualquer pessoa, porque não consegue distinguir adultos.

19-09-2023 08:00 - Determinar evolução da vinculação

19-09-2023 08:00 - Avaliar evolução da vinculação [Próximo contacto]

24-09-2023 14:30

24-09-2023 14:30 - Comportamentos de vinculação: procura atrair a presença do adulto com choro, sorriso, balbuciar, olhar ou agitando os braços; comportamentos direcionados a qualquer pessoa, porque não consegue distinguir adultos [MANTEVE].

Desenvolvimento psicomotor

19-09-2023 08:00

19-09-2023 08:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme.

19-09-2023 08:00 - Determinar evolução do desenvolvimento infantil

19-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do desenvolvimento infantil [Próximo contacto]

24-09-2023 14:30

24-09-2023 14:30 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme [MANTEVE].

Desenvolvimento físico

19-09-2023 08:00

19-09-2023 08:00 - Peso: 1.23 Kg.

19-09-2023 08:00 - Percentil do peso: P(1).

19-09-2023 08:00 - Crescimento

19-09-2023 08:00 - Determinar evolução do crescimento

19-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do crescimento [1x dia, durante o turno da noite]

19-09-2023 08:00 - Referenciar estado do crescimento ao médico [Diariamente]

24-09-2023 14:30

24-09-2023 14:30 - Peso: 1.28 Kg.

24-09-2023 14:30 - Percentil do peso: P(1).

Recém-nascido

19-09-2023 08:00

19-09-2023 08:00 - Recém-nascido

19-09-2023 08:00 - Substituir mãe/pai nas atividades para satisfazer necessidades desenvolvimentais

19-09-2023 08:00 - Dar banho [a cada 4 dias]

19-09-2023 08:00 - Executar cuidados de higiene oral [Neste e em todos os contactos]

19-09-2023 08:00 - Trocar fralda [Neste e em todos os contactos]

19-09-2023 08:00 - Implementar estratégias de promoção do sono [Neste e em todos os contactos]

19-09-2023 08:00 - Implementar medidas de segurança [Neste e em todos os contactos]

19-09-2023 08:00 - Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil [Neste e em todos os contactos]

19-09-2023 08:00 - Promover papel parental desenvolvimental: higiene e conforto

19-09-2023 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre higiene do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-09-2023 14:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre higiene do recém-nascido: facilitador [MELHOROU].

24-09-2023 14:30 - Capacidade da mãe/pai para cuidar da higiene do recém-nascido: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-09-2023 08:00 - Significado atribuído pela mãe/pai ao dar banho: não dificultador.

19-09-2023 08:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre higiene do recém-nascido [RESOLVIDO] 24-09-2023 14:30

19-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre higiene do recém-nascido [Após realização de informoterapia sobre higiene do recém-nascido e troca da fralda]

19-09-2023 08:00 - Ensinar mãe/pai sobre higiene [Neste contacto]

24-09-2023 14:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido

24-09-2023 14:30 - Avaliar evolução da capacidade da mãe/pai para cuidar da higiene do recém-nascido [Após realização da instrução e treino da troca da fralda]

24-09-2023 14:30 - Instruir mãe/pai a trocar fralda [Neste contacto]

24-09-2023 14:30 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: higiene e conforto [Após indicadores de processo facilitadores]

19-09-2023 08:00 - Promover papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional

19-09-2023 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre ingestão nutricional do recém-nascido: facilitador.

19-09-2023 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre extração conservação e uso do leite materno: facilitador.

19-09-2023 08:00 - Capacidade da mãe/pai para extrair leite materno

19-09-2023 08:00 - Dispositivo: Bomba elétrica de extração de leite - facilitadora.

19-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional [Após indicadores de processo facilitadores]

19-09-2023 08:00 - Promover papel parental desenvolvimental: sono/repouso

19-09-2023 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre sono do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

24-09-2023 14:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre sono do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

19-09-2023 08:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre sono do recém-nascido [RESOLVIDO] 24-09-2023 14:30

19-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre sono do recém-nascido [Após realização de informoterapia sobre o sono;]

19-09-2023 08:00 - Ensinar mãe/pai sobre sono [Próximo contacto]

24-09-2023 14:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre sono do recém-nascido

19-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre sono do recém-nascido [Após realização de informoterapia sobre o sono;]

19-09-2023 08:00 - Ensinar mãe/pai sobre sono [Próximo contacto]

19-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: sono/repouso [Após indicadores de processo facilitadores]

19-09-2023 08:00 - Promover papel parental desenvolvimental: lidar com o choro

19-09-2023 08:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre choro do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

24-09-2023 14:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre choro do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

19-09-2023 08:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre choro do recém-nascido [RESOLVIDO] 24-09-2023 14:30

19-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre choro do recém-nascido [Após realização de informoterapia sobre o choro do recém-nascido]

19-09-2023 08:00 - Ensinar mãe/pai sobre choro [Próximo contacto]

19-09-2023 08:00 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias para lidar com o choro [Próximo contacto]

19-09-2023 08:00 - Ensinar mãe/pai sobre massagem infantil [Próximo contacto]

24-09-2023 14:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre choro do recém-nascido

19-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre choro do recém-nascido [Após realização de informoterapia sobre o choro do recém-nascido]

19-09-2023 08:00 - Ensinar mãe/pai sobre choro [Próximo contacto]

19-09-2023 08:00 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias para lidar com o choro [Próximo contacto]

19-09-2023 08:00 - Ensinar mãe/pai sobre massagem infantil [Próximo contacto]

19-09-2023 08:00 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: lidar com o choro [Após indicadores de processo facilitadores]

3.7. Especificação das intervenções

Dar banho

- Realizar o banho contido, na incubadora, com recurso a água e compressas de algodão;

Aspirar via aérea

- Realizar aspiração de secreções via oral e nasal, via sonda de aspiração ou peça em Y;

Estimular o reflexo de sucção

- Oferecer chupeta à Laura quando acordada, com sinais de fome ou de irritabilidade/desconforto;

Avaliar evolução da ligação mãe-filho

- Observar a forma como a mãe interage com a Laura, a sua demonstração de carinho, dedicação e preocupação;
- Analisar o interesse demonstrado pela mãe em aprender sobre o desenvolvimento e

condição da Laura, através das questões que coloca;

Executar técnica de pele com pele

- Planear juntamente com a mãe, os momentos oportunos do dia para efetuar contacto pele com pele com a Laura;
- Executar a transferência da Laura da incubadora para o colo da mãe, pelo menos uma vez por dia, após ter prestado os cuidados, de forma a permitir que a Laura usufrua deste contacto por longos períodos sem ser perturbada com manipulações;
- Gerir o ambiente de forma a que seja o mais confortável possível para a mãe poder disfrutar do contacto pele com pele;
- Monitorizar a evolução da estabilidade hemodinâmica e tolerância da Laura ao contacto pele com pele;

Trocar fralda

- Planear o momento da mudança da fralda de forma a causar menor impacto no sono e equilíbrio hemodinâmico da Laura;
- Preparar o material necessário: fralda, compressas de algodão, água;
- Executar a troca da fralda;
- Avaliar o peso da fralda removida, de forma a contabilizar os fluidos eliminados;

Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil

- Utilizar posicionamentos promotores do conforto, em posição de flexão, com alinhamento pela linha média, com auxílio de suportes macios promovendo o saudável desenvolvimento muscular da Laura;
- Proteger os olhos da luz intensa durante a prestação de cuidados, o escurecimento do ambiente propicia a abertura dos olhos;
- Limitar a intensidade e número de fontes de ruído: falar com tom de voz suave em conformidade com o estado, comportamento e necessidades manifestadas;
- Limitar quantidade e frequência da manipulação, promover organização comportamental e estimulação tátil positiva, com auxílio de materiais de contenção;
- Promover sucção não nutritiva, durante a alimentação por gavagem ou realização de procedimentos dolorosos;
- Colocar uma compressa embebida em leite materno na incubadora, durante a alimentação;
- Proteger da hiperestimulação, através do planeamento de cuidados que promovam a organização e regulação do comportamento;

Implementar medidas de segurança

- Manter os travões da incubadora ativos;
- Manter as portas da incubadora fechadas;
- Verificar que o sistema de aspiração está ligado e funcionante;
- Verificar que o insuflador manual se encontra presente e funcionante;

Implementar estratégias de promoção do sono

- Agrupar os cuidados de enfermagem a realizar, como a troca da fralda, e minimizar a manipulação, sempre que possível, de forma a respeitar os ciclos de sono da Laura;

- Diminuir a intensidade da luz geral da sala de cuidados intensivos neonatais;
- Utilizar a coberta da incubadora de forma a diminuir a incidência da luz;
- Diminuir os estímulos sonoros, ao responder e resolver a causa dos alarmes sonoros oriundos do monitor cardiorrespiratório contínuo e diminuir ruído ambiente;

Ensinar mãe/pai sobre choro

- Informar a mãe que o choro é um método de comunicação utilizado pelo RN para comunicar uma necessidade, para a qual necessita de ajuda;
- Explicar à mãe que o tempo de contacto com o RNPT e a experiência com RN no passado contribuem para a capacidade de identificar a causa responsável pelo choro;
- Explicar à mãe que as causas do choro podem advir de necessidades físicas ou emocionais, sendo as causas físicas mais comuns: a fome, o desconforto, a dor, o sono e as causas emocionais o sentir-se desprotegido, pedir mimo ou estar exausto, sendo estas últimas de mais difícil identificação;
- Informar a mãe que relativamente às necessidades físicas, foram identificados 5 sons que precedem o choro e orientam-nos na identificação da sua causa, como sendo: "Neh" relacionado com a fome; "Eh" relacionado com o desconforto gástrico alto e necessidade de eructar; "Eairh" relacionado com o desconforto gástrico baixo, típico da cólica; "Heh" relacionado com o desconforto físico, como sendo o frio/calor/ fralda suja e por fim o "Owl" relacionado com o sono;
- Explicar à mãe que a chave para a compreensão da comunicação do RN baseia-se na atenção prestada não só ao choro, mas também aos movimentos dos membros e expressões faciais;
- Informar a mãe que mesmo quando inconsolável, o choro é na maioria das vezes característico da fase desenvolvimental do RN, sendo apenas em 5% dos casos causado por uma causa física que necessita de ser tratada. No entanto, se após avaliação e resolução de todas as causas anteriormente descritas o RN continuar a chorar inconsolavelmente, deve ser observado por um profissional de saúde, para excluir causas clínicas;
- Explicar à mãe que o choro inconsolável pode ter como consequência a frustração parental, a exaustão, stress e ansiedade parentais, ter impacto negativo no relacionamento do casal, ter um impacto negativo e dificultador na vinculação e apego, e pode causar até perda do controlo, colocando o RN em risco;
- Informar a mãe sobre o risco de lesões cerebrais graves características do síndrome do bebé abanado e da sua relação com o choro persistente do RN;
- Informar a mãe que durante os primeiros três meses de vida, os RN são ainda muito sensíveis a estímulos semelhantes aos vivenciados durante o período intrauterino, denominando-se este período por 4º trimestre;

Executar cuidados de higiene oral

- Realizar limpeza dos lábios com recurso a compressa de algodão e se possível leite materno, ou água esterilizada, a cada momento de prestação de cuidados, ou sempre que considerado necessário;

Otimizar sonda gástrica

- Verificar do nível de inserção da sonda gástrica antes de cada utilização, de acordo com o previamente registado;
- Verificar da fixação da sonda gástrica antes de cada utilização;
- Verificar do conteúdo gástrico antes de cada utilização;

Planear a participação da mãe/pai nos cuidados

- Informar a mãe sobre o plano diário relativo aos momentos oportunos para realizar os cuidados de higiene à Laura, incentivando-a a observar;
- Explicar à mãe a importância de respeitar os momentos de descanso e sono profundo da Laura, sendo por isso relevante planear os cuidados de forma a interferir com o sono o menos possível;

Ensinar mãe/pai sobre massagem infantil

- Esclarecer a mãe que a massagem infantil e a massagem abdominal são técnicas diferentes com propósitos distintos;
- Informar a mãe que a massagem abdominal tem como propósito intervir de forma a facilitar a movimentação e eliminação de gás e fezes;
- Informar a mãe que o desconforto abdominal é uma das causas do choro no RN, sendo importante observar as características do abdómen: mole, duro, timpanizado, distendido;
- Informar a mãe que em caso de se apresentar timpanizado, poderá ser benéfica a realização de massagem abdominal antes da troca da fralda, as vezes consideradas necessárias;
- Esclarecer a mãe que a massagem deve iniciar com um toque suave, de forma a permitir ao RN a preparação para a interação;
- Informar a mãe de que deve utilizar um óleo ou creme adequado para RN/lactentes para facilitar a massagem;
- Massajar o abdómen com movimentos suaves mas firmes, potenciando a movimentação de gás e fezes ao longo do cólon ascendente, transverso e descendente;
- Se o RN se apresentar tenso, a chorar e não tolerar sequer o toque no abdómen, não irá tolerar a massagem, pelo que a mesma deve ser adiada;
- Informar a mãe de que pode recorrer à mnemónica "I love you", por forma a ser mais fácil lembrar a orientação da massagem, repetindo o movimento três vezes em cada parte;
- O "I" refere-se ao movimento de massagem no lado direito do abdómen, potenciando a movimentação do conteúdo fecal do cólon ascendente;
- O "L" refere-se ao movimento de massagem na parte superior do abdómen, seguida do lado esquerdo do abdómen, imitando um L invertido, promovendo a mobilização do conteúdo do cólon transverso e descendente;
- O "U" refere-se ao movimento de massagem do lado esquerdo do abdómen, inferior e lado direito, completando assim a massagem;
- Informar a mãe pode ser também utilizada a técnica de flexão dos membros inferiores sobre o abdómen, que pode ajudar na eliminação de gás;

Ensinar mãe/pai sobre sono

- Informar a mãe sobre a importância do respeito pelos períodos do sono na promoção do desenvolvimento neurológico apropriado da Laura;

- Explicar à mãe a importância da manipulação mínima durante os períodos de sono da Laura;
- Informar a mãe que os RN dormem em média 16 a 18 horas por dia;
- Informar a mãe que o sono do RNPT é constituído por diferentes fases, como sendo o sono leve ou ativo;
- Explicar à mãe que durante o sono leve, há uma atividade fisiológica aumentada, irregularidade nos batimentos cardíacos e na respiração, com forte correlação com o crescimento cerebral. É durante esta fase que o RNPT se encontra mais responsivo a estímulos exteriores;
- Explicar à mãe que durante o sono profundo, não ocorrem movimentos rápidos dos olhos (NREM), sendo um período em que ocorre regeneração celular, síntese proteica e libertação de hormonas como a insulina, melatonina e o hormonas do crescimento, que atuam no crescimento e desenvolvimento do RN;

Incentivar a amamentação

- Explicar à mãe que devido à idade gestacional corrigida da Laura ainda ser inferior a 34 semanas, adicionado ao facto de a Laura ainda necessitar de ventilação não invasiva, a sua alimentação será administrada via sonda orogástrica, com leite materno extraído;
- Informar a mãe sobre os benefícios do leite materno para a otimização da alimentação e desenvolvimento da Laura;
- Proporcionar oportunidade de extrair leite materno;
- Promover o contacto pele a pele;

Otimizar sonda de oxigénio

- Verificar posicionamento das cânulas nasais utilizadas;
- Ajustar parâmetros do dispositivo respiratório, como o FiO₂, se necessário;
- Aplicar medidas de prevenção de úlcera por dispositivo médico;
- Avaliar a condição da pele e mucosa nasal a cada 6 horas;
- Documentação da condição da pele e mucosa;

Referenciar estado do crescimento ao médico

- Informar o médico sobre o peso atual do RN;

Posicionar para facilitar a limpeza da via aérea

- Ajustar o posicionamento de forma a que seja facilitada a visualização da boca e nariz;
- Ajustar o posicionamento de forma a que seja facilitada a aspiração de secreções da orofaringe;
- Ajustar o posicionamento da Laura promovendo dentro do possível o seu conforto durante o procedimento de aspiração de secreções;

Avaliar evolução da ligação pai-filho

- Observar a forma como o pai interage com a Laura, a sua demonstração de carinho, dedicação e preocupação;
- Analisar o interesse demonstrado pelo pai em aprender sobre o desenvolvimento e condição da Laura, através das questões que coloca;

Ensinar mãe/pai sobre higiene

- Informar a mãe sobre a importância do agrupamento de cuidados, sendo que a troca da fralda é efetuada normalmente de 6 em 6 horas em RNPT;
- Explicar à mãe que o momento que antecede a troca da fralda é adequado para a observação e massagem do abdómen para alívio do desconforto abdominal;
- Explicar à mãe a importância de observar a cicatriz umbilical, de forma a identificar a presença de sinais de alerta, como o rubor, calor, edema, odor e presença de drenagem de conteúdo purulento;
- Explicar à mãe que se necessário, a cicatriz umbilical pode ser limpa com água tépida e sabão com pH neutro, em movimentos circulatorios suaves, após o qual deve ser seco, seguindo o mesmo princípio;
- Informar a mãe Olga sobre o material necessário para a troca da fralda, como sendo algodão, água, fralda;
- Informar a mãe onde encontrar o material necessário para efetuar a troca da fralda, como sendo a gaveta da Incubadora;

Ensinar mãe/pai sobre estratégias para lidar com o choro

- Informar a mãe sobre os métodos que podem ser utilizados para ajudar o RN a acalmar o choro, como sendo: a contenção, ao envolver o RN com um lençol ou fralda de pano; a posição lateral ou ventral, de barriga para baixo; o ruído branco semelhante ao "shhhh"; o embalar e a sucção não nutritiva. Todos os 5 métodos descritos funcionam pelo facto de se assemelharem ao ambiente uterino, com o qual o RN prematuro estava familiarizado e do qual sente falta;
- Explicar à mãe que o contacto pele a pele poderá também ser uma boa estratégia para gerir o choro pelo facto do contacto com a mãe ser algo que o RN necessita, sendo o período dos primeiros três meses de vida característico de uma maior dificuldade em lidar com estímulos externos ambientais, sendo o RN, especialmente o RNPT ainda muito sensível aos estímulos semelhantes aos vivenciados no útero;

Manter oxigenoterapia

- Administrar fiO_2 adequado às necessidades da Laura, com base na monitorização da sua saturação de oxigénio;

Trocar sonda gástrica

- Efetuar a troca da sonda gástrica a cada três dias, ou em caso de remoção accidental;

Referenciar sinais de complicações no local de inserção da sonda gástrica ao médico

- Informar o médico se houver algum sinal de deterioração hemodinâmica que ocorra durante ou após a utilização da sonda gástrica para administração de leite ou medicação;

Avaliar evolução da integridade dos tecidos

- Observar a pele do nariz, mucosa nasal e da boca, devido ao risco acrescido de úlcera por pressão por utilização de dispositivo médico;
- Observar as características da pele dos joelhos após posicionamento ventral;

Executar tratamento ao local de inserção da sonda de oxigénio

- Realizar troca de penso de fixação da sonda de oxigénio sempre que se verifique que já não suporta a mesma, de forma a otimizar a sua posição nas narinas;

Otimizar incubadora

- Vigiar a temperatura da incubadora;
- Vigiar humidade da incubadora;

Instruir mãe/pai a trocar fralda

- Explicar à mãe que antes de iniciar a mudança da fralda, é facilitador ter os materiais necessários prontos a ser utilizados, de forma a não perturbar a Laura demasiado com esta manipulação;
- Explicar à mãe que as compressas e a fralda se encontram na gaveta em baixo da incubadora, devendo colocá-las perto da Laura, de forma a ser de mais fácil acesso;
- Explicar à mãe que a água deve ser morna, sem necessidade de adição de gel ou sabão neutro;
- Explicar à mãe que as fraldas apresentam um número escrito que equivale ao peso da fralda em gramas, o que permite o cálculo da urina/fezes eliminadas, devendo a fralda ser mantida até o seu peso ser avaliado;
- Explicar à mãe, que os movimentos de limpeza devem ser direcionados de cima para baixo, sem utilizar a mesma face da compressa duas vezes, pelo risco de infeção urinária;
- Explicar à mãe, que o momento da troca da fralda constitui um momento privilegiado de observação do abdómen, bem como da pele da zona genital e anal, sendo indicado a colocação de cremes de barreira, se houver vermelhidão ou sinais de irritação cutânea;

3.8. Síntese relativa ao caso

A síntese deste documento encontra-se organizada em três tópicos relevantes para a exposição do meu pensamento crítico face à conceção de cuidados realizada. Assim, em primeiro lugar demonstrarei os resultados que espero alcançar face aos diagnósticos identificados, seguidamente abordarei os contributos das intervenções selecionadas para o caso clínico e, por fim, será exposta a minha reflexão sobre as particularidades das decisões tomadas ao longo das duas sessões aqui documentadas.

1 - Critérios de resultado:

Relativamente aos diagnósticos identificados como “potencial para melhorar”, face ao papel parental, a disponibilidade em aprender é essencial para a efetividade da atuação do enfermeiro. Neste caso, a mãe da Laura demonstrou interesse e disponibilidade em melhorar o seu conhecimento e capacidade sobre temas sobre os quais apresentava lacunas. Assim foi considerado o momento apropriado para atuar, uma vez que existia por parte da mãe da Laura vontade em aprender, sendo as temáticas consideradas como prioritárias para a gestão da sua

condição: a mudança da fralda, promovendo a relação de ligação e vínculo existentes, o sono e o choro do RN. O meu objetivo foi assim atuar no sentido de melhorar aspetos que necessitavam de intervenção de forma a torná-los facilitadores e assim contribuir para a aquisição da mestria do papel parental.

No que concerne os diagnósticos de reflexo de sucção comprometido e limpeza da via aérea comprometida, tive como objetivo atuar de forma a contribuir para a melhoria da condição da Laura e assim ser possível observar a alteração dos dados que estiveram na génese do diagnóstico.

Assim, para cada diagnóstico de “potencial para melhorar”, pretendo, através das intervenções de enfermagem realizadas, atingir os seguintes resultados:

Recém-nascido - Promover papel parental desenvolvimental: higiene e conforto

Resultados esperados face ao diagnóstico Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre higiene do recém-nascido:

- A mãe verbaliza a importância de apenas se trocar a fralda da Laura de seis em seis horas, permitindo-lhe completar os seus ciclos de sono;
- A mãe verbaliza que necessita de compressas, água, fralda para a troca da fralda;
- A mãe identifica a gaveta da incubadora como local onde encontrar os materiais necessários à troca da fralda;

Resultados esperados face ao diagnóstico Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido:

- A mãe é capaz de reunir o material necessário para a troca da fralda da sua filha;
- A mãe é capaz de mobilizar a Laura por forma a facilitar a limpeza da área genital e anal;
- A mãe é capaz de mudar a fralda da Laura;

Recém-nascido - Promover papel parental desenvolvimental: sono/repouso

Resultados esperados face ao diagnóstico Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre sono do recém-nascido

- A mãe verbaliza a importância em respeitar os ciclos do sono da Laura;
- A mãe verbaliza a importância em agrupar os momentos de realização de cuidados e manipulação da Laura, evitando perturbar o seu sono;
- A mãe verbaliza que o ambiente deve ser gerido de acordo com a necessidade da Laura, com a diminuição da luz ambiente, a utilização da coberta da incubadora e diminuição de ruído ambiente;

Recém-nascido - Promover papel parental desenvolvimental: lidar com o choro

Resultados esperados face ao diagnóstico Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre choro do recém-nascido

- A mãe verbaliza que o choro é um método natural de comunicação que o RN utiliza para comunicar uma necessidade, funcionando como um pedido de ajuda;
- A mãe verbaliza que as causas do choro podem advir de uma necessidade físicas, como a fome, o desconforto, a dor, ou o sono;
- A mãe verbaliza que as causas do choro podem advir de uma necessidade emocional, como o tédio, a exaustão e falta de contacto;
- A mãe verbaliza que mesmo quando é inconsolável, o choro é na maioria das vezes característico do desenvolvimental do RN;
- A mãe verbaliza as consequências relacionadas com o choro inconsolável, como a frustração, stress e ansiedade parentais e dificuldade na vinculação e apego, podendo haver impacto negativo no relacionamento do casal;
- A mãe verbaliza que em situação de grande frustração é mais adequado pousar o RN num local seguro e sair da divisão por uns minutos, do que ceder à frustração e colocar o RN em risco;
- A mãe refere o Síndrome do Bebê Abanado como associado ao choro inconsolável, e verbalize que pode causar danos cerebrais graves e irreversíveis;
- A mãe verbaliza a importância da utilização dos cinco métodos utilizados para acalmar o RN de forma a atingir o reflexo calmante;
- A mãe refere o 4º trimestre enquanto período durante o qual o RN é ainda muito sensível a estímulos semelhantes aos vivenciados durante o período intrauterino;

2- Contributos das intervenções face ao cenário clínico

A intervenção "Avaliar evolução (..)" permite a vigilância sistemática e a avaliação contínua dos cuidados de enfermagem prestados, permitindo a continuidade e a deteção de alterações em algum foco, determinando se as intervenções de enfermagem alcançaram os indicadores de resultado, ou se, por outro lado é necessário realizar alguma alteração ou ajuste no plano de cuidados estabelecido (Dias & Duran, 2018). Permite também a avaliação do conhecimento da mãe de forma contínua. Ao reconhecer que não sabe e ao demonstrar interesse e disponibilidade em aprender, a mãe poderá adquirir conhecimento que irá facilitar a sua vivência da transição, proporcionar o alcance da mestria e, por fim, da integridade fluída (Meleis et al., 2010). Os momentos de contacto durante as visitas que a mãe faz à sua filha Laura permitiram a realização da avaliação contínua do seu conhecimento e o esclarecimento de

dúvidas que surgem com a evolução da condição e crescimento da Laura e com a exposição a novas situações e circunstâncias.

Quanto às intervenções "Gerir" (...) e "Planejar (...)", permitem a organização de alguma ação considerada necessária (ICN, 2019), adequando os cuidados de enfermagem às necessidades do cliente. Estas intervenções permitem organizar as ações de enfermagem, para atingir um resultado desejado. Neste caso, foi planeada a participação da mãe/pai nos cuidados à Laura, de forma a incentivar a sua participação nos mesmos e, consequentemente, promover os comportamentos de ligação com a sua filha, sendo um exemplo desse planeamento, o momento para realizar contacto pele a pele ou a troca da fralda. Relativamente à gestão dos cuidados de enfermagem, foi gerido o ambiente em que a Laura se encontra, sendo no seu caso a incubadora fechada, bem como a analgesia, dependendo da avaliação feita da dor através dos instrumentos de avaliação PIPP e EDIN, e observação do comportamento da Laura durante o turno.

A intervenção "Implementar (...)" permite a gestão e o uso do nosso conhecimento e capacidades de forma a conseguir colocar em prática as ações planeadas (ICN, 2019). No caso da Laura, a implementação de estratégias visa promover o seu saudável desenvolvimento, através da promoção do sono e do adequado desenvolvimento infantil, bem como a implementação de medidas de segurança durante o seu período de internamento na UCIN, com recurso ao conhecimento e capacidade do enfermeiro para fornecer medidas que permitam a prestação de cuidados adequados às necessidades da Laura.

Quanto à intervenção "Executar (...)", implica o desempenho de tarefas de cariz técnico (ICN, 2019), imprescindíveis à prestação dos cuidados de enfermagem à Laura, de forma a dar resposta às suas necessidades, típicas de um RNPT.

Relativamente à intervenção "Ensinar (...)", tem como objetivo fornecer informação sistematizada sobre uma determinada temática, relacionada com a saúde (ICN, 2019) sobre a qual a mãe reconheceu não saber e demonstrou ter interesse e disponibilidade para aprender. Desta forma, o enfermeiro intervém promovendo a melhoria do conhecimento dos pais, capacitando-os para a aquisição de competências que lhes permitam uma melhor gestão na sua resposta às necessidades que vão surgindo, facilitando o seu processo de transição, permitindo que adquiram mestria no seu novo papel (Meleis, 2010).

Importa referir que relativamente a alguns diagnósticos de enfermagem, a realização de intervenções unicamente relacionadas com o "Ensinar...", não conseguirão dar resposta às necessidades identificadas. Assim, torna-se pertinente capacitar a mãe através de intervenções como o "Instruir...", demonstrando como fazer algo, e posteriormente, a intervenção "Treinar...", cujo objetivo é desenvolver as capacidades de realizar a atividade necessária para dar resposta ao problema identificado (ICN, 2019). Quando utilizadas conjuntamente, as intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar proporcionam a aquisição de novos

conhecimentos e capacidades, que terão repercussões no processo de transição, permitindo à mãe adquirir a mestria no seu novo papel parental (Meleis et al., 2000).

3- Reflexão face ao cenário clínico

Tendo em consideração a idade gestacional e condição clínica da Laura, aliada o facto de apenas ter 20 dias de vida, bem como a necessidade de permanência por um longo período de tempo na UCIN, até atingir autonomia alimentar e condições de estabilidade hemodinâmica que permitam a alta segura para casa, decidi definir como prioritário o objetivo de promover o papel parental desenvolvimental referente à higiene e conforto, sendo a troca da fralda da Laura algo que a mãe nunca executou e que mostrou interesse em aprender. Este tipo de ensino é normalmente realizado numa fase posterior, quando os RNPT se encontram na Unidade de Cuidados Intermédios, de forma a promover o conhecimento e posterior capacidade dos pais no exercício do seu papel parental. No entanto, uma vez que a Laura é a quarta filha, e se encontrava estável hemodinamicamente, decidi realizar o ensino sobre higiene e mudança da fralda.

Decidi abordar o choro do RN e estratégias a utilizar na sua gestão, numa próxima oportunidade de contacto, referente à segunda sessão deste plano de cuidados, por ser um tema de interesse da mãe, que verifica que quando a Laura chora, ela fica sem saber o que fazer para a ajudar. É expectável que a Laura chore durante a prestação de cuidados, demonstrando-se assim este momento como uma oportunidade de abordar o choro e as estratégias disponíveis para a sua gestão, numa perspetiva de parceria de cuidados, em que se pretende que haja melhoria no conhecimentos dos pais. Decidi também abordar o sono do RN, na segunda sessão, pela sua extrema importância no saudável desenvolvimento do RNPT, sendo também uma das causas identificadas do choro. A mãe, tendo já três rapazes, todos eles tendo sido RN de termo, não tem experiência nem conhecimento sobre o neuro-desenvolvimento, e cuidado ao RNPT, sendo por isso pertinente ensiná-la sobre a importância do sono no cuidado à Laura.

Embora existam certamente outras áreas nas quais será necessária a intervenção "Ensinar", estas não serão abordadas nestes contactos. Esta decisão baseia-se no facto de ser contraproducente informar sobre variadas temáticas num curto espaço de tempo, o que dificulta a sua assimilação, podendo ainda ser motivador de stress parental e sensação de não ser capaz de gerir e memorizar toda a informação que está a ser disponibilizada, o que faz com que esta intervenção perca o seu propósito. Assim achei mais adequado planejar uma realização de informoterapia faseada, sobre temáticas pertinentes e sobre os quais a mãe demonstrou interesse, de forma a facilitar a sua gestão e assimilação.

Relativamente ao diagnóstico "Promover papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional", não foi avaliada a capacidade de amamentar uma vez que a Laura ainda não tem capacidade ou maturidade desenvolvimental para apresentar sinais de prontidão alimentar. Assim, apenas poderá ser avaliada a capacidade de amamentar, quando a Laura atingir as 34

semanas de idade gestacional corrigida, e/ou apresentar sinais de prontidão alimentar. Adicionalmente, a autoeficácia da mãe para amamentar, apenas poderá ser avaliada posteriormente, quando a capacidade de amamentar se encontrar facilitadora. Mesmo tendo amamentado os três filhos anteriores, a prematuridade e fragilidade da Laura impõem-se como um desafio para o qual a mãe necessitará de apoio, que lhe será facultado no momento oportuno. No entanto, apesar das dificuldades relativas à prematuridade da Laura, as intervenções com vista ao incentivo à amamentação são realizadas desde o nascimento, tendo sido efetuada previamente, antes deste contacto, informoterapia sobre a importância da amamentação, sobre a utilização da bomba de extração de leite e conservação do mesmo, para os quais a mãe demonstra ter conhecimento facilitador, bem como capacidade para utilizar a bomba de extração de leite materno. Acresce ainda que, a realização de contacto pele a pele, o toque e a sua visita diária com observação da sua filha são também intervenções realizadas com vista ao incentivo da amamentação, que concomitantemente promovem os comportamentos de ligação e de vinculação da Laura com a sua mãe, vinculação essa que, devido à prematuridade da Laura, se encontra dificultada, sendo essencial a atuação por parte do enfermeiro por forma a promover a vinculação do RNPT, através de intervenções de enfermagem como o facilitar o contacto pele a pele e promover e planear a participação da mãe e pai nos cuidados à Laura.

4. ESTUDO DE CASO II: INTERNAMENTO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

A Benedita (nome fictício) tem 23 meses de idade, diagnosticada com Neuroblastoma de alto risco em Setembro de 2022. Apresentava lesão primária na glândula supra-renal direita, com lesões secundárias na glândula supra-renal esquerda, sinais de metastização linfática loco-regional e à distância, bem como metastização cutânea, muscular, óssea, hepática e pulmonar. Desde então realizou vários ciclos de tratamento de quimioterapia, procedimento cirúrgico de adrenalectomia com remoção total da lesão primária na glândula supra-renal direita. Realizou também transplante autólogo de medula óssea. Este internamento deveu-se à necessidade de monitorização da Benedita durante o período de administração de imunoterapia antineoplásica Dinutuximab. É a segunda filha, tendo um irmão de 3 anos. A mãe e o pai são ambos saudáveis, e contam com o apoio familiar por parte da tia materna.

4.1. Enquadramento teórico

Perante o cenário supracitado, torna-se pertinente abordar a doença oncológica diagnosticada à Benedita, bem como a importância deste internamento programado para administração da imunoterapia antineoplásica, como parte integrante do seu tratamento. Será também abordada a fase Toddler enquanto fase desenvolvimental do ciclo vital, e o impacto da hospitalização na vida da criança, finalizando com o enquadramento da teoria das transições. Este plano de cuidados foi desenvolvido com base na experiência de prestação de cuidados no Internamento de Oncologia Pediátrica no dia 24/10/2023, bem como em contexto domiciliário, através do apoio prestado pela UMAD, no dia 30/10/2023, após o regresso da Benedita a casa, que ocorreu dia 28/10/2023.

O aumento da prevalência e incidência da doença oncológica, bem como o desenvolvimento da investigação realizada sobre esta temática, em áreas como a genética e a biologia celular e molecular (Krasnick et al., 2021), permitiram criar novas estratégias de tratamento, resultando numa maior variedade e complexidade de terapêuticas antineoplásicas sistémicas (TANPS) disponíveis para tratamento da doença oncológica (Otero et al., 2018). Estas terapêuticas são constituídas por um conjunto de fármacos utilizados, isoladamente ou em conjunto, no tratamento do cancro, com objetivo curativo ou paliativo, dependendo do tipo de tumor, da extensão da doença e da condição da pessoa (OE, 2023a). Podem ser de cariz neoadjuvante, utilizadas em situações cujo objetivo é a redução do tumor antes da sua resseção cirúrgica, com

a intenção de se preservar a função local do órgão; ou de cariz adjuvante, em que se pretende a prevenção da recorrência da doença, eliminando qualquer doença microscópica residual ou micrometastática (Haddad & Yee, 2011). Podem ainda ser utilizadas em situação de doença refratária ou recidiva. Em situação do tratamento ser paliativo, pretende-se com a utilização das TANPS diminuir e/ou controlar a doença metastática e melhorar a qualidade de vida da pessoa com doença oncológica (OE, 2023a). Nelas se incluem a quimioterapia, a hormonoterapia, a imunoterapia e a terapêutica-alvo (Holt, 2018) e têm como finalidade a destruição ou atraso do crescimento das células tumorais (Haddad & Yee, 2011). Algumas das TANPS são mutagénicas, carcinogénicas e teratogénicas, sem capacidade de distinção entre as células neoplásicas e as células normais, que resultam na ocorrência de efeitos secundários graves, das quais é exemplo a quimioterapia. Outras tratam-se de substâncias mais seletivas, que pela sua seletividade de ação, minimizam os efeitos secundários nefastos resultantes dos tratamentos realizados (Park, 2020).

A imunoterapia é um exemplo deste tipo de terapêutica, que tem uma atuação direcionada nas células tumorais, bloqueia a proliferação de células malignas e provoca a sua destruição através da apoptose e autofagia, evitando danos nas células saudáveis, o que se vai refletir numa melhor qualidade de vida (OE, 2023a). As TANPS são utilizadas numa perspetiva de tratamento da doença oncológica, do aumento da sobrevida e da melhoria da qualidade de vida da pessoa. Assim, a escolha da TANPS a utilizar deve ser resultante da avaliação de fatores multifatoriais, como as características do tumor, a idade do cliente, experiência da equipa interdisciplinar e recursos disponíveis (Holt, 2018).

O cancro é definido pela OMS (2021) como o crescimento rápido de células anormais de forma descontrolada para além dos seus limites habituais, podendo invadir partes adjacentes do corpo, deslocar-se e difundir-se para outros órgãos, sendo este processo denominado por metastização. O cancro infantil apresenta, no entanto, diferenças significativas comparativamente ao cancro no adulto, relativamente à morfologia, prognóstico e tratamento. Este tem origem em células em fase embrionária, sendo por isso indiferenciadas, do sistema sanguíneo ou de tecido de sustentação, sendo a sua etiologia desconhecida e apresentando uma taxa de sobrevida de 80% (Ministério da Saúde, 2023).

Segundo a Classificação Internacional do Cancro Infantil, este é classificado de acordo com a sua morfologia e localização primária, com ênfase na sua morfologia, tendo por objetivo facilitar o estudo internacional homogéneo da ocorrência, incidência e mortalidade do mesmo tipo de neoplasia, através da utilização de procedimentos rigorosos que permitam a comparabilidade de dados, o que é de extrema importância devido à baixa frequência de casos de doença oncológica em crianças (Steliarova-Foucher et al., 2005; National Cancer Institute [NCI], 2017). É tendencialmente mais agressivo e de crescimento mais rápido comparativamente ao dos adultos, sendo no entanto mais responsivo ao tratamento com quimioterapia e radioterapia,

com diminuição das células tumorais, apresentando atualmente uma taxa de sucesso do tratamento superior à dos adultos (Pires, 2017). Estima-se que em Portugal a taxa de incidência do cancro infantil seja de 16.7 por 100.000 crianças, com uma taxa de mortalidade associada de 2.9 em cada 100.000 crianças (IARC, 2023).

O Neuroblastoma caracteriza-se nessa classificação como uma neoplasia tipo IV, com origem nas células da crista neural, responsáveis pela formação do sistema nervoso periférico e da medula supra-renal. É um tumor sólido extracraniano, sendo o mais frequente na população pediátrica e mais comumente diagnosticado em lactentes. Embora seja defendida a possibilidade deste tipo de tumor estar presente à nascença, apenas é possível diagnosticá-lo após a observação de sintomas. Localiza-se principalmente no abdómen, especialmente na zona das glândulas supra-renais, seguida de pescoço, tórax e pélvis (Heering & Ashley, 2018). A sua incidência (50%) é maior em crianças com menos de dois anos, seguida de 25% de casos em crianças em idade pré-escolar, sendo mais comum em rapazes do que em raparigas. A sua metastização é mais frequente na medula óssea, fígado e tecido subcutâneo (Johnson & Keogh, 2010). A sintomatologia é dependente da localização e estágio de desenvolvimento do tumor. Pode ocorrer linfadenopatia cervical ou supraventricular, perda acentuada de peso e anorexia, apresentando-se como uma massa abdominal firme e irregular, que atravessa a linha média e é indolor à palpação. Em caso de comprometimento renal, pode ocorrer retenção urinária ou poliúria. Em situações em que há metastização de células tumorais: ocorre edema peri-orbitário, exoftalmia e equimose supra orbitária, caso a mesma tenha ocorrido no tecido retrobulbar; icterícia em caso de pressão efetuada no fígado; manchas azuis/roxas na pele, em caso de metastização cutânea; edema do pescoço e face em caso de compressão efetuada na veia cava e sintomas neurológicos como parestesias, quando existe pressão exercida sobre nervos ou lesões intracranianas. O seu diagnóstico é efetuado através de biópsia dos tecidos tumorais, aspiração da medula óssea, exames complementares de diagnóstico ao crânio, tórax e abdómen, bem como análises sanguíneas. Em mais de metade dos casos, o diagnóstico é realizado depois da ocorrência de metástases, sendo de mau prognóstico em caso de diagnóstico tardio (Johnson & Keogh, 2010). A sobrevivência ao neuroblastoma é inversamente relacionada com a idade da criança, sendo a taxa de sobrevivência de cerca de 50% em crianças com mais de um ano de idade. O seu tratamento é feito preferencialmente por remoção cirúrgica, acompanhado de quimioterapia para diminuição das dimensões do tumor, ou como tratamento de metástases. O transplante de medula óssea ou resgate de células estaminais periféricas, enquanto tratamento concomitante, está relacionado com uma taxa de sobrevida de 10 a 20% em crianças com menos de dois anos de vida. A radioterapia é utilizada para gestão de tumores em estádios finais como tratamento paliativo (NCI, 2023).

O cancro infantil, apresenta-se como um evento inesperado que origina mudanças profundas e permanentes na vida da criança e da sua família, quer pelo percurso longo da doença, quer pela imprevisibilidade da sua evolução (Santos & Figueiredo, 2013). A partir do momento em que é

comunicado o diagnóstico, toda a família é transportada para uma nova realidade, entendida como ameaçadora, extremamente confusa e hostil (Jones, 2012). Para poder acompanhar os seus filhos, muitas vezes é necessário que um dos progenitores deixe de trabalhar, o que tem um impacto negativo podendo originar situação de fragilidade financeira. Numa família em que há mais do que um filho, o desafio intensifica-se pela dificuldade no acompanhamento a cada um deles, uma vez que o filho a quem foi diagnosticada doença oncológica requer um acompanhamento mais intenso e maior disponibilidade temporal por parte dos pais. Esta situação traz consequências nas relações familiares, que requerem muita comunicação para que sejam mantidas de forma saudável (Acreditar À Conversa, 2019). O facto de se ver afastado dos irmãos causa sofrimento na criança internada, que se sente isolada e privada da sua companhia e das brincadeiras que tinham juntos. Por outro lado, os irmãos vivenciam sentimentos de solidão, medo e preocupação, bem como raiva, ciúmes e culpa (Merck & McElfresh, 2019). Os pais têm assim de tentar encontrar uma forma de equilibrar o tempo despendido com cada criança. É por isso muito importante o apoio familiar, de amigos e instituições, de forma a facilitar a adaptação da família a esta nova realidade.

A criança com idade entre o um e três anos, denominada de toddler relativamente ao seu estágio desenvolvimental, observa continuamente o ambiente que a rodeia, bem como os comportamentos do outro, replicando aquilo que observa. A nível desenvolvimental, é uma fase de novas e marcantes conquistas, na qual a criança se torna gradualmente mais independente. A curiosidade impulsiona o seu desenvolvimento a vários níveis, traduzindo-se num aumento da sua confiança na exploração intensa do meio, por forma a compreender como tudo funciona, o que proporciona a aquisição de novas competências. O desenvolvimento e evolução das capacidades motoras (motricidade grossa e fina) é evidente em todas as atividades realizadas pela criança, como o andar, brincar, vestir-se, a sua resposta à disciplina, interação social e na propensão para se magoar. As atividades são agora menos isoladas e ocorrem em conjunto com capacidades físicas e mentais de forma a conseguir um resultado com propósito. As possibilidades de exploração e investigação do seu ambiente, tal como os seus perigos, tornam-se assim infundáveis (Duffy, 2019; Silva et al., 2022).

Segundo Erikson, a principal tarefa desenvolvimental da criança nesta idade é adquirir autonomia enquanto é ultrapassada a vergonha e a dúvida. Esta fase tem especial foco no desenvolvimento do Ego, que pode ser observado à medida que a criança consegue adiar a gratificação, conseguindo gerir os seus impulsos e frustração com maior capacidade e assim conseguir interagir com o ambiente de forma mais facilitada. É através do desenvolvimento do Ego que se torna mais evidente a individualidade de cada criança. Por outro lado, a par com o desenvolvimento da consciência da sua vontade e da sua capacidade em conseguir atingir o seu objetivo, vem o medo de falhar e a vergonha. Para uma conquista de autonomia bem sucedida, é necessária a oportunidade de autodomínio relativamente à frustração relacionada com estabelecimento de limites e gratificação tardia. Estas oportunidades de autodomínio

encontram-se na brincadeira e nas interações com as pessoas importantes para a criança (Humphreys et al., 2015). Aos dois anos de vida a criança começa a ter necessidade de dominar para atingir o controlo, independência e autonomia, sendo capaz de se diferenciar dos outros, com maior ênfase em relação à sua mãe ou cuidador principal. O processo de diferenciação consiste na fase da separação, em que a criança emerge da relação de simbiose com a sua mãe; e a individualização, com as conquistas que a criança alcança e que realçam a sua individualidade. Esta confia na previsibilidade dos seus pais, do seu ambiente e na interação com os outros e começa agora a perceber que o seu comportamento é seu e que traz consequências previsíveis e consistentes no outro. É nesta fase que a criança se confronta com o conflito interno entre exercer a sua autonomia e abandonar a dependência do outro. O negativismo e ritualismo são típicos das crianças nesta fase, na sua busca pela autonomia, reagindo frequentemente dizendo “não” face aos pedidos (Duffy, 2019). As emoções são voláteis e expressas de forma intensa, através de birras. Este negativismo pode ser desafiante para os pais, que beneficiam de ser informados por forma a saber como lidar de forma construtiva com os seus filhos. Por outro lado, o ritualismo e a rotina dão a sensação de conforto à criança. Esta consegue aventurar-se, se souber que a sua rotina, pessoas e lugares familiares não se alteram. Sem os seus rituais que lhe conferem conforto, a criança tem pouca oportunidade de exercer a sua autonomia, o que pode culminar em regressão e dependência. O desenvolvimento psicossocial é contínuo, ocorrendo ao longo de todo o ciclo vital, no entanto as primeiras etapas são essenciais para que ocorra de forma estruturada, sendo muito importante estimular a criança, tanto em aspetos emocionais quanto cognitivos (Papalia & Martorell, 2021).

Quanto ao desenvolvimento cognitivo de Piaget, o toddler inicia a fase pré-conceptual do desenvolvimento cognitivo, que irá manter-se até aos quatro anos de idade. Esta fase é parte integrante da fase pré-operacional, que abrange o período entre os dois e os sete anos de idade. A fase pré-conceptual trata-se de uma fase de transição que une o comportamento puramente autogrificante típico da infância e o comportamento de socialização rudimentar. A fase pré-operacional implica a inabilidade da criança em pensar em termos de operações. Nesta fase as crianças apenas conseguem conceber a sua perceção de um evento. As principais características do pensamento pré-operacional são: o egocentrismo, com a incapacidade de entender a existência de outra perspetiva; e a dependência da perceção na resolução de problemas. Nesta fase, a criança pensa em termos mágicos e acredita que pode provocar os acontecimentos (Duffy, 2019).

A partir dos dois anos a criança aprende uma variedade de palavras. A aquisição da capacidade de comunicar verbalmente, fazendo-se compreender, promove a sua independência e melhora a sua confiança. A linguagem apresenta-se como sendo do tipo egocêntrico ou social. O primeiro acontece quando a criança verbaliza palavras e sons pelo prazer de as dizer e de se ouvir, sem objetivo de comunicar. A linguagem do tipo social serve o propósito de comunicar, sendo também egocêntrica na medida em que a criança comunica sobre ela aos outros. Durante o

segundo ano de vida a criança utiliza a linguagem simbólica sobre o “porquê” e o “como” das coisas. No entanto, a simbolização mental é estreitamente associada ao pensamento pré-lógico. Por exemplo, a agulha é “algo que magoa”. A experiência da dor terá agora um novo significado uma vez que estará associada a um evento. Os pais e profissionais de saúde tendem a subestimar a capacidade da criança se lembrar das experiências vividas, descurando a preparação da criança para novas experiências, como a ida ao médico, por exemplo, o que pode gerar medos para o resto da vida. É assim essencial que as crianças sejam preparadas para novas experiências (Duffy, 2019). Por forma a estimular a criança a adquirir novo vocabulário é importante que se utilizem termos corretos durante a conversa. Aos dois anos a criança é capaz de verbalizar o próprio nome, fala sozinha durante a brincadeira, juntando duas ou mais palavras, construindo frases curtas, que podem ser pouco compreensíveis mesmo para os familiares. É capaz também de indicar onde se encontram diferentes partes do corpo como as mãos, os pés, o nariz e a boca (DGS, 2013a; Silva et al., 2022).

A hospitalização é em muitos dos casos a primeira crise que a criança vivencia, podendo esta ser definida como uma tensão temporária, em que há uma comunicação pouco eficiente, com dificuldade na resolução de problemas e incapacidade em reconhecer ou aceder a recursos (ICN, 2019). As crianças são particularmente vulneráveis a este tipo de fator stressor uma vez que representa uma mudança do seu estado de saúde e do ambiente que lhe é familiar, sendo que as crianças têm ainda poucos mecanismos de *coping* para lidar com o stress que dela resulta. Esta impõem-se como um agressor ao quotidiano da criança, pela alteração que causa na sua rotina, sendo que os eventos que mais geram stress à criança durante a hospitalização são a perda de controlo, a separação da família, o facto de se encontrar num ambiente estranho, o medo de sofrer lesão corporal e sentir dor. A forma como a criança reage a esta crise depende da sua idade e estágio de desenvolvimento. Experiências de doença prévia, necessidade de internamento hospitalar ou separação, bem como capacidade inata de lidar com esta vivência, a gravidade do diagnóstico e a rede de apoio têm também influência na sua reação. O choro é durante a hospitalização, a reação mais visível em crianças que não têm acompanhamento familiar constante, podendo apresentar-se também como um pedido de ajuda, de apoio ou conforto face às vivências hospitalares. A criança vivencia medo relacionado com experiência de hospitalização. O medo, embora se trate de um elemento adaptativo do seu desenvolvimento, quando sentido de forma prolongada, apresenta um risco elevado de comprometer o desenvolvimento de respostas emocionais adaptativas. O acompanhamento dos pais durante a hospitalização demonstra ter efeito benéfico nas reações físicas e emocionais da criança. Se a separação puder ser evitada, a criança apresentará uma melhor capacidade de tolerar desafios que lhe são apresentados durante a sua hospitalização (Merck & McElfresh, 2019).

É importante que o EEESIP detenha capacidades comunicacionais adequadas à etapa de desenvolvimento da criança, utilizando técnicas apropriadas à idade da mesma (Decreto-lei n.º

422/2018) de forma a minimizar o medo dos procedimentos, tratamentos e exames complementares de diagnóstico, promovendo a adesão por parte da criança, por forma a potenciar, dentro das limitações inerentes ao seu estágio de desenvolvimento, o seu entendimento sobre a situação que está a vivenciar. Desta forma o EEESIP deve utilizar uma linguagem simples, não infantilizada, evitando a utilização de metáforas por forma a evitar interpretações literais, que podem culminar na exacerbação da sensação de medo. Deve também explicar a situação ou procedimento a que a criança vai estar exposta, com uma base percetiva clara e centrada nos fenómenos e sensações. Estas devem ser referidas de forma a evitar a surpresa (Lerwick, 2016). Deve ser dada a oportunidade à criança para se exprimir, sendo aos dois anos capaz de comunicar através de frases constituídas por três palavras, e cerca de 65% do seu vocabulário é percetível (Duffy, 2019). Devem ser validados os seus sentimentos, ser utilizada a fantasia para facilitar a vivência desta experiência e encorajar o esforço. Relativamente à preparação da criança face a cuidados em saúde, o EEESIP deve aumentar o grau de previsibilidade e perceção de controlo em relação a acontecimentos potencialmente stressantes, apoiando a criança e a família a enfrentar a situação que se encontram a vivenciar com um sentimento de mestria e o mínimo grau de sofrimento. Desta forma o EEESIP contribui para a adaptação da criança à hospitalização, cuidados de saúde, doença e outros eventos stressantes (Lerwick, 2016).

À luz da Teoria das Transições (Meleis et al., 2000) na qual a consciencialização se apresenta como um conceito fundamental, a Benedita, enquanto criança no estágio desenvolvimental toddler, não vivencia a transição. No entanto, a mãe encontra-se a vivenciar dois tipos de transição, de forma simultânea e relacionada. A transição desenvolvimental relativa ao seu papel parental e a transição situacional por ser agora cuidadora da sua filha com doença oncológica, que necessita de vários internamentos, consultas, e prestação de cuidados complexos no domicílio que são agora assegurados por si.

4.2. Clientes

Cliente

Toddler | Idade: 1 ano | Feminino

Mãe/Pai

24-10-2023 09:00

24-10-2023 09:00 - Figura parental principal: mãe.

24-10-2023 09:00 - Distância casa/hospital: 13.5 km.

24-10-2023 09:00 - Número de outros filhos: 1.

24-10-2023 09:00 - Filho(s) Toddler.

24-10-2023 09:00 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental, especial.

24-10-2023 09:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-10-24 09:00:00	Omeprazol 10 mg Suspensão oral/PO 1 id/ antes do pequeno almoço	
2023-10-24 09:00:00	Sulfametoxazol + Trimetoprim 30 mg Suspensão oral/PO de 12/12 horas (09:00h-21:00h)	
2023-10-24 09:00:00	Clemastina 0.3mg Solução Injetável/IV 12/12 horas (SOS)	2023-10-30 10:00:00
2023-10-24 09:00:00	Gabapentina 120 mg Suspensão oral/PO 3 id (09:00h-15:00h 23:00h)	
2023-10-24 09:00:00	Aciclovir 1.5 ml Suspensão oral/PO 12/12 horas (09:00h-21:00h)	
2023-10-24 09:00:00	Morfina 1.2 mg Solução Injetável/IV 4/4 horas (SOS)	2023-10-30 10:00:00
2023-10-24 09:00:00	Adrenalina 0.12ml Solução injetável/IV (SOS)	2023-10-30 10:00:00
2023-10-24 09:00:00	Hidrocortisona 49 mg Solução Injetável/IV (SOS)	2023-10-30 10:00:00
2023-10-24 09:00:00	Paracetamol 120 mg Xarope/PO 6/6 horas (4:00h-10:00h-16:00h-22:00h)	
2023-10-24 09:00:00	Ibuprofeno 50 mg Suspensão Oral/PO 8/8h (1:00h-09:00h-17:00h)	
2023-10-24 09:00:00	Rifamicina 1mg Solução injetável/ administração local 1 id (10:00h)	
2023-10-24 09:00:00	Ceftriaxona 1000mg Solução injetável/ IV 1 id (12:00h)	
2023-10-24 09:00:00	Amicacina 180 mg Solução injetável /IV 1id (12:00h)	
2023-10-24 09:00:00	Dinutuximab	2023-10-30 10:00:00
2023-10-24 09:00:00	Ondansetron 3 mg Manipulado xarope/PO de 12/12 horas (09:00h-21:00h)	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A preparação e administração de medicamentos constitui-se como intervenção interdependente da estrita competência dos Enfermeiros, após prescrição prévia do medicamento efetuada pelo médico (OE, 2018). A terapêutica prescrita engloba vários medicamentos relacionados com o complexo tratamento do neuroblastoma de alto risco. Assim, fazem parte da medicação prescrita e administrada à Benedita: a medicação anti-emética; antibiótica e antivírica preventiva; a antineoplásica; analgésica e antipirética, e por fim a medicação anti-inflamatória esteróide, anti-histamínica e antiarrítmica, na eventualidade de ocorrer um choque anafilático.

Omeprazol 10 mg Suspensão oral/PO 1 id

Grupo medicamentoso/Ação: Anti-ulceroso. Atua através da ligação a enzimas nas células gástricas parietais na presença de pH ácido, prevenindo o transporte de iões de hidrogénio para o lúmen gástrico.

Indicação terapêutica: Tratamento de doença de refluxo gastroesofágico/manutenção da cicatrização da esofagite erosiva. Nesta caso foi prescrito de forma preventiva, para colmatar os sintomas gástricos potencialmente causados pelas medicações anti-inflamatórias e antivírica.

Efeitos secundários: Diarreia, obstipação.

Cuidados na preparação e administração de medicamentos: Administrar de manhã, antes do pequeno-almoço; Manter o frasco bem fechado e proteger da humidade; Proteger da luz; Conservar no frigorífico após a sua abertura; Agitar antes de usar; Após a sua abertura, conservar por um mês.

Sulfametoxazol + Trimetoprim 30 mg Suspensão oral/PO de 12/12 horas (09:00h-21:00h)

Grupo medicamentoso/Ação: Anti-infecioso e Antibacteriano. É composto por duas substâncias ativas, o sulfametoxazol que tem efeito bacteriostático e o trimetoprim que tem efeito bactericida.

Indicação terapêutica: Tratamento de infeções. Nas infeções agudas, deve administrar-se pelo menos durante cinco dias ou até dois dias depois do desaparecimento dos sintomas. No caso da Benedita, o seu uso é prolongado devido ao contexto clínico oncológico.

Efeitos secundários: Exantema.

Cuidados na preparação e administração de medicamentos: Conservar durante 20 dias em temperatura ambiente (<25 graus °C) após a abertura; Agitar o frasco antes da sua

utilização; Administrar após as refeições; Proteger da luz e humidade (Infarmed, 2022a).

Clemastina 0.3mg Sol. Inj. /IV 12/12 horas (SOS)

Grupo medicamentoso/Ação: Antialérgico e Anti-histamínico. Tem efeito antipruriginoso e ação anticolinérgica e depressora do SNC, sendo assim, também considerada uma terapêutica de emergência.

Indicação terapêutica: Terapia adjuvante no choque anafilático e no edema angioneurótico. Foi prescrito à Benedita pelo facto de haver risco de anafilaxia ou hipersensibilidade à medicação Dinutuximab.

Efeitos secundários: Sonolência; agitação; hipotensão; taquicardia; diarreia; obstipação.

Cuidados na preparação e administração de medicamentos: Conservar a temperatura < a 25°C; Proteger da luz; Diluir o conteúdo da ampola na proporção de 1:5 com uma solução de Cloreto de sódio a 0,9% ou com uma solução de glucose a 5%; Administrar lentamente (Infarmed, 2022b).

Gabapentina 120 mg Suspensão oral/PO 3 id (09:00h- 15:00h 23:00h)

Grupo medicamentoso/Ação: Analgésico adjuvante, anticonvulsivante. A atividade analgésica da gabapentina pode ocorrer na espinal medula, bem como em centros encefálicos superiores, através de interações com vias de inibição descendente da dor.

Indicação terapêutica: Tratamento da dor neuropática periférica. Foi prescrito à Benedita como parte da medicação analgésica tripla indicada durante a administração do medicamento Dinutuximab.

Efeitos secundários: Edema facial; erupção cutânea; prurido; nistagmo; hipertensão; diarreia; obstipação.

Cuidados na preparação e administração de medicamentos: Conservar no frigorífico após a sua abertura; Manter o frasco bem fechado para proteger da humidade (Infarmed, 2023c).

Aciclovir 1.5 ml Suspensão oral/PO 12/12 horas (09:00h-21:00h)

Grupo medicamentoso/Ação: Anti-infeccioso e Antivírico. Interfere com a ADN polimerase vírica inibindo a replicação do ADN vírico e resultando na terminação da cadeia após incorporação no ADN vírico.

Indicação terapêutica: Tratamento de infeções por vírus Herpes simplex da pele e mucosas. Foi prescrito à Benedita como forma de prevenção de aquisição de infeções víricas, devido à sua vulnerabilidade imunológica.

Efeitos secundários: Diarreia; fotossensibilidade; prurido; erupção cutânea; fadiga; febre.

Cuidados na preparação e administração de medicamentos: Validade de três anos; Conservar a temperatura < 30 °C; Agitar bem a suspensão oral antes de administrar; Não diluir (Infarmed, 2021a).

Morfina 1.2 mg Sol. Inj./IV 4/4 horas (SOS) + 3 mg Solução oral/PO

Grupo medicamentoso/Ação: Analgésico opiáceo. Liga-se aos recetores opiáceos no SNC, causando a sua depressão generalizada e alterando a percepção ao estímulo da dor.

Indicação terapêutica: Tratamento da dor aguda. Prescrita como parte da medicação analgésica opióide, de forma a mitigar a dor neuropática provocada pela administração da medicação antineoplásica Dinutuximab. Segundo a orientação da gestão de analgésicos, durante a sua administração, após o desmame da morfina intravenosa, em caso de dor neuropática grave, pode ser administrada Morfina por via oral (0,2 a 0,4 mg/kg em cada 4 a 6 horas). Assim, a Benedita tinha prescrita também Morfina em solução oral 3 mg em SOS (período mínimo de 4 horas), em caso de necessidade.

Efeitos secundários: Sedação; hipotensão; obstipação.

Cuidados na preparação e administração de medicamentos: Diluir 1 ml de Morfina em 9 ml de solução de cloreto de sódio 0,9%, conseguindo uma concentração de 1mg/ml; Administrar lentamente ; Se necessária a utilização de um antagonista, pode ser utilizada a Naloxona (Deglin & Vallerand, 2009) Conservar na embalagem de origem para proteger da luz; Conservar a temperatura < de 25°C (Infarmed, 2023d).

Adrenalina 0.12ml Sol. inj./IV (SOS)

Grupo medicamentoso/Ação: Antiarrítmico e simpaticomimético. A adrenalina atua, através da ligação aos seus recetores (α e β) sobre grande quantidade de sistemas do organismo: a nível cardiovascular, brônquico, gastrointestinal, renal, uterino, ocular, sobre o sistema nervoso, o metabolismo e sobre a composição sanguínea.

Indicação terapêutica: Paragem cardíaca; bradicardia com repercussão hemodinâmica (no contexto de manobras de ressuscitação); reações anafiláticas ligeiras, médias ou graves e choque anafilático. Foi prescrito à Benedita pelo risco de anafilaxia ou hipersensibilidade à medicação Dinutuximab que lhe estava a ser administrada.

Efeitos secundários: Tremores; taquicardia; hipertensão.

Cuidados na preparação e administração de medicamentos: Pode administrar-se por via intramuscular (IM), subcutânea, intravenosa (IV) e, em casos de extrema gravidade, por via intracardíaca; Diluir em água para preparações injetáveis, solução de cloreto de sódio 0,9%, glucose 5% ou glucose 5% em solução de cloreto de sódio 0,9% e sob monitorização cardíaca; A posologia e modo de administração dependem do diagnóstico e da situação clínica do doente. Em caso de emergência deve utilizar-se uma via de absorção rápida. A administração

endovenosa deve ser feita lentamente. Em caso de hipovolêmia, a mesma deve ser corrigida antes da administração da adrenalina (Infarmed, 2016a).

Hidrocortisona 49 mg Sol. Inj./IV (SOS)

Grupo medicamentoso/Ação: Glucocorticóide. Tem uma ação anti-inflamatória. É particularmente útil nas situações de emergência que requerem que se atinja rapidamente uma elevada concentração cortisólica, com o objetivo de condicionar uma resposta terapêutica rápida e determinante para a sobrevivência.

Indicação terapêutica: Tratamento de insuficiência suprarrenal aguda e bissuprarrenalectomia; choque em que se verifique ou suspeite de insuficiência da suprarrenal e anafilaxia aguda. Está ainda indicada como terapêutica adjuvante em situação avançada de neoplasia e hiperplasia congénita das glândulas suprarrenais, como é o caso da Benedita.

Efeitos secundários: Retenção hídrica; hipertensão; hipotensão.

Cuidados na preparação e administração de medicamentos: Conservar a temperatura < a 25°C; Proteger da luz; Agitar vigorosamente a ampola depois da diluição; Diluir a ampola em 2 ml de água para injetáveis; Conservar da solução reconstituída com água para injetáveis até 24 horas, quando armazenada a 2-8 °C e até 12 horas quando armazenada a 25 °C. No entanto, sempre que possível, a solução reconstituída deve ser utilizada imediatamente (Infarmed, 2021b).

Paracetamol 120 mg Xarope/PO 6/6 horas (4:00h-10:00h-16:00h-22:00h)

Grupo medicamentoso/Ação: Antipirético e analgésico, não opióide.

Indicação terapêutica: Tratamento de situações clínicas que requerem um analgésico e/ou um antipirético. Foi prescrito a horas fixas por forma a atuar na dor neuropática expectável durante a administração da medicação antineoplásica Dinutuximab, bem como na hipertermia que pode também ocorrer como resultado da sua administração.

Efeitos secundários: Sonolência.

Cuidados na preparação e administração de medicamentos: Administrar diretamente na cavidade oral da criança, em posição de sentada e acordada; A dose única habitual é de 10 – 20 mg/kg de peso corporal, até um máximo de 60 mg/kg de peso corporal de dose total diária; Pode ser administrado em intervalos de 6 - 8 horas, até 3 – 4 vezes por dia, desde que a dose máxima diária não seja ultrapassada. Conservar o frasco do xarope após a abertura durante 12 meses; Manter o frasco bem fechado dentro da embalagem exterior; Conservar a temperatura < 25 °C (Infarmed, 2020b).

Ibuprofeno 50 mg Suspensão Oral/PO 8/8h (1:00h-09:00h-17:00h)

Grupo medicamentoso/Ação: Anti-inflamatório não esteróide, antireumatisal, analgésico não opióide, antipirético. Inibe a síntese das prostaglandinas, que desempenham um papel essencial no aparecimento da febre, da dor e da inflamação.

Indicação terapêutica: Tratamento da dor ligeira a moderada e redução da febre, bem como de problemas inflamatórios.

Efeitos secundários: Diarreia; obstipação; erupção cutânea.

Cuidados na preparação e administração de medicamentos: Deve ser administrado após as refeições; Conservar por um período de 6 meses após a sua abertura; Conservar a temperatura < 25 °C; Agitar o frasco vigorosamente antes da sua utilização (Infarmed, 2023e).

Rifamicina 1mg Solução injetável/ administração local 1 id (10:00h)

Grupo medicamentoso/Ação: Anti-infecioso; Antibacteriano; Antituberculoso. Atua através da inibição da polimerase-RNA dependente do DNA das bactérias sensíveis, sem que sejam afetados os sistemas enzimáticos dos eucariotas.

Indicação terapêutica: Tratamento de infeções provocadas por micro-organismos sensíveis à rifamicina: Staphylococcus aureus ou outras bactérias Gram-positivas. A sua administração deveu-se ao facto de haver infeção do local de inserção do cateter venoso central (CVC), por Pseudomonas, sendo a sua administração realizada diariamente aquando da realização do penso do CVC, durante um período de quatro dias.

Efeitos secundários: Diarreia; erupção cutânea.

Cuidados na preparação e administração de medicamentos: Limpar com soro fisiológico a pele no local de inserção do CVC; Aplicação de compressa embebida em Rifocina no local de inserção do CVC; Remover da compressa embebida em Rifocina e aplicar o penso oclusivo impermeável; Conservar no frigorífico (2°C - 8°C); Após abertura, o conteúdo não utilizado deverá ser eliminado de imediato (Infarmed, 2016b).

Ceftriaxona 1000mg Solução injetável/ IV 1 id (12:00h)

Grupo medicamentoso/Ação: Anti-infecioso e Antibacteriano. Tem atividade bactericida que resulta da inibição da síntese da parede celular das bactérias.

Indicação terapêutica: Tratamento de infeções. Em caso de infeção causada por Pseudomonas aeruginosa, está requerida a associação com aminoglicosídeos, para evitar resistências secundárias. Nas infeções causadas por outras bactérias em doentes com tratamento de intervenção na febre neutropénica, com ceftriaxona, deve ser associado um aminoglicosídeo. Pelo facto de ter tido um episódio de pico febril há quatro dias, foi iniciado ciclo de antibioterapia com ceftriaxona e amicacina.

Efeitos secundários: Diarreia.

Cuidados na preparação e administração de medicamentos: No entanto, e como regra geral, as soluções devem ser usadas imediatamente após a sua preparação; Administrar via injeção intravenosa (durante 2 a 4 minutos) ou por perfusão intravenosa (durante 30 minutos), após reconstituição da solução em 10 ml de água estéril para injetáveis. Agitar a solução reconstituída por 60 segundos para garantir a total dissolução; A ceftriaxona não pode ser misturada ou administrada simultaneamente com soluções ou produtos contendo cálcio, mesmo utilizando vias de perfusão diferentes; Conservar a temperatura < a 25°C; Proteger da humidade; Proteger da luz; Conservar após reconstituição até 6 horas a temperatura inferior a 25°C ou 24 horas a 2°C-8°C (Infarmed, 2022c).

Amicacina 180 mg Solução injetável /IV 1id (12:00h)

Grupo medicamentoso/Ação: Antibiótico e Anti-infecioso, Aminoglicosídeo. Atua através da inibição da síntese proteica bacteriana (Deglin & Vallerand, 2009).

Indicação terapêutica: Tratamento de infeções causadas por bactérias gram-negativas. Foi iniciada a sua administração por episódio de pico febril, como descrito anteriormente.

Efeitos secundários: Erupções cutâneas; febre; tremor; hipotensão; diminuição da audição.

Cuidados na preparação e administração de medicamentos: Diluir a ampola com: Dextrose a 5%; Dextrose a 5% e cloreto de sódio a 0,2%, ou Dextrose a 5% e cloreto de sódio a 0,45%, ou Cloreto de sódio a 0,9% ou Lactato de Ringer. A sua administração deve ser feita por um período de uma hora. A duração da terapêutica é normalmente de sete a dez dias. Conservar em local fresco e seco com temperatura < a 25°C; Proteger da luz (Infarmed, 2014).

Dinutuximab Solução injetável /IV (administração contínua por 10 dias)

Grupo medicamentoso/Ação: Agente antineoplásico, e anticorpo monoclonal quimérico humano/murino de tipo IgG1, produzido numa linha celular de mamífero, através de tecnologia de ADN recombinante. Atua através da reação específica com a fração carboidrato do disialogangliosídeo 2 (GD2), que é expresso em grande quantidade nas células do neuroblastoma.

Indicação terapêutica: Tratamento de neuroblastoma de alto risco em crianças a partir dos 12 meses, previamente tratados com quimioterapia de indução e que tenham alcançado pelo menos uma resposta parcial, seguida de terapêutica mieloablativa e transplante de células estaminais, bem como em doentes com história de recidiva ou neuroblastoma refratário, com ou sem doença residual. Antes do tratamento de neuroblastoma recidivante, qualquer doença em progressão ativa deve ser estabilizada por outras medidas adequadas.

Efeitos secundários: Pirexia; dor; diarreia; hipertensão.

Cuidados na preparação e administração de medicamentos: Registrar o nome e o número do lote do medicamento administrado de forma a permitir a sua rastreabilidade; Preparar a perfusão de Dinutuximab em condições assépticas; Pode ser administrado por via venosa periférica ou central única. Outros fármacos coadministrados por via intravenosa devem ser administrados através de uma linha de perfusão separada. Em perfusões contínuas, a solução é administrada a uma velocidade de dois ml por hora (48 ml por dia) utilizando uma bomba de perfusão. O tratamento com Qarziba consiste em cinco ciclos consecutivos, cada um com uma duração de 35 dias. A dose individual é determinada com base na área de superfície corporal e deve totalizar 100 mg/m² por ciclo. São possíveis dois modos de administração: • uma perfusão contínua ao longo dos primeiros 10 dias de cada ciclo (total de 240 horas) à dose diária de 10 mg/m² • ou cinco perfusões diárias de 20 mg/m² administradas ao longo de oito horas, nos primeiros cinco dias de cada ciclo. No caso da Benedita, o método de administração escolhido foi o primeiro, feito ao longo de 10 dias, num total de 240 horas. Sendo expectável que ocorra dor neuropática, tipicamente no início do tratamento, é necessária administração de pré-medicação com analgésicos, incluindo opióides por via intravenosa, antes de cada perfusão com dinutuximab. Antes de iniciar uma perfusão contínua intravenosa com morfina, deve ser administrada uma perfusão em bólus de 0,02 a 0,05 mg/kg/hora de morfina nas duas horas antes da perfusão de dinutuximab beta. No tratamento da dor, recomenda-se uma terapêutica tripla, incluindo analgésicos não opióides (como o paracetamol e ibuprofeno em horário fixo), gabapentina e opióides, como a morfina. Após o desmame da morfina intravenosa, em caso de dor neuropática grave, pode ser administrado, sulfato de morfina por via oral (0,2 a 0,4 mg/kg em cada 4 a 6 horas); Conservar por um período de 4 anos antes de aberto; Proteger da luz; Conservar no frigorífico (2 °C – 8 °C) ; Condições de conservação do medicamento após diluição: A solução diluída tem uma estabilidade de 48 horas a 25 °C numa seringa e de 7 dias a 37 °C se se encontrar num saco de perfusão, após conservação cumulativa no frigorífico entre 2 a 8 °C, por um período de 72 horas (EMA, 2023).

Ondansetron 3 mg Manipulado xarope/PO de 12/12 horas (09:00h-21:00h)

Grupo medicamentoso/Ação: Antiemético e antivertiginoso. É um antagonista potente e altamente seletivo dos recetores 5HT₃. O seu exato mecanismo de ação no controlo de náuseas e vómitos não é conhecido. No entanto, estima-se que o seu efeito seja devido ao antagonismo dos recetores 5HT₃ nos neurónios localizados no SNC e periférico.

Indicação terapêutica: Prevenção e controlo de náuseas e vómitos induzidos por quimioterapia citotóxica, em crianças com idade igual ou superior seis meses.

Efeitos secundários: Obstipação; esgar facial; rigidez; tremor nas mãos.

Cuidados na preparação e administração de medicamentos: Antes de iniciar a quimioterapia, está indicada a administração de Ondansetron por via endovenosa, numa dose única de 0,15 mg/kg, com base no peso da criança. Após 12 horas do início da administração da

quimioterapia, a sua administração pode ser feita por via oral, com recurso ao xarope, devendo ser administrado até 4 mg de 12 em 12 horas, que deverá continuar até ao fim da administração da perfusão da quimioterapia, até 5 dias. O seu perfil de atuação quando administrado por via oral é de início rápido, atingindo o seu pico 15 a 30 minutos após administração, tendo uma duração de 4 horas. Conservar em posição vertical, em ambiente seco < 30 °C; Não refrigerar; Após abertura, conservar por 28 dias (Infarmed, 2022d).

As vigilâncias que decorrem da administração dos medicamentos anteriormente descritos, serão explanados nos domínios selecionados para a conceção de cuidados, face às necessidades da Benedita, no sentido de detetar e atuar em caso de reações adversas ao medicamento, nos quais se incluem: as sensações somáticas, a pele e mucosas, o sistema respiratório, o sistema cardiovascular, o desenvolvimento psicomotor e a eliminação intestinal e urinária.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

24-10-2023 09:00

24-10-2023 09:00 - Cateter venoso periférico [RESOLVIDO] 30-10-2023 10:00

24-10-2023 09:00 - Localização do cateter venoso periférico

24-10-2023 09:00 - Pé Direita(o)

24-10-2023 09:00 - Ausência de infiltração.

24-10-2023 09:00 - Características do dispositivo: Catéter venoso periférico 24 G.

24-10-2023 09:00 - Ausência de dor.

24-10-2023 09:00 - Ausência de calor.

24-10-2023 09:00 - Ausência de rubor.

24-10-2023 09:00 - Ausência de tumefação.

24-10-2023 09:00 - Ausência de exsudado.

24-10-2023 09:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter [FIM]

30-10-2023 10:00

24-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [Neste e em todos os contactos] [FIM] 30-10-2023 10:00

24-10-2023 09:00 - Assegurar funcionamento do cateter [FIM] 30-10-2023 10:00

24-10-2023 09:00 - Otimizar cateter venoso periférico [Neste e em todos os contactos] [FIM] 30-10-2023 10:00

24-10-2023 09:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico [FIM] 30-10-2023 10:00

24-10-2023 09:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [2/2 dias] [FIM] 30-10-2023 10:00

24-10-2023 09:00 - Trocar cateter venoso periférico [Sempre que necessário] [FIM] 30-10-2023 10:00

24-10-2023 09:00 - Cateter central

24-10-2023 09:00 - Localização do cateter central

24-10-2023 09:00 - Veia jugular Esquerda(o)

24-10-2023 09:00 - Características do dispositivo: Catéter de longa duração de dupla via.

24-10-2023 09:00 - Ausência de dor.

24-10-2023 09:00 - Ausência de calor.

24-10-2023 09:00 - Presença de rubor.

24-10-2023 09:00 - Ausência de tumefação.

24-10-2023 09:00 - Ausência de exsudado.

30-10-2023 10:00 - Localização do cateter central

30-10-2023 10:00 - Veia jugular Esquerda(o)

30-10-2023 10:00 - Características do dispositivo: cateter de longa duração de dupla via.

30-10-2023 10:00 - Ausência de dor.

30-10-2023 10:00 - Ausência de calor.

30-10-2023 10:00 - Ausência de rubor.

30-10-2023 10:00 - Ausência de tumefação.

30-10-2023 10:00 - Ausência de exsudado.

24-10-2023 09:00 - Assegurar funcionamento do cateter

24-10-2023 09:00 - Otimizar cateter central [Neste e em todos os contactos]

24-10-2023 09:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

24-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter central [Neste e em todos os contactos]

24-10-2023 09:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter central

24-10-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter central [Diariamente]

24-10-2023 09:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter central

24-10-2023 09:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter central [Diariamente, durante o período de tratamento com Rifampicina]

24-10-2023 09:00 - Promover papel parental especial: prevenção de

complicações relacionadas com o cateter central

24-10-2023 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de complicações do cateter central: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

30-10-2023 10:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de complicações do cateter central: facilitador [MELHOROU].

24-10-2023 09:00 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações relacionadas com o cateter central

[RESOLVIDO] 30-10-2023 10:00

24-10-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre prevenção de complicações pela presença de cateter central [Próximo contacto] [FIM] 30-10-2023 10:00

24-10-2023 09:00 - Ensinar mãe/pai sobre prevenção de complicações pela presença de cateter central [Neste contacto] [FIM] 30-10-2023 10:00

30-10-2023 10:00 - Avaliar evolução do papel parental especial: prevenção de complicações relacionadas com o cateter central [Após indicadores de processo facilitadores]

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

Com o aumento do número de casos diagnosticados de doença oncológica, e com consequente necessidade de tratamentos cada vez mais complexos, é fundamental a existência de um acesso venoso central adequado à administração do tratamento, tendo em conta as características do paciente e doença oncológica em questão. A inserção e os cuidados de manutenção dos CVC requerem uma abordagem multidisciplinar, sendo no entanto, da responsabilidade do enfermeiro garantir a segurança e eficiência da sua utilização e a gestão de possíveis complicações. A escolha do tipo de CVC deve considerar o tipo de terapêutica administrada, a frequência de utilização do dispositivo, necessidade de transfusão de hemoderivados, previsão da duração do tratamento, condição da rede venosa do paciente e a sua capacidade para colaborar nos cuidados ao cateter. De referir que as características individuais do paciente, como sendo a idade pediátrica, características relacionadas com a patologia e com o tratamento são fatores importantes para a decisão do tipo de acesso vascular a utilizar. A sua inserção é atualmente auxiliada por ecografia, o que tem um impacto na diminuição dos riscos associados à inserção do CVC, sendo que os vasos privilegiados são a veia subclávia e jugular interna (Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, 2021). É recomendada a sua inserção em ambiente controlado, do qual é exemplo o bloco operatório, sendo da responsabilidade da equipa de cirurgia pediátrica a sua inserção e fixação. Após a sua inserção, a manipulação do acesso vascular para colheita de sangue ou administração de terapêutica, requer uma utilização assética na sua manipulação, sem partilha de equipamento

entre diferentes lúmenes, e com desinfecção dos pontos de acesso do prolongador, utilizando clorexidina 2% durante 15 segundos, deixando secar antes de utilizar a via (DGS, 2022b). A Benedita apresenta um CVC de duas vias parcialmente implantado, inserido na veia jugular esquerda, através do qual lhe foi administrada o Dinutuximab em perfusão contínua. Uma das vias adquiriu fragilidade e acabou por romper há três dias, encontrando-se clampada e inutilizada, protegida com compressa e rede tubular. O tratamento do local de inserção do CVC e troca do penso deve ser efetuada sempre que: se encontre descolado da pele, com sangue ou visivelmente sujo; até 48 horas após sua realização, se for penso com compressa ou sete dias após sua realização, se for utilizado penso transparente (DGS, 2022). No caso da Benedita, por haver presença de infeção por *Pseudomonas* no local de inserção do CVC, o seu tratamento foi realizado diariamente, com aplicação de rifampicina local durante quatro dias, com boa evolução, como se pôde observar na ausência de rubor no local de inserção do CVC, na vigilância efetuada dia 30/10/2023, comparativamente a dia 24/10/2023.

O procedimento de inserção de um cateter venoso periférico (CVP) é um procedimento de enfermagem considerado complexo, pelo facto de exigir na sua execução conhecimento específico sobre qual o material a utilizar, bem como a capacidade para a sua execução (OE, 2021b). É da responsabilidade do enfermeiro a inserção do CVP, a substituição do mesmo, quando necessário, através da avaliação e manutenção da sua funcionalidade, assim como a vigilância do penso, da avaliação do local de inserção e monitorização da ocorrência de eventuais complicações como sinais de infeção, infiltração, flebite, hematoma, extravasamento e/ou obstrução (OE, 2017b). A Benedita apresenta inserido um cvp no pé direito, pelo facto do CVC de duas vias apenas apresentar uma das vias viável, pela qual estava a ser administrado o medicamento Dinutuximab, que é incompatível com administração concomitante com outros medicamentos. Por essa razão, e pelo facto de poder ser necessária a administração de morfina endovenosa para gestão da dor, bem como administração de medicação em caso de choque anafilático, ou sintomas de hipersensibilidade, sendo este um dos riscos relacionados com a administração do Dinutuximab, foi inserido dia 21/10/2023 e mantido funcionante e obturado o CVP. Este foi removido antes da alta para o domicílio, dia 28/10/2023, por não ser mais necessária a sua presença, eliminando assim uma porta de entrada para microrganismos e diminuindo o risco de infeção.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
24-10-2023 09:00	Sensações somáticas	
24-10-2023 09:00	Sistema respiratório	30-10-2023 10:00
24-10-2023 09:00	Sistema cardiovascular	30-10-2023 10:00

Início	Domínios	Fim
24-10-2023 09:00	Eliminação intestinal	
24-10-2023 09:00	Eliminação urinária	
24-10-2023 09:00	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
24-10-2023 09:00	Comportamentos de ligação filho-mãe/pai	
24-10-2023 09:00	Desenvolvimento psicomotor	30-10-2023 10:00
24-10-2023 09:00	Desenvolvimento físico	30-10-2023 10:00
24-10-2023 09:00	Período toddler	
24-10-2023 09:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
24-10-2023 09:00	Termorregulação	
24-10-2023 09:00	Pele e mucosas	

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

Perante o cenário apresentado, selecionei os domínios que entendi ser pertinentes para o planeamento da avaliação completa da Benedita, objetivando uma intervenção de enfermagem representativa do que é fundamental avaliar face a um internamento eletivo para administração de medicação antineoplásica, como parte integrante do tratamento do Neuroblastoma.

Período Toddler

O período de vida da criança no período dos 12 aos 36 meses de vida é também denominado de período Toddler (Duffy, 2019). A Benedita tinha um ano e 11 meses à data do primeiro contacto, tendo completado dois anos de idade uns dias depois, no segundo contacto, encontrando-se por isso neste período desenvolvimental. A escolha deste domínio permite também avaliar o conhecimento, capacidade, o significado e autoeficácia, relativos ao papel parental desenvolvimental da mãe, relacionado com o cuidado à Benedita.

Sensações Somáticas

A dor pode ser descrita como uma experiência pessoal, multidimensional, desagradável, com grande variabilidade na sua perceção e expressão, sem indicadores específicos e que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações que requerem cuidados de saúde (DGS, 2010). Pode também ser definida como o aumento de sensação corporal desconfortável, sendo de cariz subjetivo, acompanhada de alguns sinais como a expressão facial característica de sofrimento, alteração do tónus muscular, com comportamento de autoproteção e perda de apetite (ICN, 2019). É considerada como o 5.º sinal vital, sendo importante a sua avaliação e registo da sua intensidade, de forma contínua e regular, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente (DGS, 2003). Existem vários tipos de dor, sendo a dor oncológica muito específica tendo em conta a patologia que a provoca. Este tipo de dor inclui dor aguda e crónica, associada à metastização das células tumorais, ou como resultado dos tratamentos de

quimioterapia. Pode tornar-se incapacitante provocando falta de sono, aumento da irritabilidade, depressão, isolamento e desespero (ICN, 2019; Martin et al., 2019). A importância dada à dor das crianças resulta do reconhecimento que estas sentem dor, guardam memória da dor, e que a dor não tratada tem consequências a longo prazo (DGS, 2010). O reconhecimento da individualidade da dor na criança e a sua variabilidade a nível da perceção, bem como na sua manifestação, leva os enfermeiros a prestar cuidados diferenciados, ajudando a criança a lidar com cada situação de dor, facilitando a sua expressão e planeando intervenções individualizadas no sentido do autocontrolo (OE, 2013a). O controlo eficaz da dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito da criança, e um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde, sendo por isso um indicador da qualidade dos cuidados prestados à criança, devendo a sua avaliação, prevenção e tratamento ser uma prioridade em todos os serviços de saúde. Neste contexto, faz parte das boas práticas de enfermagem avaliar a dor, recorrendo a instrumentos válidos, seguros, clinicamente sensíveis e direcionados para a idade da criança. No caso da Benedita a avaliação da dor será realizada através da aplicação de escalas de heteroavaliação, sendo a escala adequada à sua idade a escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) (DGS, 2010). A realização de intervenções não farmacológicas que se adequem à criança e à natureza da dor por ela sentida é também muito importante. Estas funcionam como um importante recurso para o alívio da dor, podendo ser usadas de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas. A sua utilização tem sido considerada importante nas situações potencialmente dolorosas, pelo seu contributo na modificação do significado dado à dor, tendo um impacto na diminuição do medo e ansiedade (OE, 2013a). Embora já fale, a Benedita não será capaz de verbalizar o tipo de dor que sente nem onde. A Benedita tem risco de dor neuropática decorrente da administração do medicamento antineoplásico Dinutuximab para o qual está indicada a administração de pré-medicação com analgésicos, incluindo opioides por via intravenosa.

Sistema Cardiovascular

A tensão arterial é um bom indicador de equilíbrio hemodinâmico, bem como a avaliação do tempo de preenchimento capilar. Tendo em consideração a medicação prescrita à Benedita, e os seus possíveis efeitos secundários, torna-se relevante a avaliação e monitorização da tensão arterial quando administrados os medicamentos Amicacina, Clemastina, Dinutuximab, Hidrocortisona e Morfina, uma vez que todos podem provocar episódios de hipotensão. Por outro lado, a administração de gabapentina pode causar episódios de hipertensão. Em caso de necessidade de administração de adrenalina, pode ocorrer um episódio de hipertensão e taquicardia, esta última também passível de ser provocada após administração de Clemastina, sendo por isso pertinente a monitorização da frequência cardíaca (EMA, 2023; Infarmed, 2014; Infarmed 2021b; Infarmed, 2022b ; Infarmed 2023c; Infarmed, 2023d).

Sistema respiratório

Os sistema respiratório encerra em si sinais vitais que requerem avaliação pelo menos uma vez por turno na criança com necessidade de internamento hospitalar para administração de medicamentos necessários para o tratamento do Neuroblastoma. É indicada a vigilância da saturação periférica de oxigénio, que antes do início da administração de Dinutuximab é aconselhável que seja superior a 94% em ar ambiente (EMA, 2023). A vigilância de sinais de dificuldade ou depressão respiratória são indicados após administração de morfina ou gabapentina, com especial incidência aquando da administração concomitante (Infarmed, 2023c).

Pele e mucosas

A pele amadurece durante os primeiros anos de vida da criança. A epiderme e a derme estão agora mais próximas o que confere à pele uma maior robustez e resistência contra infeções (Duffy, 2019). A pele e as mucosas e a sua coloração são bons indicadores da adequada oxigenação e hidratação corporais, ambos indicativos de equilíbrio hemodinâmico. A vigilância da pele permite observar a ocorrência de sinais e sintomas de reações à administração de medicamentos e avaliar a ocorrência de efeitos secundários, de que é exemplo a erupção cutânea, que pode ocorrer após administração de Amicacina (Infarmed, 2014), Rifamicina (Infarmed, 2016b), Ibuprofeno (Infarmed, 2023e) e Aciclovir, que pode ainda causar prurido (Infarmed, 2021a). Este pode também ser causado pela administração de Gabapentina (Infarmed, 2023c), que pode causar ainda edema facial. O Sulfametoxazol + Trimetoprim pode causar exantema (Infarmed, 2022a). É por isso relevante a vigilância da pele e mucosas durante um internamento para tratamento oncológico.

Eliminação Intestinal

Uma das mudanças mais significativas do desenvolvimento da criança em fase toddler é o controlo voluntário da eliminação, com a capacidade fisiológica de controlar o esfíncter anal e vesical sensivelmente entre dos 18 e 24 meses de idade (Duffy, 2019). A Benedita ainda utiliza fralda mas já começa a apresentar alguns sinais de prontidão. A administração de medicamentos necessários para o tratamento do Neuroblastoma requer vigilância de efeitos secundários como a diarreia, que podem ser provocados pela clemastina (Infarmed, 2022b), aciclovir (Infarmed, 2021), ibuprofeno (Infarmed, 2023e) e ceftriaxona (Infarmed, 2022c), dinutuximab (EMA, 2023), gabapentina (Infarmed, 2023c) ou por outro lado a obstipação, consequente à administração de omeprazol, ondansetrom e morfina (Infarmed, 2022c; Infamed 2023d).

Eliminação Urinária

A partir dos 18 meses a capacidade da bexiga aumenta, sendo a criança agora capaz de reter a urina por períodos iguais ou superiores a duas horas (Duffy, 2019). A administração de hidro cortisona pode causar alterações na eliminação urinária, bem como a adrenalina, podendo

ambas causar retenção urinária, sendo por isso relevante a monitorização de líquidos eliminados, o que é realizado uma vez por turno (Infarmed, 2016a; Infarmed, 2021b).

Termorregulação

A administração de medicamentos necessários para o tratamento oncológico da Benedita requer uma vigilância direcionada aos possíveis efeitos secundários, como é o caso do Dinutuximab, que pode provocar pirexia (EMA, 2023). A neutropenia decorrente da quimioterapia coloca também a criança com doença oncológica em risco acrescido de contrair infeções, sendo pertinente a avaliação da temperatura corporal. A Benedita não se encontra a fazer quimioterapia de momento, mas já cumpriu ciclos de quimioterapia, estando em recuperação e ainda vulnerável.

Desenvolvimento físico

A avaliação de parâmetros antropométricos da criança, nos quais se incluem o peso e o comprimento permitem avaliar o crescimento e evolução da criança. Relativamente ao crescimento, este estabiliza entre os 12 e os 36 meses, sendo aos dois anos de idade o peso médio estimado de 12kg, e o comprimento de 86 a 87 centímetros (Duffy, 2019). Adicionalmente, pelo impacto que os tratamentos antineoplásicos podem ter na evolução ponderal da criança, torna-se relevante a sua avaliação, permitindo que a equipa de nutricionistas clínicos possa indicar uma dieta individual otimizada para as necessidades de cada criança.

Desenvolvimento psicomotor

O desenvolvimento psicomotor constitui-se como um processo dinâmico e contínuo, com o sucessivo aparecimento de novas funções e capacidades, seguindo frequentemente, uma ordem natural. A sua avaliação deve, no entanto, ser feita através de um processo flexível e dinâmico, considerando a individualidade de cada criança e respetiva condição de saúde (DGS, 2013a). A hospitalização da criança pode, enquanto evento agressor, causar um impacto negativo no seu desenvolvimento, o que o pode tornar mais lento temporariamente ou mesmo impedi-lo. O stresse que este evento causa na criança relacionados com múltiplas admissões hospitalares, múltiplos procedimentos invasivos, e a ansiedade parental, pode gerar resultados desfavoráveis. A criança pode responder a estes estímulos de forma negativa através da regressão do seu desenvolvimento, ansiedade de separação, apatia, medo, e distúrbios do sono, com especial ênfase em crianças pequenas (Merck & McElfresh, 2019). Como resultado da administração de medicamentos, como a Amicacina, é relevante vigiar a resposta auditiva a estímulos, uma vez que a sua administração pode afetar negativamente a audição e mesmo causar surdez, o que terá impacto na capacidade da criança de comunicar (Infarmed, 2014).

Comportamento de ligação filho/mãe-pai

É ao longo do 1º ano de vida que a criança estabelece uma relação privilegiada com uma, ou mais figuras que lhe prestam cuidados e transmitem segurança, conforto e bem-estar. A vinculação consiste assim no laço emocional forte estabelecido entre a criança e a pessoa responsável pela prestação de cuidados, sendo normalmente a mãe, e é essencial para o adequado desenvolvimento social e emocional da criança (Chora, 2020). Esta satisfaz a necessidade primária de contacto e afeto, de colo, da segurança sentida no abraço da mãe/pai ou adulto cuidador, que permitem à criança um desenvolvimento psicológico saudável. Para que esta aconteça é necessária a existência de dois componentes cognitivos, como a capacidade de distinguir a mãe de outros indivíduos e a permanência dos objetos. Ambos os aspetos preparam a criança para um importante aspeto relacionado com a vinculação que é a separação da mãe (Kid & Rodgers, 2019). Deve ser avaliada ao longo da vida da criança, através da observação dos seus comportamentos face aos pais/adulto cuidador, de que são exemplo o comportamento de busca e de proximidade; a manutenção do contacto como o agarrar, resistir a sair do colo. A vinculação familiar deve ser estabelecida o mais cedo possível, uma vez que promove a génese de relações afetivas entre os elementos da família, que fortalecem o sentimento de segurança e permitem um saudável desenvolvimento da criança. É essencial que seja promovida a vinculação pelo efeito crucial que tem no desenvolvimento cerebral da criança nos primeiros dois anos de vida (Winston & Chicot, 2016).

Comportamento de ligação mãe/pai-filho

Com base no modelo de parceria de cuidados criado por Anne Casey (1993), a família, enquanto unidade de indivíduos que prestam cuidados à criança, é considerada uma constante na sua vida e é fundamental nos cuidados durante a hospitalização. O envolvimento dos pais nos cuidados representa para a criança uma garantia de afeto, suporte e segurança, que conjuntamente contribuem para a minimização dos efeitos nefastos da hospitalização na vida da criança (Monteiro & Cerqueira, 2020), sendo estes os seus principais cuidadores. Como resultado é promovido o papel parental desenvolvimental, sendo a intervenção do enfermeiro direcionada para a avaliação e resolução das necessidades que a criança e a família apresentam, com o objetivo de melhorar a sua condição de saúde, num ambiente em que a criança se sente segura e confiante. A visita da família, a permanência dos pais e a prática de cuidados centrados na família, considerando as necessidades da criança e família, pode minimizar os efeitos nefastos das admissões hospitalares necessárias para o tratamento da doença oncológica. Pelo facto de haver uma doença crónica que requer internamentos frequentes, alguns dos quais prolongados, há ainda o risco de super proteção por parte dos pais, que querem proteger o seu filho de tudo o que possa ter impacto negativo na sua saúde já fragilizada, ou por outro lado, demitindo-a de levar a cabo tarefas de forma a demonstrar carinho, consequentemente interferindo de forma negativa no desenvolvimento da criança (Merck & McElfresh, 2019).

4.6. Conceção de Cuidados

Sensações somáticas

24-10-2023 09:00

24-10-2023 09:00 - Sem manifestação de dor.

24-10-2023 09:00 - Determinar sinais de dor

24-10-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de dor [8/8 horas]

30-10-2023 10:00

30-10-2023 10:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

Sistema respiratório

24-10-2023 09:00

24-10-2023 09:00 - Frequência respiratória: 40 ciclos/min.

24-10-2023 09:00 - Ritmo respiratório regular.

24-10-2023 09:00 - Movimento respiratório simétrico.

24-10-2023 09:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

24-10-2023 09:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

24-10-2023 09:00 - Sem adejo nasal.

24-10-2023 09:00 - Saturação do oxigénio no sangue

24-10-2023 09:00 - Periférico(a): 98 %.

24-10-2023 09:00 - Coloração da mucosa: rosada.

24-10-2023 09:00 - Sons respiratórios: normais.

24-10-2023 09:00 - Determinar evolução da ventilação [FIM] 30-10-2023 10:00

24-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da ventilação [Neste e em todos os contactos]

[FIM] 30-10-2023 10:00

Sistema cardiovascular

24-10-2023 09:00

24-10-2023 09:00 - Localização do Pulso

24-10-2023 09:00 - Pé Esquerda(o)

24-10-2023 09:00 - Frequência do pulso: 106 pulsações por minuto.

24-10-2023 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

24-10-2023 09:00 - Membro superior Esquerda(o)

24-10-2023 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 98 mmHg.

24-10-2023 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 58 mmHg.

24-10-2023 09:00 - Temperatura das extremidades

24-10-2023 09:00 - Membro inferior Direita(o): Temperatura das extremidades normal.

24-10-2023 09:00 - Coloração das extremidades

24-10-2023 09:00 - Membro inferior Direita(o): Coloração normal das extremidades.

24-10-2023 09:00 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

24-10-2023 09:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea [FIM] 30-10-2023

10:00

24-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [1 vez turno] [FIM]

30-10-2023 10:00

Eliminação intestinal

24-10-2023 09:00

24-10-2023 09:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

24-10-2023 09:00 - Fezes: em grande quantidade.

24-10-2023 09:00 - Consistência das fezes: Fezes pastosas ou semilíquidas.

24-10-2023 09:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

24-10-2023 09:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal

24-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [Uma vez turno]

30-10-2023 10:00

30-10-2023 10:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [MANTEVE].

Eliminação urinária

24-10-2023 09:00

24-10-2023 09:00 - Urina em moderada quantidade.

24-10-2023 09:00 - Cor da urina: âmbar.

24-10-2023 09:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

24-10-2023 09:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

24-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [Uma vez turno]

30-10-2023 10:00

30-10-2023 10:00 - Urina em moderada quantidade.

30-10-2023 10:00 - Cor da urina: âmbar.

30-10-2023 10:00 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].

Pele e mucosas

24-10-2023 09:00

24-10-2023 09:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

24-10-2023 09:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

24-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [diariamente]

30-10-2023 10:00

30-10-2023 10:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

Termorregulação

24-10-2023 09:00

24-10-2023 09:00 - Temperatura corporal periférica

24-10-2023 09:00 - Região axilar: 36.50 °C.

24-10-2023 09:00 - Determinar evolução da temperatura corporal

24-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [Uma vez turno]

30-10-2023 10:00

30-10-2023 10:00 - Temperatura corporal periférica

30-10-2023 10:00 - Região axilar: 36.40 °C.

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

24-10-2023 09:00

24-10-2023 09:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

24-10-2023 09:00 - Ligação mãe/pai-filho

24-10-2023 09:00 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho

24-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho [Uma vez turno]

30-10-2023 10:00

30-10-2023 10:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador [MANTEVE].

Comportamentos de ligação filho-mãe/pai

24-10-2023 09:00

24-10-2023 09:00 - Comportamentos de vinculação: ativo na procura de proximidade e contacto com a mãe, através da locomoção e o agarrar; protesta na sua ausência e evidencia contentamento quando ela volta; começa a tratar estranhos com precaução.

24-10-2023 09:00 - Determinar evolução da vinculação

24-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da vinculação [Uma vez turno]

30-10-2023 10:00

30-10-2023 10:00 - Comportamentos de vinculação: ativo na procura de proximidade e contacto com a mãe, através da locomoção e o agarrar; protesta na sua ausência e evidencia contentamento quando ela volta; começa a tratar estranhos com precaução [MANTEVE].

Desenvolvimento psicomotor

24-10-2023 09:00

24-10-2023 09:00 - Desenvolvimento da postura e da motricidade global: sem sinais de alarme.

24-10-2023 09:00 - Desenvolvimento da função motora fina: sem sinais de alarme.

24-10-2023 09:00 - Desenvolvimento da visão: sem sinais de alarme.

24-10-2023 09:00 - Desenvolvimento da audição: sem sinais de alarme.

24-10-2023 09:00 - Desenvolvimento da linguagem: sem sinais de alarme.

24-10-2023 09:00 - Desenvolvimento do comportamento interativo e da adaptação social: sem sinais de alarme.

24-10-2023 09:00 - Desenvolvimento infantil [RESOLVIDO] 30-10-2023 10:00

24-10-2023 09:00 - Determinar evolução do desenvolvimento infantil [FIM]

30-10-2023 10:00

24-10-2023 09:00 - Avaliar evolução do desenvolvimento infantil [Neste contacto] [FIM] 30-10-2023 10:00

24-10-2023 09:00 - Promover desenvolvimento infantil [FIM] 30-10-2023 10:00

24-10-2023 09:00 - Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil [Neste e em todos os contactos] [FIM] 30-10-2023 10:00

Desenvolvimento físico

24-10-2023 09:00

24-10-2023 09:00 - Peso: 12.30 Kg.

24-10-2023 09:00 - Percentil do peso: P(50).

24-10-2023 09:00 - Comprimento/Altura: 84.00 cm.

24-10-2023 09:00 - Percentil do comprimento: P(15).

24-10-2023 09:00 - Índice de massa corporal: 17.43 Kg/m².

24-10-2023 09:00 - Percentil do índice de massa corporal: P(90).

24-10-2023 09:00 - Crescimento [RESOLVIDO] 30-10-2023 10:00

24-10-2023 09:00 - Determinar evolução do crescimento [FIM] 30-10-2023 10:00

24-10-2023 09:00 - Avaliar evolução do crescimento [1 vez por semana] [FIM]

30-10-2023 10:00

Período toddler

24-10-2023 09:00

24-10-2023 09:00 - Período toddler

24-10-2023 09:00 - Promover papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional [FIM] 30-10-2023 10:00

24-10-2023 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre ingestão nutricional da criança: facilitador.

24-10-2023 09:00 - *Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional [Neste contacto] [FIM]* 30-10-2023 10:00

24-10-2023 09:00 - Promover papel parental desenvolvimental: higiene e conforto [FIM] 30-10-2023 10:00

24-10-2023 09:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre higiene oral da criança: facilitador.

24-10-2023 09:00 - Capacidade da mãe/pai para cuidar da higiene oral da criança: facilitadora.

24-10-2023 09:00 - *Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: higiene e conforto [Neste contacto] [FIM]* 30-10-2023 10:00

4.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da ligação mãe-filho

- Comportamento de interação da mãe em relação à Benedita, a sua demonstração de carinho, dedicação e preocupação;
- Interesse da mãe em aprender sobre a condição da Benedita, através das questões que coloca;

Implementar estratégias de promoção do desenvolvimento infantil

- Promover a mobilidade, através da caminhada e corrida pelo corredor no internamento;
- Incentivar através do jogo a criança a apanhar a bola e atirá-la de novo;
- Incentivar a criança a brincar na sala de jogos, e construir uma torre com blocos ou uma fila como um comboio;
- Promover o gosto pela leitura e deixar que a criança vira a página enquanto se lê a história;
- Incentivar a criatividade através do desenho e pedir que imite uma linha reta;
- Conversar com a criança através de questões simples e permitir que responda;
- Incentivar a criança a usar o copo autonomamente, bem como a colher para se alimentar;
- Jogar ao jogo do "O que é?" e pedir que nomeie partes constituintes do corpo;

Otimizar cateter central

- Observar a integridade do penso do CVC;
- Realizar a desinfeção dos pontos de acesso com clorexidina 2% ou álcool a 70% e compressa esterilizada durante 15 segundos, permitindo que a seque antes de a manusear ou conectar qualquer dispositivo estéril;

- Verificar permeabilidade da via intacta do CVC, através da observação de sangue após aspiração com seringa;
- Realizar heparinização, através da realização de um bólus de 2 ml de heparina Fibrilin (20 UI/ml), sem necessidade de diluição, na via que não está a ser utilizada, mas se encontra intacta;

Executar tratamento ao local de inserção do cateter central

- Remover penso do CVC;
- Observar a pele na zona de inserção do CVC;
- Limpar a pele na zona de inserção do CVC com soro fisiológico 0.9% e compressas esterilizadas;
- Secar a pele da zona de inserção do CVC com compressas esterilizadas;
- Limpar a pele na zona de inserção do CVC com compressa esterilizada embebida em Rifampicina;
- Aplicar novo penso de proteção na zona de inserção do CVC;

Otimizar cateter venoso periférico

- Observar a integridade do penso do cateter venoso periférico.
- Realizar a desinfecção do obturador com clorexidina 2% antes da sua utilização;
- Confirmar permeabilidade do cateter periférico com a administração de 3 a 5 ml de soro fisiológico;

Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico

- Remover penso do cateter venoso periférico;
- Observar a pele na zona de inserção do cateter venoso periférico;
- Limpar a pele na zona de inserção do cateter venoso periférico com soro fisiológico e compressas esterilizadas;
- Secar a pele da zona de inserção do cateter venoso periférico com compressas esterilizadas;
- Aplicar novo penso de proteção na zona de inserção do cateter venoso periférico;

Ensinar mãe/pai sobre prevenção de complicações pela presença de cateter central

- As extremidades distais das vias do cateter venoso central devem encontrar-se ambas clampadas sempre que não estiverem a ser utilizadas, evitando o risco infeccioso presente se a via se encontrar desclampada;
- Pode ser dado banho à Benedita, sendo o penso do cateter venoso central impermeável, devendo no entanto evitar-se dirigir o jato de água diretamente para o penso;
- As extremidades distais das vias do cateter venoso central devem encontrar-se protegidas com compressas e rede tubular, de forma a diminuir o risco de infeção e de mobilização;
- Deve evitar-se molhar as compressas e rede tubular que protegem as extremidades distais das vias do cateter venoso central;
- No caso das compressas e rede tubular que protegem as extremidades distais das vias do cateter venoso central se molharem, é preferível removê-las;
- Se o penso do local de inserção do cateter venoso central se encontrar descolado ou visivelmente sujo, deve ser contactado o Hospital de Dia Oncológico para agendar a

realização tratamento ao local de inserção do cateter venoso central;

- São exemplo de sinais de alerta: a dor e prurido local, a perda sanguínea ou de conteúdo repassando o penso; o rubor cutâneo; o edema local ou no braço, ombro, pescoço ou cabeça.

4.8. Síntese relativa ao caso

A síntese deste documento encontra-se organizada em três relevantes tópicos que facilitam a exposição do pensamento crítico utilizado na realização da concepção de cuidados. Assim, em primeiro lugar demonstrarei os resultados que espero alcançar face aos diagnósticos identificados, de seguida abordarei quais os contributos das intervenções selecionadas para o caso clínico e, por fim, exponho a minha reflexão sobre as particularidades das decisões tomadas ao longo das duas sessões aqui documentadas.

1 - Critérios de resultado

No que concerne os diagnósticos identificados como “potencial para melhorar”, face ao papel parental, a disponibilidade em aprender é essencial para a efetividade da atuação do enfermeiro. Neste caso, a mãe da Benedita demonstrou interesse e disponibilidade em melhorar o seu conhecimento sobre um tema sobre o qual apresentava lacunas. Assim foi considerado o momento apropriado para atuar, uma vez que existia por parte da mãe da Benedita vontade em aprender, sendo a temática considerada como prioritária para a gestão da condição da Benedita. Desta forma, o meu objetivo foi atuar no sentido de melhorar o conhecimento da mãe de forma a torná-lo facilitador e assim contribuir para a aquisição da mestria do papel parental.

Assim, para o diagnóstico de “potencial para melhorar”, pretendo através das intervenções de enfermagem realizadas atingir os seguintes resultados:

Cateter central - Promover papel parental especial: prevenção de complicações relacionadas com o cateter central.

Resultados esperados face ao Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações relacionadas com o cateter central:

- A mãe verbaliza a importância de manter as vias clampadas quando não estão a ser utilizadas, contribuindo para a redução do risco de infeção;
- A mãe verbaliza que deve evitar orientar o jato de água para o penso, durante a realização do banho da Benedita;
- A mãe identifica as compressas esterilizadas e a rede tubular como barreiras físicas aplicadas

nas extremidades distais das vias do CVC, por forma a prevenir infeções e mobilização das vias;

- A mãe verbaliza a importância de manter as compressas e rede de proteção das extremidades distais das vias do CVC limpas e secas;
- A mãe identifica o risco de infeção associado à permanência de compressas molhadas nas extremidades distais do CVC e as remove, caso isso aconteça;
- A mãe identifica as situações em que deve recorrer ao hospital de dia oncológico, de que é exemplo uma situação em que o penso se encontre descolado ou visivelmente sujo;
- A mãe verbaliza que as extremidades distais do CVC, bem como o penso devem ser manipulados o menos possível e apenas quando necessário;
- A mãe identifica os sinais de alerta, como a dor e prurido local, perda sanguínea ou de conteúdo repassando o penso; rubor cutâneo; edema local ou no braço, ombro, pescoço ou cabeça.

2- Contributos das intervenções face ao cenário clínico

A avaliação contínua e a vigilância sistemática dos cuidados de enfermagem prestados permitem, através da intervenção "Avaliar evolução (...)" a continuidade e a deteção de alterações em algum foco, estabelecendo se as intervenções de enfermagem alcançaram os indicadores de resultado, ou se, por outro lado, é necessário realizar um ajuste no plano de cuidados previamente estabelecido (Dias & Duran, 2018). Possibilita ainda a avaliação do conhecimento da mãe de forma contínua, sobre uma determinada temática sobre a qual apresente alguma lacuna no conhecimento, sendo essencial que demonstre interesse e disponibilidade em aprender. A mãe da Benedita acompanhou-a durante o internamento. Os momentos de contacto durante a prestação de cuidados à Benedita, permitem a realização da avaliação contínua do conhecimento da mãe e o esclarecimento de dúvidas que surgem com a evolução da condição e com a exposição a novas situações e circunstâncias.

A intervenção "Implementar (...)" permite gerir e aplicar o nosso conhecimento e capacidades de forma a conseguir colocar em prática as ações planeadas (ICN, 2019). No caso da Benedita, a implementação de estratégias visa promover o saudável desenvolvimento infantil da criança através do incentivo à mobilidade, à brincadeira, da promoção da autonomia, da comunicação verbal e socialização, realizados durante o período do seu internamento.

Quanto à intervenção "Executar (...)", implica o desempenho de tarefas de cariz técnico (ICN, 2019), imprescindíveis à prestação dos cuidados de enfermagem à Benedita, de forma dar resposta às suas necessidades, relativas à presença e manutenção de um CVC e CVP.

Relativamente à intervenção "Ensinar (...)", tem como objetivo fornecer informação de forma sistematizada sobre um determinado tema, relacionado com a saúde (ICN, 2019) sobre a qual a mãe demonstrou interesse e disponibilidade em aprender. Desta forma, decidi atuar de forma a

informar a mãe, contribuindo para a aquisição de conhecimento sobre a prevenção de complicações relacionadas com o CVC e o seu manuseamento, o que promove uma melhor gestão na sua resposta às necessidades que vão surgindo, relativas à presença do CVC, que a Benedita vai necessitar durante um tempo indeterminado, facilitando o seu processo de adaptação à sua atual realidade, permitindo que adquira mestria no seu novo papel parental (Meleis et al., 2000).

3- Reflexão face ao cenário clínico

Uma vez que o diagnóstico de Neuroblastoma foi feito há mais de um ano, a Benedita já vivenciou internamentos anteriores, com realização de diversos procedimentos invasivos, tratamento de quimioterapia, cirurgia para remoção tumoral, terapia mieloablástica, transplante de células estaminais, sempre na companhia da mãe. O internamento programado para realização de imunoterapia, referente ao primeiro contacto, foi assim mais uma experiência de hospitalização que a Benedita e a mãe viveram, num ambiente que já lhes é familiar. Uma vez que os cuidados de enfermagem no Internamento de Oncologia Pediátrica têm por base o modelo de parceria de cuidados, a mãe da Benedita foi a sua principal cuidadora.

Pelo facto de ter sido constatado no momento de realização do penso diário do CVC, que as compressas e rede tubular que protegem as extremidades distais do cateter se encontravam molhadas após o banho, sem que tivessem sido removidas, e de a mãe não ter identificado isso como um potencial risco infeccioso, foi verificado que havia potencial para melhorar o conhecimento da mãe sobre prevenção de complicações relacionadas com o cateter central. Uma vez que uma das vias se encontrava inutilizada após rutura, mesmo estando clampada, apresentava risco acrescido de infeção. Uma vez que mãe verbalizou não saber e querer aprender como proceder numa situação semelhante no futuro, decidi definir como prioritário o objetivo de promover o papel parental especial referente à prevenção de complicações relacionadas com o CVC, sendo este o momento oportuno para atuar.

Durante o segundo contacto, já em contexto domiciliário, foi possível constatar que o conhecimento sobre prevenção de complicações relacionadas com o CVC se encontrava agora facilitador, uma vez que a mãe verbalizou os cuidados que teve relativamente à proteção do penso do CVC e as suas extremidades durante o banho da Benedita e as compressas e rede tubular se apresentavam visivelmente limpas e secas.

Os restantes conhecimentos relativos ao papel parental especial de uma criança com doença oncológica, como sendo a necessidade de extrema cautela a nível alimentar, evitando alimentos crus, ou de casca fina; da necessidade de monitorizar a temperatura uma vez que a febre é uma emergência oncológica, que implica a deslocação a uma urgência pediátrica; e segurança relativa à utilização de máscara facial e evitar locais com muitas pessoas são todos facilitadores, pelo que não houve necessidade de abordá-los durante estes contactos.

Numa perspetiva desenvolvimental, o conhecimento da mãe durante o internamento, demonstrou ser facilitador face à ingestão nutricional, bem como o conhecimento e capacidade, relativas à higiene e conforto da Benedita. O facto de ter mais um filho de três anos em casa permite que a mãe tenha conhecimento consolidado e experiência sobre como cuidar de uma criança em fase desenvolvimental de toddler.

Importa referir que as características da ligação pai-filho não foram avaliadas pelo facto de não ter havido contacto nem visita do pai da Benedita durante o internamento, assim como durante a visita domiciliária. A sua ausência prende-se com o facto de trabalhar e ter de cuidar do irmão da Benedita e segundo a sua mãe, a relação deles é próxima e carinhosa, embora não tivesse tido a oportunidade de o observar.

Através da sua consciencialização relativa ao diagnóstico da Benedita, do seu envolvimento no processo, mostrando-se presente, interessada e com disponibilidade para aprender, a mãe vivencia de forma mais facilitada as transições desenvolvimental e situacional, ambas exigentes. O tempo é um fator indispensável, sendo que neste caso, passados mais de 12 meses após o diagnóstico, a mãe já tenha tido oportunidade de se ajustar, vivenciado agora o período de adaptação, com alguma estabilidade, após o choque inicial que foi receber o diagnóstico de doença oncológica da sua filha e do luto relativo à ideia imaginada de ser mãe de uma menina saudável. A hospitalização apresenta-se como um evento crítico, ocorrendo de forma frequente nesta situação, por forma a permitir o tratamento e acompanhamento da Benedita. Sendo por um lado um evento disruptivo, o facto de ocorrer com frequência, facilita a organização e adaptação familiar a esta nova realidade. O apoio familiar destaca-se aqui como sendo essencial à gestão familiar, com o apoio da tia materna sempre muito presente.

O facto de poder aceder ao Hospital Oncológico Pediátrico para colheita sanguínea, e por vezes administração de quimioterapia, bem como realização do tratamento ao local de inserção CVC, evitando assim a sua hospitalização, ajuda a manter a rotina na vida da Benedita e da mãe. O apoio da UMAD apresenta-se como um aspeto facilitador, uma vez que evita a deslocação ao hospital, mesmo que sendo apenas disponível duas vezes por semana. O enfermeiro tem assim um papel fundamental no acompanhamento da criança e família, através da utilização de terapêuticas de enfermagem, através das quais determina a progressão de um foco, atua através da realização de intervenções de enfermagem e avalia o seu resultado, com intenção de facilitar a vivência da transição relacionada com uma criança diagnosticada com doença oncológica (Meleis et al., 2000).

5. ESTUDO DE CASO III: URGÊNCIA DE PEDIATRIA

O João (nome fictício) é um RN de 24 dias que foi trazido pela mãe à Urgência de Pediatria por apresentar respiração ruidosa desde o dia anterior. Apresentava também edema periorbitário à direita, com exsudato purulento. Amamentado exclusivamente. Aquando da triagem, apresentou um episódio de apneia após a mamada, que reverteu com aspiração de secreções. Sem história de febre. Ficou internado na unidade de curta duração para vigilância, aspiração de secreções e cumprimento de soroterapia e antibioterapia.

5.1. Enquadramento teórico

Perante o cenário apresentado, torna-se pertinente abordar algumas temáticas sob o ponto de vista teórico, por forma a desenvolver uma conceção de cuidados adequada às necessidades do João. Dada a sua idade, importa abordar a fase desenvolvimental de RN, bem como a bronquiolite enquanto causa responsável pelo recurso à Urgência Pediátrica em situação aguda. É também relevante abordar a hospitalização de curta duração na Urgência Pediátrica, culminando com a teoria das transições aplicada a este caso específico. Este plano de cuidados foi desenvolvido com base na experiência de prestação de cuidados de enfermagem em dois momentos distintos do mesmo turno, em contexto hospitalar de Cuidados Diferenciados Pediátricos, na Urgência de Pediatria.

A fase desenvolvimental relativa aos primeiros 28 dias de vida denomina-se de RN (Fisher, 2019). A nível sensorial, o RN apresenta funções sensoriais bem desenvolvidas, que terão um peso importante no seu desenvolvimento, crescimento e vinculação. Relativamente à visão, o RN é capaz de fixar momentaneamente um objeto brilhante ou em movimento, até 20 centímetros de distância, a meio do seu campo visual. Esta capacidade é mais efetiva na primeira hora de vida que nos dias seguintes. A acuidade visual é descrita como sendo 20/100, tendo o RN preferência por cores médias, branco e preto, padrões geométricos e objetos grandes. Quanto à audição, uma vez drenado o líquido amniótico do canal auditivo, o RN apresenta uma acuidade auditiva semelhante à de um adulto, sendo capaz de detetar um som de 90 dB, reagindo com um movimento reflexo (Wheeler, 2019). Este reage de forma diferente a sons de alta e baixa frequência, induzindo o estado de alerta e diminuição do choro e da atividade motora, respetivamente. Os RN têm uma clara sensibilidade à voz humana, sendo capazes de distinguir a voz da mãe relativamente a outras vozes femininas, nos primeiros dias

de vida (Reid & Freer, 2010). Relativamente ao cheiro, os RN reagem a odores fortes, virando a cabeça para o lado oposto. Estes são capazes de identificar o cheiro do leite materno (da mãe). O paladar permite ao RN distinguir diferentes sabores, produzindo diferentes expressões faciais, sendo que a reação normal a uma solução doce é uma sucção vigorosa e expressão facial de satisfação, uma solução salgada provoca o franzir dos lábios, e uma solução ácida provoca uma expressão zangada e de desconforto. Quanto ao tato, o RN é capaz de sentir o toque em todo o corpo, sentindo, no entanto, com mais intensidade na face, boca, mãos e região plantar do pé. O toque tem um impacto importante no processo de vinculação e apego, bem como no saudável desenvolvimento do RN. O toque gentil, como o utilizado na massagem provoca uma reação calmante, enquanto procedimentos como a punção venosa causam uma resposta de desconforto (Wheeler, 2019).

No que se refere ao comportamento, a forma como o RN reage aos estímulos ambientais terá um efeito na forma como o outro se relaciona com ele, bem como na gestão do ambiente em função das suas necessidades. É importante observar a interação da mãe com o RN, através de sinais de apego, bem como da responsividade do RN a essa mesma interação, através dos sinais de vinculação. No caso de ser observado algum comportamento que possa interferir com o desenvolvimento do RN, o mesmo deve ser encaminhado precocemente. Desta forma, torna-se relevante a monitorização da dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar existente, sempre que haja contacto com o RN e a família (DGS, 2013a). A avaliação do comportamento do RN através da aplicação de escalas, como a Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale, ou a Newborn Behavioral Observations, nela inspirada, pode ser usada como estratégia de diagnóstico, bem como, para apoiar a relação pais-filho, guiando-os para a observação da individualidade do RN e promovendo assim uma relação de apego, resultando numa maior perceção de autoeficácia materna, melhor relação pais-filho e melhores resultados desenvolvimentais do RN (Nugent, 2013). As áreas comportamentais desta fase desenvolvimental são o sono, o estado de alerta e atividades como o choro (Wheeler, 2019). O sono é essencial para o saudável neurodesenvolvimento do RN. Os RN dormem tipicamente entre 16 a 18 horas por dia, sem que haja necessariamente um padrão diurno e noturno. Com o crescimento e o passar do tempo, os padrões de sono vão sofrendo alterações, com um maior número de horas acordado e diminuição do tempo passado a dormir (Gardner et al., 2016b). Aproximadamente 50% do tempo total de sono ocorre com sono leve ou REM (Reid & Freer, 2010). Existem seis estados de sono e vigília, entre eles: o sono profundo, caracterizado por olhos fechados, sem movimentos oculares, respiração regular, e sem movimentos corporais à exceção de um ocasional tremor corporal; o sono leve (ativo), com olhos fechados, com movimentos rápidos dos olhos sob a pálpebra, respiração irregular, e alguns movimentos musculares; o estado adormecido, com olhos fechados ou entreabertos, respiração irregular e movimentos corporais ativos variáveis; o alerta calmo, com olhos abertos, respiração regular, atividade corporal mínima e atenção focada em estímulos (ex. estímulo visual); o alerta ativo,

com olhos abertos, respiração irregular e vocalizações de protesto; e a chorar, com olhos abertos ou cerrados, respiração irregular, choro e movimentos descoordenados dos membros. As diferentes características, permitem aos pais adequar o ambiente à condição do seu RN, sem interferir no sono (Wheeler, 2019). O choro é para o RN uma forma natural, voluntária ou involuntária de comunicar, através de lágrimas ou soluços (ICN, 2019), podendo variar na sua duração entre cinco minutos a duas horas diárias (Wheeler, 2019). É através do choro que o RN demonstra que necessita de ajuda na resolução de uma necessidade (Kitzinger, 2005). Este associa-se a um tipo de linguagem corporal e expressão facial, permitindo que analisadas em conjunto, seja mais fácil identificar a causa do choro (Lahti et al., 2019). A capacidade de identificar a causa do choro e ser bem-sucedido na sua gestão está relacionada com a experiência em conviver e lidar com RN e lactentes, que vai progredindo com a passagem do tempo (Corvin et al., 2022). Existem medidas para gerir e mitigar o choro, como o contacto pele com pele, a contenção, o embalar, o recurso ao ruído branco, a posição lateral ou ventral e o sugar, que juntas produzem o reflexo calmante, uma vez que produzem estímulos semelhantes aos que o RN esteve exposto no útero, e que por isso reconhece e o acalmam (Karp, 2023). O tipo de choro e a sua variação podem elucidar quanto à possível causa, não sendo no entanto, o choro uma estratégia de diagnóstico por si só (Wheeler, 2019).

A bronquiolite aguda é uma infeção respiratória caracterizada pela obstrução inflamatória das pequenas vias aéreas, que pode ocorrer nos primeiros 24 meses de vida, com maior incidência entre os três e os seis meses (DGS, 2015). A infeção vírica provoca danos nas células epiteliais do trato respiratório que sofrem edema, que consequentemente a perda dos cílios. Nos bronquíolos, esta lesão provoca inflamação e edema nas paredes das pequenas vias aéreas, podendo culminar em necrose celular e disrupção ciliar (Conlon, 2019). A acumulação do muco no bronquíolo leva à sua obstrução e hiperinsuflação. Seguidamente, a reabsorção de ar nos espaços alveolares distais causa atelectasia (Emergency Nurses Association, 2012). Ambas as alterações promovem a diminuição da eficiência das trocas gasosas a nível da membrana alveolocapilar, que se manifesta inicialmente por hipoxémia e sinais de dificuldade respiratória. Mais tardiamente, e devido à exaustão dos mecanismos que mantêm uma ventilação adequada, surge o desenvolvimento de hipercapnia (Guimarães et al., 2017).

O principal agente etiológico responsável pelo desenvolvimento da bronquiolite é o vírus sincicial respiratório (VSR), com 75% dos casos resultantes da sua infeção. A sua ocorrência tem um predomínio sazonal entre os meses de novembro e abril. Existem outros vírus que podem igualmente causar bronquiolite, como o rinovírus, vírus parainfluenza, adenovírus, coronavírus, bocavírus, entre outros, sendo a co-infeção viral documentada em 20 a 30% dos casos. A sua transmissão ocorre através do contacto direto com as secreções respiratórias infetadas, maioritariamente inoculada através do contacto entre a mão e o olho, nariz ou boca, existindo normalmente um contexto epidemiológico de infeção respiratória familiar ou no ambiente frequentado pela criança, como o infantário (Conlon, 2019).

O diagnóstico é clínico, devendo considerar-se o contexto epidemiológico em que a criança se encontra, como por exemplo um irmão doente ou outra pessoa da família. Na maioria dos casos a doença é autolimitada, com duração média da fase aguda de 3 a 7 dias (DGS, 2015a). A sua evolução tem início no pródromo, em que ocorrem as primeiras 48 a 72 horas de sintomas respiratórios superiores, como a obstrução nasal e rinorreia. Seguidamente, dá-se a fase aguda, entre o terceiro e o quinto dia de evolução da doença, estando presente a tosse, febre, sinais de dificuldade respiratória, dos quais são exemplo a taquipneia, a tiragem, o adejo nasal e o gemido, bem como dificuldade alimentar, aliadas a sinais de hiperinsuflação torácica, com crepitações e sibilos audíveis à auscultação. Por último, a fase de resolução ocorre entre o quinto e o sétimo dias de evolução (Guimarães et al., 2017). Poderá ocorrer uma fase posterior de tosse residual, com duração entre uma a duas semanas, podendo estender-se numa minoria de casos. Importa realçar que em RN, lactentes com idade inferior a dois meses ou história de prematuridade, a apneia pode ser o primeiro sintoma de bronquiolite aguda, sem que chegue a ocorrer o pródromo. Assim esta manifestação deve ser valorizada por constituir um fator de risco para o desenvolvimento desfavorável da doença (Conlon, 2019). A avaliação dos fatores de gravidade deve ser feita, após lavagem nasal e limpeza da via aérea, através da avaliação da frequência respiratória, saturação periférica de oxigénio, observação de sinais de dificuldade respiratória e estado de hidratação, que permitem classificar a bronquiolite como ligeira, moderada ou grave. O prognóstico de bronquiolite é habitualmente favorável (Guimarães et al., 2017).

A desobstrução nasal com soro fisiológico, seguida de aspiração suave das secreções respiratórias, minimização da manipulação e oxigenoterapia (pode ser necessária para suprir as necessidades do RN, de forma a manter uma saturação periférica de oxigénio superior a 92%) são medidas de tratamento e gestão desta condição. A soroterapia pode também vir a ser necessária de forma a manter uma hidratação adequada, em caso de dificuldade ou recusa alimentar (DGS, 2015a). Durante a estadia do RN em meio hospitalar, devem ser adotadas em meio familiar e institucional, medidas de higiene, sendo este o principal meio de evicção da propagação da infeção e profilaxia da mesma (Guimarães et al., 2017).

A infeção por VSR é a causa mais frequente de hospitalização de crianças com menos de 2 anos de idade (Conlon, 2019). Em RN e lactentes com idade inferior a dois meses de vida, com presença de fatores de risco ou apresentação de bronquiolite moderada a grave, está preconizada a referenciação ao Serviço de Urgência, para vigilância dos sinais vitais e eventual necessidade de internamento hospitalar (Guimarães et al., 2017).

A necessidade de hospitalização, mesmo que de curta duração, como é característico do contexto de urgência, apresenta-se como um período de crise para a criança e família, afetando todos os membros que dela fazem parte, através da alteração da sua rotina e exposição a pessoas e ambientes diferentes aos que estão habituados. Os maiores fatores de stresse relacionados com a hospitalização incluem a separação, a perda do controlo e a dor. A reação

da criança relativamente a esta crise é estreitamente influenciada pela sua idade e etapa desenvolvimental. Tendo o João apenas 24 dias de vida, é muito importante considerar o bem-estar da mãe, que se encontra ainda na fase do puerpério, com necessidades inerentes a esta fase da maternidade, de que é exemplo a extração de leite materno. O seu bem-estar tem uma influência grande no RN, devendo por isso ser considerado pelo enfermeiro. O acompanhamento dos pais durante a hospitalização demonstra ter um efeito benéfico nas reações físicas e emocionais da criança, sendo também importante para a mãe acompanhar o RN (Merck & McElfresh, 2019). Nesta fase tão inicial da sua vida, é essencial a promoção da vinculação com a mãe através da promoção da participação nos cuidados ao seu filho. Estudos efetuados nesta área (Baird et al., 2016; Eichner & Johnson, 2012) concluíram que os pais cujos filhos estão internados, partilham de sentimentos de desamparo, da necessidade de questionar a experiência do profissional de saúde responsável pelo seu RN, da dificuldade na aceitação da realidade da vivência da hospitalização, da necessidade de que a informação lhes seja transmitida de forma simples, da sensação de medo e da procura de apoio nos profissionais de saúde, que pode ocorrer em forma de realização de ensino de temáticas sobre as quais os pais apresentam lacunas no conhecimento, do envolvimento dos pais no cuidado ao RN e através da utilização de comunicação adequada (Merck & McElfresh, 2019). Esta fase de vulnerabilidade em que os pais dos RN se encontram, relacionada com a situação de internamento após recurso à urgência pediátrica requer por parte do enfermeiro uma atuação direcionada para a promoção de estratégias para o estabelecimento de parceria de cuidados, cultivando os cuidados parentais, através do seu papel preponderante na educação para a saúde, no acompanhamento do RN e respetiva família, e na promoção dos cuidados centrados no desenvolvimento (Ramos et al, 2020).

À luz da Teoria das Transições (Meleis et al., 2000), o João enquanto RN, não vivencia a transição. Por outro lado, a sua mãe encontra-se a vivenciar um tipo de transição desenvolvimental relativa ao papel parental de um segundo filho. Os períodos de transição associam-se a momentos de vulnerabilidade, pelo desafio que apresentam, e podem resultar num aumento da sensação de insegurança ou de incapacidade (Meleis et al., 2010). Assim, a necessidade do recurso à urgência de pediatria e hospitalização do filho apresenta-se como um evento gerador de stress, que pode ter um impacto negativo na vivência da transição. Este evento pode obrigar à aquisição de novos conhecimentos e capacidades relacionadas com a gestão de situações agudas de doença, nos quais o enfermeiro pode intervir, de forma a facilitar a aquisição de mestria do seu papel desenvolvimental.

5.2. Clientes

Cliente

Recém-nascido | Idade: 24 dias | Masculino

Mãe/Pai

30-11-2023 10:15

30-11-2023 10:15 - Figura parental principal: mãe.

30-11-2023 10:15 - Distância casa/hospital: 52 Km.

30-11-2023 10:15 - Número de outros filhos: 1.

30-11-2023 10:15 - Filho(s) Toddler.

30-11-2023 10:15 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

30-11-2023 10:15 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

5.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-11-30 10:15:00	Cefotaxima 180 mg (Pó Sol. Inj.), IV (8/8 horas)	
2023-11-30 10:15:00	Ampicilina 350 mg (Pó Sol. Inj.), IV (6/6 horas)	
2023-11-30 10:15:00	Glucose 100 mg/ml (333 ml) Sol. Inj. / IV (perfusão) (15ml/hora)	
2023-11-30 10:15:00	Cloreto de Potássio 75mg/ml (7 mEq) Sol. Inj./ IV	
2023-11-30 10:15:00	Gluconato de cálcio 97mg/ml (7 ml) Sol. Inj./ IV	
2023-11-30 10:15:00	Cloreto de sódio 200mg/ml (2 ml) Sol. Inj./ IV	
2023-11-30 10:15:00	Sulfato de magnésio 200mg/10 ml (200 mg) Sol. inj./ IV	

5.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A preparação e administração de medicamentos constitui-se como intervenção interdependente da competência dos Enfermeiros, após prescrição prévia do medicamento efetuada pelo médico (OE, 2018). Neste caso, a medicação prescrita inclui antibioterapia, para o tratamento do edema periorbitário com exsudado purulento, e soroterapia, com soro composto, para manutenção da

hidratação.

Cefotaxima 1000 mg Pó Sol. Inj./ IV

Grupo medicamentoso/Ação: Anti-infecioso e Antibacteriano. O seu mecanismo de ação deve-se à sua atividade bactericida, resultante da inibição da síntese da parede celular das bactérias.

Indicação terapêutica: Tratamento de infecções graves, devido a bactérias multirresistentes sensíveis a cefotaxima, como infecções de tecidos moles. No tratamento empírico, a cefotaxima deve ser associada a outros antibióticos que garantam uma cobertura adequada a bactérias Gram-positivo, com suscetibilidade diminuída as cefalosporinas de 3.^a geração.

Efeitos secundários: Diarreia.

Cuidados na preparação e administração de medicamentos: Reconstituir em 4 ml de água para injetáveis. A sua administração deve ser feita por via intravenosa direta lenta (3 a 5 minutos); Após reconstituição, as soluções mantêm a sua estabilidade química e física durante seis horas, a temperatura compreendida entre 2.ºC e 25.º C (Infarmed, 2019a).

Ampicilina 500 mg Pó Sol. Inj./ IV

Grupo medicamentoso/Ação: Anti-infecioso e Antibacteriano. Atua na síntese da parede bacteriana, na divisão celular, e penetra na membrana externa de algumas bactérias Gram-negativas.

Indicação terapêutica: Tratamento de infecções bacterianas, graves a moderadamente graves, causadas por microrganismos Gram positivo e Gram negativo.

Efeitos secundários: Diarreia; exantema.

Cuidados na preparação e administração de medicamentos: Deve ser reconstituído em 3 ml de água para injetáveis; Após reconstituição, a solução retém a sua potência durante 1 hora; A sua administração deve ser feita por via intravenosa direta lenta (3 a 5 minutos); Não administrar com aminoglicosídeos; Conservar a temperatura inferior a 25ºC (Infarmed, 2010a)

Glucose 10% 500 mls Sol. Inj. / IV (perfusão)

Grupo medicamentoso/Ação: Corretivo da volémia e de alterações eletrolíticas.

Indicação terapêutica: Prevenção de hipoglicemia e manutenção da hidratação. O João não manifestava sinais de fome ou capacidade para se alimentar como usualmente, e considerando a sua condição respiratória, foi iniciada soroterapia, que manteve por 10 horas.

Efeitos secundários: Hipervolémia.

Cuidados na preparação e administração de medicamentos: A embalagem fechada de

500 ml tem uma validade de 18 meses; Após a sua abertura e/ ou adição de qualquer medicamento, deve ser utilizado o mais rápido possível (Infarmed, 2019b).

Cloreto de Potássio 75mg/ml (Sol. Inj./ IV (Perfusão))

Grupo medicamentoso/Ação: Sais minerais/eletrolitos. Atua na manutenção do equilíbrio ácido-base, na isotonicidade e no equilíbrio eletrofisiológico da célula, bem como, na função renal, síntese dos tecidos e metabolismo dos hidratos de carbono.

Indicação terapêutica: Prevenção e tratamento da deficiência de potássio. Enquanto eletrólito, atua no equilíbrio da quantidade de água disponível, nas diferentes partes do organismo, numa proporção correta.

Efeitos secundários: Nenhum efeito secundário referido.

Cuidados na preparação e administração de medicamentos: Só deve ser administrado após diluição com um dos seguintes fluidos: glicose, cloreto de sódio, cloreto de cálcio, lactato de sódio e bicarbonato de sódio. Conservar a temperatura inferior a 25 °C (Índice terapêutico, 2023).

Gluconato de cálcio 97mg/ml Sol. Inj./ IV (Perfusão)

Grupo medicamentoso/Ação: Corretivo da volémia e das alterações eletrolíticas.

Indicação terapêutica: Prevenção e tratamento de deficiências de cálcio.

Efeitos secundários: Reações cutâneas locais, como necrose no local de inserção do CVP;

Cuidados na preparação e administração de medicamentos: Conservar a temperatura inferior a 25°C (Infarmed, 2010b).

Cloreto de sódio 20% Sol. Inj./ IV (Perfusão)

Grupo medicamentoso/Ação: Corretivos da volémia e das alterações eletrolíticas.

Indicação terapêutica: Prevenção e tratamento da depleção do volume extracelular, desidratação e diminuição do sódio.

Efeitos secundários: Edema periférico; diarreia; taquicardia; hipertensão.

Cuidados na preparação e administração de medicamentos: Conservar a temperatura inferior a 25°C (Infarmed, 2020a).

Sulfato de magnésio 20% Sol. inj./ IV (Perfusão)

Grupo medicamentoso/Ação: Suplementos minerais.

Indicação terapêutica: Prevenção e tratamento de hipomagnesémia.

Efeitos secundários: Nenhum efeito secundário referido.;

Cuidados na preparação e administração de medicamentos: Pode ser diluído em soluções de Cloreto de Sódio 0,9% ou Glucose 5%; Após abertura da ampola, a solução injetável deve ser usada de imediato (Infarmed, 2018b).

As vigilâncias que decorrem da administração dos medicamentos anteriormente descritos, serão explanados nos domínios escolhidos para a conceção de cuidados, face às necessidades do João, no sentido de detetar e intervir em caso de reações adversas ao medicamento, nos quais se incluem: a pele e mucosas, o sistema cardiovascular, e a eliminação urinária e intestinal.

5.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

30-11-2023 10:15

30-11-2023 10:15 - Regime de Isolamento

30-11-2023 10:15 - Características do regime de isolamento: Isolamento de contacto.

30-11-2023 17:00 - Características do regime de isolamento: Isolamento de contacto.

30-11-2023 10:15 - Promover papel parental especial: adesão ao regime de isolamento [FIM] 30-11-2023 17:00

30-11-2023 10:15 - Conhecimento da mãe/pai sobre regime de isolamento: facilitadora.

30-11-2023 10:15 - *Avaliar evolução do papel parental especial: adesão ao regime de isolamento* [Neste contacto] [FIM] 30-11-2023 17:00

Sondas, Drenos e Cateteres

30-11-2023 10:15

30-11-2023 10:15 - Cateter venoso periférico

30-11-2023 17:00 - Localização do cateter venoso periférico

30-11-2023 17:00 - Mão Esquerda(o)

- 30-11-2023 17:00 - Características do dispositivo: Cateter venoso periférico 24 G.
30-11-2023 17:00 - Ausência de dor.
30-11-2023 17:00 - Ausência de calor.
30-11-2023 17:00 - Ausência de rubor.
30-11-2023 17:00 - Ausência de tumefação.
30-11-2023 17:00 - Ausência de exsudado.
30-11-2023 17:00 - Ausência de infiltração.
- 30-11-2023 10:15 - Localização do cateter venoso periférico
30-11-2023 10:15 - Mão Esquerda(o)
30-11-2023 10:15 - Características do dispositivo: Catéter venoso periférico 24 G.
30-11-2023 10:15 - Ausência de dor.
30-11-2023 10:15 - Ausência de calor.
30-11-2023 10:15 - Ausência de rubor.
30-11-2023 10:15 - Ausência de tumefação.
30-11-2023 10:15 - Ausência de exsudado.
30-11-2023 10:15 - Ausência de infiltração.
- 30-11-2023 10:15 - Determinar evolução da administração pelo cateter**
30-11-2023 10:15 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [Antes e após a administração de medicamentos/SOS]
- 30-11-2023 10:15 - Assegurar funcionamento do cateter**
30-11-2023 10:15 - Otimizar cateter venoso periférico [SOS]
- 30-11-2023 10:15 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico**
30-11-2023 10:15 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]

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

Cateter venoso periférico

O procedimento de inserção de um CVP é um procedimento de enfermagem complexo, que exige conhecimento e capacidade para a sua execução (OE, 2021b). É da responsabilidade do enfermeiro a inserção do CVP, a substituição e remoção do mesmo. Como parte da sua otimização, é feita a vigilância do local de inserção e monitorização da ocorrência de eventuais complicações como sinais de infeção, infiltração, flebite, hematoma, extravasamento e/ou obstrução (OE, 2018).

Como parte do tratamento da bronquiolite aguda durante o internamento, está preconizada a prescrição médica e administração de hidratação individualizada e indicada para as necessidades hídricas da criança, ocorrendo esta última através da administração de soroterapia (DGS, 2015a). O João apresentava um CVP inserido no dorso da mão direita por

forma a ser possível a administração de soroterapia e medicação.

Isolamento de contacto por VSR

Face ao diagnóstico de bronquiolite aguda por presença do VSR, e por forma a minimizar o risco de contágio, devem ser implementadas medidas de isolamento de contacto, para que seja quebrado o ciclo de propagação. Uma vez que a sua transmissão ocorre por contacto direto com secreções respiratórias infetadas, usualmente inoculadas por contacto direto entre a mão e as mucosas (Conlon, 2019), mas também por contacto indireto com objetos ou superfícies, podendo o vírus sobreviver neles durante várias horas, torna-se necessária a realização de limpeza ambiental frequente das superfícies da unidade da criança internada (DGS, 2015a). As precauções de isolamento são: o quarto individual, ou o agrupamento de crianças com o mesmo vírus, caso tal não seja possível; a utilização de máscara cirúrgica; o respeito pelos cinco momentos da lavagem das mãos (DGS, 2019b), a utilização de luvas não esterilizadas; e uso de bata sempre que haja contacto próximo com a criança (DGS, 2013b). Antes de prestar cuidados, os enfermeiros utilizam os equipamentos individuais de proteção conforme referido, sendo posteriormente descartados no saco de lixo relativo a resíduos hospitalares de risco biológico (Entidade Reguladora da Saúde (ERS), 2021). Na sala de internamento de curta duração, é um desafio isolar todas as crianças em quartos individuais, uma vez que há apenas um quarto de isolamento disponível. Assim, são agrupadas as crianças que partilham o mesmo agente responsável pela infeção vírica diagnosticada, encontrando-se os berços separados a mais de um metro de distância, com biombo em cada um dos lados, a criar uma barreira de privacidade e segurança entre crianças internadas.

5.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
30-11-2023 10:15	Sistema respiratório	
30-11-2023 10:15	Eliminação urinária	
30-11-2023 10:15	Termorregulação	
30-11-2023 10:15	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
30-11-2023 10:15	Comportamentos de ligação filho-mãe/pai	
30-11-2023 10:15	Recém-nascido	
30-11-2023 10:15	Sondas, Drenos e Cateteres	
30-11-2023 10:15	Comportamentos para amamentar	
30-11-2023 10:15	Sistema cardiovascular	
30-11-2023 10:15	Eliminação intestinal	
30-11-2023 10:15	Pele e mucosas	
30-11-2023 10:15	Atitudes terapêuticas	
30-11-2023 10:15	Apetite	

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

RN

A fase desenvolvimental relativa aos primeiros 28 dias de vida denomina-se de período Neonatal (Fisher, 2019), durante o qual o RN se adapta ao meio extrauterino e à sua nova existência autónoma, independentemente da sua idade gestacional (Vilaça & Ramos, 2020). Uma vez que o João tem 24 dias de vida, encontra-se no seu período neonatal, enquadrando-se por isso, neste domínio.

Sistema respiratório

O sistema respiratório é um processo corporal que se relaciona com o processo contínuo de trocas gasosas a nível molecular (de oxigénio e dióxido de carbono) ocorrendo nos pulmões, de forma a que ocorra oxidação celular, regulada pelos centros cerebrais da respiração; recetores brônquicos e aórticos, bem como por um mecanismo de difusão (ICN, 2019). O RN internado com diagnóstico de bronquiolite aguda deve ser monitorizado de forma contínua, relativamente à frequência respiratória, sendo considerados como expectáveis 40 a 80 respirações por minuto, deve ser observada a elevação do tórax, simetria nos movimentos respiratórios e sinais de dificuldade respiratória, bem como à saturação periférica de oxigénio, que deve encontrar-se em valores iguais ou superiores a 92% (DGS, 2015a). A presença de sinais de dificuldade respiratória deve ser vigiada, podendo ocorrer episódios de taquipneia, apneia, tiragem infra, inter ou supracostal, adejo nasal e tosse (Saraiva & Sousa, 2022). Assim, este domínio permite avaliar a adequação da identificação do diagnóstico de ventilação comprometida, caso os dados apresentados o sugiram. Permite ainda avaliar a limpeza das vias aéreas. Nas situações em que se revela ineficaz, é através da lavagem nasal e aspiração de secreções que o enfermeiro pode facilitar a sua resolução, sendo uma medida essencial na prestação de cuidados de suporte na criança com bronquiolite aguda (DGS, 2015a).

Sistema Cardiovascular

Como parte integrante da avaliação da evolução e gravidade da bronquiolite aguda, um dos parâmetros que necessita de ser avaliado é a frequência cardíaca (DGS, 2015a), permitindo a monitorização de episódios de bradicardia, cuja ocorrência pode ser indicativa de deterioração do estado clínico do RN (Guimarães et al., 2017). A avaliação da pressão sanguínea, é também relevante, apresentando-se como um indicador do equilíbrio hemodinâmico. Adicionalmente, a administração de alguns medicamentos necessários ao tratamento da bronquiolite aguda requer uma vigilância direcionada aos possíveis efeitos secundários, como é o caso do cloreto de sódio e soroterapia, que podem causar episódios de taquicardia, e hipertensão, sendo por isso necessário monitorizar a frequência cardíaca e pressão arterial do RN.

Pele e mucosas

A pele apresenta-se como um componente do sistema tegumentar, sendo o maior de todos os órgãos e, simultaneamente, a superfície natural mais externa do corpo. Apresenta robustez e flexibilidade, com funções relativas à elasticidade, textura e espessura que permitem que a camada queratinizada seja mantida íntegra e hidratada, com uma temperatura adequada (ICN, 2019). As mucosas, por sua vez, são também componentes do sistema tegumentar, apresentando um revestimento natural isento de queratina, na superfície interna do corpo, forrando as cavidades ou canais com ligação ao exterior do corpo. Têm como objetivo proteger, segregar muco que lubrifica as estruturas adjacentes, e absorver água, sais e outros solutos (ICN, 2019).

Após o nascimento todas as estruturas da pele estão presentes, mas muitas das suas funções estão ainda prematuras. A ligação existente entre a epiderme e a derme, ainda não é coesa, e são ambas pouco espessas, o que explica a vulnerabilidade cutânea do RN relativamente à remoção de adesivos ou pensos (Wheeler, 2019). A sua coloração é um bom indicador da oxigenação e hidratação corporais, sendo por isso importante a sua vigilância em RN com bronquiolite. Por outro lado, a administração de medicamentos como a Ampicilina (Infarmed, 2010a) e o Gluconato de cálcio (Infarmed, 2010b) pode provocar sintomas observáveis através da pele, como exantema, ou do edema periférico, que importa vigiar.

Termorregulação

A termorregulação é um processo do sistema regulador, que atua no controlo da produção e da perda de calor, através de mecanismos fisiológicos ativados pelo hipotálamo; pele e temperatura corporal (ICN, 2019). Embora a capacidade de produção de calor no RN seja adequada, existem vários fatores que contribuem para a perda de calor corporal, como o rácio superfície corporal elevado relativamente ao peso. A sua grande superfície corporal é muitas vezes atenuada pelo facto do RN adotar uma posição de flexão, diminuindo assim a superfície corporal exposta ao ambiente. A sua fina camada de gordura subcutânea é também um fator contributivo para a perda de calor e por último, o mecanismo único através do qual o RN gera calor corporal: a termogénese sem recurso ao tremor. Embora utilizado para manter a temperatura corporal do RN e conservá-la, este mecanismo pode também fazer com que o RN tenha dificuldade em dissipá-la num ambiente quente, aumentando assim o risco de hipertermia (Wheeler, 2019). Adicionalmente, como consequência da bronquiolite aguda, podem ocorrer episódios de febre (Saraiva & Sousa, 2022), sendo por isso relevante a vigilância da temperatura corporal do RN.

Eliminação intestinal

A administração de antibióticos pode interferir com o padrão intestinal, sendo que a cefotaxima

pode provocar episódios de diarreia (Infarmed, 2019a), esta última também passível de ser provocada pela administração de ampicilina (Infarmed, 2010a). Adicionalmente, o VSR pode também ter um impacto na alteração nas características das fezes, que se tornam mais líquidas e esverdeadas. Decidi assim ser pertinente a identificação deste domínio.

Eliminação urinária

Ao nascimento, o sistema urinário do RN está completo, embora imaturo. O rim apresenta ainda uma capacidade limitada em concentrar a urina e lidar com flutuações de volume líquido e de eletrólitos. A bexiga esvazia involuntariamente quando ultrapassado o limite de 15 mililitros, chegando a haver 20 micções por dia. A urina do RN é usualmente transparente e sem odor, apresentando uma gravidade específica de 1.020 (Wheeler, 2019). A monitorização das características e da quantidade de urina eliminada é um bom indicador de equilíbrio entre os líquidos administrados e eliminados, considerando que o João está a ser amamentado e a receber soroterapia.

Apetite

O apetite pode ser definido como uma sensação de desejo de satisfazer as necessidades orgânicas, através da ingestão de alimentos (ICN, 2019). Por outro lado, o desinteresse ou recusa alimentar são sintomas frequentemente observados em RN e lactentes com diagnóstico de bronquiolite (Conlon, 2019), devendo por isso ser alvo de atenção por parte do enfermeiro. A escolha deste domínio orienta a avaliação do mesmo ao longo do internamento de curta duração na urgência de pediatria. Após ter passado a noite a dormir, o João demonstrou sinais de fome, como: a agitação, o reflexo de busca, com movimentos com a cabeça e a boca aberta à procura da mama, o levar as mãos à boca (Gardner & Lawrence, 2016), pelas 13 horas, altura em que foi amamentado novamente.

Comportamentos para amamentar

Este domínio permite avaliar, promover e assistir na amamentação, bem como observar a efetividade da pega por parte do RN. O João estava a ser exclusivamente amamentado desde o nascimento.

Comportamento de ligação filho-mãe/pai

O processo de vinculação consiste na ligação emocional entre o RN e os pais, com formação de laços afetivos (ICN, 2019), que se vai tornar na base de todas as relações futuras do RN, ao longo da sua vida. A promoção de comportamentos de vinculação deve ser feita o mais rapidamente possível após o nascimento do RN, e neles se incluem o contacto pele a pele, a contenção feita pelos pais, o toque, a massagem, sendo todos eles de extrema importância,

contribuindo para um desenvolvimento equilibrado e saudável do RN (Querido et al., 2020). Uma vez que a João tem 24 dias de vida, são ainda poucos os comportamentos relativos à relação emocional com os pais que podem ser avaliados. No entanto, pode ser observada a forma como fixa o olhar na face da mãe enquanto ela o amamenta, e como chora quando se sente desconfortável (DGS, 2013a).

Comportamento ligação mãe/pai-filho

A avaliação da satisfação da mãe e pai relativamente ao seu filho, da afetividade e dedicação que demonstra para com ele e da forma como a família se adapta ao novo membro é de extrema importância na deteção de sinais de alerta que necessitem de intervenção (DGS, 2013a). Com base no modelo de parceria de cuidados desenvolvido por Anne Casey (1993), a família, enquanto unidade de indivíduos que prestam cuidados à criança, é considerada uma constante na sua vida e é fundamental nos cuidados durante a hospitalização. O envolvimento dos pais nos cuidados representa para a criança uma garantia de afeto, suporte e segurança, que em conjunto contribuem para a minimização dos efeitos nefastos da hospitalização na vida da criança (Monteiro & Cerqueira, 2020), sendo estes os seus principais cuidadores. Como resultado é promovido o papel parental desenvolvimental, sendo a intervenção do enfermeiro direcionada para a avaliação e resolução das necessidades que a criança e a família apresentam, com o objetivo de melhorar a sua condição de saúde, num ambiente em que a criança se sente segura. A mãe do João acompanhou-o durante todo o período que esteve no internamento de curta duração da urgência, tendo apenas sido substituída pelo pai para poder ir almoçar. Durante o turno pôde ser observada a sua dedicação e comportamento carinhoso e preocupado face à condição de saúde e evolução do João. Esta ligação é essencial para que a mãe e o pai exerçam o seu papel parental de forma saudável.

5.6. Conceção de Cuidados

Apetite

30-11-2023 10:15

30-11-2023 10:15 - Appetite diminuído.

30-11-2023 10:15 - Appetite comprometido [RESOLVIDO] 30-11-2023 17:00

30-11-2023 10:15 - Determinar evolução do apetite [FIM] 30-11-2023 17:00

30-11-2023 10:15 - Avaliar evolução do apetite [FIM] 30-11-2023 17:00

30-11-2023 17:00

30-11-2023 17:00 - Appetite conservado [MELHOROU].

Sistema respiratório

30-11-2023 10:15

30-11-2023 10:15 - Frequência respiratória: 60 ciclos/min.
 30-11-2023 10:15 - Ritmo respiratório regular.
 30-11-2023 10:15 - Movimento respiratório simétrico.
 30-11-2023 10:15 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.
 30-11-2023 10:15 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação.
 30-11-2023 10:15 - Sem adejo nasal.
 30-11-2023 10:15 - Saturação do oxigénio no sangue
 30-11-2023 10:15 - Periférico(a): 100 %.
 30-11-2023 10:15 - Coloração da mucosa: rosada.
 30-11-2023 10:15 - Reflexo da tosse: presente.
 30-11-2023 10:15 - Mobiliza as secreções das vias aéreas acumulando-as ao nível supraglótico.
 30-11-2023 10:15 - Sons respiratórios: síbilos.
 30-11-2023 10:15 - Secreções em moderada quantidade.
 30-11-2023 10:15 - Secreções espessas.
 30-11-2023 10:15 - Secreções amareladas.

30-11-2023 10:15 - Ventilação comprometida

30-11-2023 10:15 - Determinar evolução da ventilação

30-11-2023 10:15 - Avaliar evolução da ventilação [Sem frequência]

30-11-2023 10:15 - Referenciar saturação do oxigénio no sangue ao médico [Se saturação de oxigénio inferior a 92%.]

30-11-2023 10:15 - Melhorar ventilação

30-11-2023 10:15 - Posicionar para otimizar a ventilação [SOS]

30-11-2023 10:15 - Limpeza da via aérea comprometida

30-11-2023 10:15 - Determinar evolução da limpeza da via aérea

30-11-2023 10:15 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [SOS]

30-11-2023 10:15 - Melhorar limpeza da via aérea

30-11-2023 10:15 - Aspirar via aérea [Após cada lavagem nasal]

30-11-2023 10:15 - Posicionar para facilitar a limpeza da via aérea [Antes de cada lavagem nasal e aspiração de secreções]

30-11-2023 10:15 - Executar lavagem nasal [SOS]

30-11-2023 17:00

30-11-2023 17:00 - Frequência respiratória: 63 ciclos/min.
 30-11-2023 17:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].
 30-11-2023 17:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].
 30-11-2023 17:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].
 30-11-2023 17:00 - Utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].
 30-11-2023 17:00 - Sem adejo nasal.
 30-11-2023 17:00 - Saturação do oxigénio no sangue
 30-11-2023 17:00 - Periférico(a): 98 %.
 30-11-2023 17:00 - Coloração da mucosa: rosada.
 30-11-2023 17:00 - Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].
 30-11-2023 17:00 - Mobiliza as secreções das vias aéreas acumulando-as ao nível supraglótico [MANTEVE].

30-11-2023 17:00 - Sons respiratórios: síbilos.
30-11-2023 17:00 - Secreções em moderada quantidade.
30-11-2023 17:00 - Secreções espessas [MANTEVE].
30-11-2023 17:00 - Secreções amareladas.

Sistema cardiovascular

30-11-2023 10:15

30-11-2023 10:15 - Localização do Pulso
30-11-2023 10:15 - Pé Esquerda(o)
30-11-2023 10:15 - Frequência do pulso: 182 pulsações por minuto.
30-11-2023 10:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea
30-11-2023 10:15 - Membro superior Direita(o)
30-11-2023 10:15 - Pressão sanguínea sistólica: 89 mmHg.
30-11-2023 10:15 - Pressão sanguínea diastólica: 58 mmHg.
30-11-2023 10:15 - Temperatura das extremidades
30-11-2023 10:15 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal.
30-11-2023 10:15 - Coloração das extremidades
30-11-2023 10:15 - Membro superior Direita(o): Coloração normal das extremidades.
30-11-2023 10:15 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

30-11-2023 10:15 - Determinar evolução da pressão sanguínea

30-11-2023 10:15 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [6/6 horas]

30-11-2023 10:15 - Determinar evolução da perfusão dos tecidos periféricos

30-11-2023 10:15 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos [6/6 horas]

30-11-2023 17:00

30-11-2023 17:00 - Localização do Pulso
30-11-2023 17:00 - Pé Esquerda(o)
30-11-2023 17:00 - Frequência do pulso: 170 pulsações por minuto.
30-11-2023 17:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
30-11-2023 17:00 - Membro superior Direita(o)
30-11-2023 17:00 - Pressão sanguínea sistólica: 78 mmHg.
30-11-2023 17:00 - Pressão sanguínea diastólica: 51 mmHg.
30-11-2023 17:00 - Temperatura das extremidades
30-11-2023 17:00 - Membro superior Direita(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].
30-11-2023 17:00 - Coloração das extremidades
30-11-2023 17:00 - Membro superior Direita(o): Coloração normal das extremidades [MANTEVE].
30-11-2023 17:00 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

Eliminação intestinal

30-11-2023 10:15

30-11-2023 10:15 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.
30-11-2023 10:15 - Fezes: em moderada quantidade.
30-11-2023 10:15 - Consistência das fezes: Fezes pastosas ou semilíquidas.
30-11-2023 10:15 - Coloração das fezes: esverdeada.

30-11-2023 10:15 - Determinar evolução da eliminação intestinal

30-11-2023 10:15 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [Sem frequência]

30-11-2023 17:00

30-11-2023 17:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [MANTEVE].

30-11-2023 17:00 - Fezes: em moderada quantidade.

30-11-2023 17:00 - Consistência das fezes: Fezes pastosas ou semilíquidas.

30-11-2023 17:00 - Coloração das fezes: esverdeada.

Eliminação urinária

30-11-2023 10:15

30-11-2023 10:15 - Urina em moderada quantidade.

30-11-2023 10:15 - Cor da urina: âmbar.

30-11-2023 10:15 - Cheiro da urina: "sui generis".

30-11-2023 10:15 - Determinar evolução da eliminação urinária

30-11-2023 10:15 - Avaliar evolução da eliminação urinária [Sem frequência]

30-11-2023 17:00

30-11-2023 17:00 - Urina em moderada quantidade.

30-11-2023 17:00 - Cor da urina: âmbar.

30-11-2023 17:00 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].

Pele e mucosas

30-11-2023 10:15

30-11-2023 10:15 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

30-11-2023 10:15 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

30-11-2023 10:15 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [Uma vez turno]

30-11-2023 17:00

30-11-2023 17:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

Termorregulação

30-11-2023 10:15

30-11-2023 10:15 - Temperatura corporal central: 37.00 °C.

30-11-2023 10:15 - Determinar evolução da temperatura corporal

30-11-2023 10:15 - Avaliar evolução da temperatura corporal [6/6 horas]

30-11-2023 17:00

30-11-2023 17:00 - Temperatura corporal central: 36.50 °C.

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

30-11-2023 10:15

30-11-2023 10:15 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

30-11-2023 10:15 - Comportamentos de ligação pai-filho: facilitador.

30-11-2023 10:15 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho

30-11-2023 10:15 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho [Sem frequência]

30-11-2023 10:15 - Avaliar evolução da ligação pai-filho [Sem frequência]

30-11-2023 17:00

30-11-2023 17:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador [MANTEVE].

30-11-2023 17:00 - Comportamentos de ligação pai-filho: facilitador [MANTEVE].

Comportamentos para amamentar

30-11-2023 10:15

30-11-2023 10:15 - Oferece a mama quando reconhece sinais de fome.

30-11-2023 10:15 - Adota posição confortável para facilitar o mamar.

30-11-2023 10:15 - Termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade.

30-11-2023 10:15 - Utiliza estratégias para estimular o mamar.

30-11-2023 10:15 - Com manifestações de pega adequada.

30-11-2023 10:15 - Amamentação

30-11-2023 10:15 - Determinar evolução da amamentação

*30-11-2023 10:15 - Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar
[Sempre que o RN manifestar sinais de fome]*

30-11-2023 17:00

30-11-2023 17:00 - Oferece a mama quando reconhece sinais de fome [MANTEVE].

30-11-2023 17:00 - Adota posição confortável para facilitar o mamar [MANTEVE].

30-11-2023 17:00 - Termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade [MANTEVE].

30-11-2023 17:00 - Utiliza estratégias para estimular o mamar [MANTEVE].

30-11-2023 17:00 - Com manifestações de pega adequada [MANTEVE].

Comportamentos de ligação filho-mãe/pai

30-11-2023 10:15

30-11-2023 10:15 - Comportamentos de vinculação: procura atrair a presença do adulto com choro, sorriso, balbuciar, olhar ou agitando os braços; comportamentos direcionados a qualquer pessoa, porque não consegue distinguir adultos.

30-11-2023 10:15 - Determinar evolução da vinculação

30-11-2023 10:15 - Avaliar evolução da vinculação [Em cada momento de contacto]

30-11-2023 17:00

30-11-2023 17:00 - Comportamentos de vinculação: procura atrair a presença do adulto com choro, sorriso, balbuciar, olhar ou agitando os braços; comportamentos direcionados a qualquer pessoa, porque não consegue distinguir adultos [MANTEVE].

Recém-nascido

30-11-2023 10:15

30-11-2023 10:15 - Recém-nascido

30-11-2023 10:15 - Promover papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional

30-11-2023 10:15 - Conhecimento da mãe/pai sobre ingestão nutricional do recém-nascido: facilitador.

30-11-2023 17:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre ingestão nutricional do recém-nascido: facilitador [MANTEVE].

30-11-2023 10:15 - Conhecimento da mãe/pai sobre extração conservação e uso do leite materno: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

30-11-2023 17:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre extração conservação e uso do leite materno: facilitador [MELHOROU].

30-11-2023 10:15 - Capacidade da mãe/pai para alimentar o recém-nascido: facilitadora.

30-11-2023 17:00 - Capacidade da mãe/pai para alimentar o recém-nascido: facilitadora [MANTEVE].

30-11-2023 10:15 - Capacidade da mãe/pai para extrair leite materno

30-11-2023 10:15 - Dispositivo: Bomba manual de extração de leite - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

30-11-2023 17:00 - Capacidade da mãe/pai para extrair leite materno

30-11-2023 17:00 - Dispositivo: Bomba manual de extração de leite - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

30-11-2023 10:15 - Autoeficácia da mãe/pai para alimentar o recém-nascido: facilitadora.

30-11-2023 17:00 - Autoeficácia da mãe/pai para alimentar o recém-nascido: facilitadora [MANTEVE].

30-11-2023 10:15 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre conservação e preparação do leite materno [RESOLVIDO] 30-11-2023 17:00

30-11-2023 10:15 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre conservação e preparação do leite materno [Após realização de informoterapia sobre conservação do leite materno] [FIM] 30-11-2023 17:00
30-11-2023 10:15 - Ensinar mãe/pai sobre conservação e preparação do leite materno [Neste contacto] [FIM] 30-11-2023 17:00

30-11-2023 10:15 - Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para extrair leite materno

30-11-2023 10:15 - Avaliar evolução da capacidade da mãe/pai para extrair leite materno [Após realização da instrução e treino na extração do leite materno]
30-11-2023 10:15 - Instruir a mãe a massajar a mama [Neste contacto] [FIM] 30-11-2023 17:00
30-11-2023 10:15 - Treinar mãe/pai a massajar a mama [Neste contacto, após realização da intervenção Instruir]
30-11-2023 10:15 - Instruir mãe/pai a extrair leite materno usando dispositivo [Neste contacto] [FIM] 30-11-2023 17:00
30-11-2023 10:15 - Treinar mãe/pai a extrair leite materno usando dispositivo [Neste contacto, após realização da intervenção Instruir]
30-11-2023 10:15 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional [Após indicadores de processo facilitadores]

30-11-2023 10:15 - Promover papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde

30-11-2023 10:15 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
30-11-2023 17:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido: facilitador [MELHOROU].

30-11-2023 10:15 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido [RESOLVIDO] 30-11-2023 17:00

30-11-2023 10:15 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre

vigilância e promoção da saúde do recém-nascido [Após realização de informoterapia sobre lavagem nasal do RN] [FIM] 30-11-2023 17:00
30-11-2023 10:15 - Ensinar mãe/pai sobre gestão de sinais e sintomas relacionados com compromissos de processos corporais [Neste contacto] [FIM] 30-11-2023 17:00

30-11-2023 10:15 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde [Após indicadores de processo facilitadores]

30-11-2023 10:15 - Promover papel parental desenvolvimental: lidar com o choro

30-11-2023 10:15 - Conhecimento da mãe/pai sobre choro do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

30-11-2023 17:00 - Conhecimento da mãe/pai sobre choro do recém-nascido: facilitador [MELHOROU].

30-11-2023 10:15 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre choro do recém-nascido [RESOLVIDO] 30-11-2023 17:00

30-11-2023 10:15 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre choro do recém-nascido [Após realização de informoterapia sobre o choro do RN] [FIM] 30-11-2023 17:00

30-11-2023 10:15 - Ensinar mãe/pai sobre choro [Neste contacto] [FIM] 30-11-2023 17:00

30-11-2023 10:15 - Ensinar mãe/pai sobre estratégias para lidar com o choro [Neste contacto] [FIM] 30-11-2023 17:00

30-11-2023 10:15 - Ensinar mãe/pai sobre massagem infantil [Neste contacto] [FIM] 30-11-2023 17:00

30-11-2023 10:15 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: lidar com o choro [Após indicadores de processo facilitadores]

5.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da ligação mãe-filho

- Observar a forma como a mãe interage com o João, como sendo, a realização de carícias, dar colo e estar atenta à sua linguagem corporal;
- Observar o interesse da mãe, nas questões que coloca, relativamente à evolução da condição do seu filho;

Posicionar para otimizar a ventilação

- Elevar a cabeceira do berço a 30 °;

Avaliar evolução da temperatura corporal

- Monitorizar a temperatura do João via retal;

Referenciar saturação do oxigénio no sangue ao médico

- Informar o médico se saturação de oxigénio < a 92%;

Ensinar mãe/pai sobre choro

- O choro é um método de comunicação utilizado pelo RN para comunicar uma necessidade, para a qual necessita de ajuda;
- O tempo de contacto e a experiência em lidar com RN, contribuem para a capacidade de identificar a causa responsável pelo choro (Corvin et al., 2022);
- As causas do choro podem advir de necessidades físicas ou emocionais, sendo as causas físicas mais comuns: a fome, o desconforto, a dor, o sono e as causas emocionais o sentir-se desprotegido, pedir mimo ou estar exausto, sendo estas últimas de mais difícil identificação (Fisher, et al., 2011 ; Iftikhar, 2020; Kitzinger, 2005);
- Relativamente às necessidades físicas, foram identificados cinco sons que precedem o choro e orientam-nos na identificação da sua causa, como sendo: " Neh" relacionado com a fome; " Eh " relacionado com o desconforto gástrico alto e necessidade de eructar; "Eairh" relacionado com o desconforto gástrico baixo, típico da cólica; " Heh" relacionado com o desconforto físico, como sendo o frio/calor/ fralda suja e por fim o "Owl" relacionado com o sono (Dunstan, 2023);
- A chave para a compreensão da comunicação do RN baseia-se na atenção prestada não só ao choro, mas também aos movimentos dos membros e expressões faciais;
- O choro inconsolável é na maioria das vezes característico da fase desenvolvimental do RN, sendo apenas em 5% dos casos causado por uma causa física que necessita de ser tratada. No entanto, se após avaliação e resolução de todas as causas anteriormente descritas o RN continuar a chorar inconsolavelmente, deve ser observado por um profissional de saúde (Zeifman & St James-Roberts, 2017);
- O choro inconsolável pode ter como consequência a frustração, a exaustão, o stress e a ansiedade parentais, ter impacto negativo no relacionamento do casal, ter um impacto negativo e dificultador na vinculação e apego, e pode causar até perda do controlo, colocando o RN em risco;
- Em nenhuma circunstância se deve abanar o RN;
- Durante os primeiros 3 meses de vida, os RN/lactentes são ainda muito sensíveis a estímulos semelhantes aos vivenciados durante o período intrauterino, denominando-se este período por 4º trimestre (Möller et al., 2019);

Ensinar mãe/pai sobre massagem infantil

- Esclarecer que a massagem infantil e a massagem abdominal são técnicas diferentes com propósitos distintos;
- A massagem abdominal tem como propósito intervir de forma a facilitar a movimentação e eliminação de gás e fezes;
- O desconforto abdominal é uma das causas do choro no RN, sendo importante observar as características do abdómen: mole, duro, timpanizado, distendido;
- Em caso de se apresentar timpanizado, poderá ser benéfica a realização de massagem abdominal antes da troca da fralda, as vezes consideradas necessárias;
- A massagem deve iniciar com um toque suave, de forma a permitir ao RN a preparação

para a interação;

- Massajar o abdómen com movimentos suaves mas firmes, potenciando a movimentação de gás e fezes ao longo do cólon ascendente, transverso e descendente;
- Se o RN se apresentar tenso, a chorar e não tolerar sequer o toque no abdómen, não irá tolerar a massagem, pelo que a mesma deve ser adiada;
- Utilizar a mnemónica "I love you", por forma a ser mais fácil lembrar a orientação da massagem, repetindo o movimento três vezes em cada parte;
- O "I" refere-se ao movimento de massagem no lado direito do abdómen, potenciando a movimentação do conteúdo fecal do cólon ascendente;
- O "L" refere-se ao movimento de massagem na parte superior do abdómen, seguida do lado esquerdo do abdómen, imitando um L invertido, promovendo a mobilização do conteúdo do cólon transverso e descendente;
- O "U" refere-se ao movimento de massagem do lado esquerdo do abdómen, inferior e lado direito, completando assim a massagem;
- Também pode ser utilizada a técnica de flexão dos membros inferiores sobre o abdómen, que pode ajudar na eliminação de gás;
- Utilizar um óleo ou creme adequado para RN/lactentes para facilitar a massagem;

Ensinar mãe/pai sobre gestão de sinais e sintomas relacionados com compromissos de processos corporais

- A lavagem nasal tem como objetivo aliviar os sintomas da obstrução nasal, bem como prevenir complicações;
- A lavagem nasal torna-se especialmente importante nos RN e em bebés até aos seis meses de idade, uma vez que eles respiram preferencialmente através do nariz;
- A lavagem nasal deve ser realizada sempre que considerado necessário, privilegiando a sua realização antes das refeições;
- Deve ser utilizado soro fisiológico à temperatura ambiente, seringa de uso individual, adaptador de seringa (se disponível, não sendo obrigatório);
- A contenção pode funcionar como uma técnica não farmacológica de controlo da dor/desconforto e facilita a segurança do procedimento;
- Posicionar o RN em posição supina, com a cabeça apoiada e lateralizada para um dos lados;
- Colocar o soro fisiológico na narina do lado para o qual a cabeça do RN está lateralizada;
- Instilar o soro de forma gradual e contínua, 1 a 2 ml de soro de em cada instilação;
- Repetir este processo na outra narina, rodando a cabeça do RN para esse lado;
- Utilizar um volume máximo de 5 ml de soro fisiológico, até ao primeiro ano de idade;

Ensinar mãe/pai sobre conservação e preparação do leite materno

- Conservar o leite materno no frigorífico ou no congelador, em recipientes esterilizados próprios para a conservação de leite materno (recipiente de vidro com tampa, recipiente de plástico rígido e saco de conservação de leite materno);
- Refrigerar ou congelar o leite materno o mais rápido possível, em recipiente próprio lavado, sendo que se for congelado, deve ser colocado em espaço livre para permitir uma congelação homogénea;

- Rotular o recipiente com o nome do RN, com data e hora da extração;
- No domicílio, o leite pode ser conservado no frigorífico (4 °C) até 5 dias, sendo que em meio hospitalar a indicação é que seja conservado por 24 horas;
- Pode ser congelado no congelador (-18 °C) entre 3 a 6 meses ou em arca frigorífica (-20 °C) entre 6 a 12 meses;
- O descongelamento deve ser feito lentamente no frigorífico, à temperatura ambiente ou em água morna, após o qual deve ser utilizado nas 24 horas seguintes;
- O reaquecimento ou novo congelamento estão contraindicados, devendo esse leite ser rejeitado;

Posicionar para facilitar a limpeza da via aérea

- Posicionar o RN em posição supina, contido, com a cabeça lateralizada;

Avaliar evolução da ligação pai-filho

- Observar a forma como o pai interage com o João, como sendo, a realização de carícias, dar colo e estar atenta à sua linguagem corporal;
- Observar o interesse o pai, nas questões que coloca, relativamente à evolução da condição do seu filho;

Ensinar mãe/pai sobre estratégias para lidar com o choro

- Método dos 5'S: contenção, posição lateral direito/ventral, embalar, ruído branco, sugar;
- A utilização dos cinco métodos em conjunto provoca o reflexo calmante, ao recrear estímulos semelhantes aos vivenciados em ambiente uterino;
- O período dos primeiros 3 meses de vida é caracterizado pela sensibilidade do RN/lactente a estímulos semelhantes aos vivenciados durante o período intra-uterino, e maior dificuldade em lidar com estímulos externos;
- O colo da mãe, falar e cantar suavemente, olhar olhos nos olhos e sorrir, podem ser também uma boa estratégia de gestão do choro por causas emocionais;

Instruir a mãe a massajar a mama

- Fazer movimentos suaves mas firmes na mama, no sentido dos ponteiros do relógio, passando por toda a área da mama;
- Formar um "C" com a mão, com o polegar em cima da aréola e os restantes dedos por baixo;
- Manter a mama ligeiramente pressionada para trás, contra as suas costelas;
- Pressionar com o polegar e o indicador ao mesmo tempo, aliviando a pressão e pressionando novamente;
- Não pressionar o mamilo;
- Repetir estes passos mudando a posição dos dedos à volta da mama;

Instruir mãe/pai a extrair leite materno usando dispositivo

- A mãe deve encontrar-se confortável, se possível com contacto visual no seu RN;
- A extração de leite materno pode ser feita com recurso a dispositivo manual ou elétrico;
- Montar as peças do kit de extração (peça em Y, funil, filtro e biberão);
- O funil deve ser ajustado ao tamanho do mamilo;
- Extrair leite até sentir a mama confortável;

- Identificar o leite extraído com o nome do RN, a hora e a data;
- Lavar as peças do kit com água e sabão e deixar secar;

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

- Adoção pela mãe de comportamentos de adesão ao regime de isolamento de contacto;

Executar lavagem nasal

- Posicionar o RN em posição supina, com a cabeça apoiada e lateralizada para um dos lados;
- Utilizar soro fisiológico à temperatura ambiente, seringa de uso individual, adaptador de seringa (se disponível, não sendo obrigatório);
- Colocar o soro fisiológico na narina do lado para o qual a cabeça do RN está lateralizada;
- Utilizar um volume máximo de 5 ml de soro fisiológico até ao primeiro ano de idade;
- Instilar o soro de forma gradual e contínua;
- Repetir este processo na outra narina, rodando a cabeça do RN para esse lado;

5.8. Síntese relativa ao caso

A síntese deste documento encontra-se organizada em três tópicos significativos para a exposição do meu pensamento crítico face à conceção de cuidados realizada. Assim, em primeiro lugar demonstrarei os resultados que espero alcançar face aos diagnósticos identificados, seguidamente abordarei quais os contributos das intervenções selecionadas para o caso clínico e, por fim, exponho a minha reflexão sobre as particularidades das decisões tomadas ao longo das duas sessões aqui documentadas.

1- Critérios de resultado

Relativamente aos diagnósticos identificados como “potencial para melhorar”, face ao papel parental, a disponibilidade em aprender é de extrema importância para a efetividade da atuação do enfermeiro. Neste caso, a mãe do João demonstrou interesse e disponibilidade em melhorar o seu conhecimento e capacidade sobre temas sobre os quais apresentava lacunas. Assim foi considerado o momento apropriado para atuar, uma vez que existia por parte da mãe do João vontade em aprender, sendo as temáticas consideradas como prioritárias para a gestão da condição do João: a lavagem nasal, por forma a dar resposta à obstrução nasal existente, bem como a gestão do ingurgitamento mamário da mãe e por último, a sua motivação em aprender conteúdos considerados importantes na resposta adequada ao seu papel parental desenvolvimental, como sendo a gestão do choro do RN. O objetivo foi atuar no sentido de melhorar aspetos que necessitavam de intervenção de forma a torná-los facilitadores e contribuir para a aquisição da mestria do papel parental.

No que concerne os diagnósticos apetite comprometido, ventilação comprometida e limpeza da

via aérea comprometida, o objetivo foi contribuir para a melhoria da condição do João e observar a alteração dos dados que estiveram na gênese do diagnóstico.

Para cada diagnóstico de “potencial para melhorar”, pretendo através das intervenções de enfermagem realizadas atingir os seguintes resultados:

Recém-nascido- Promover papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional

Resultados esperados face ao Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre conservação e preparação do leite materno

- A mãe verbaliza como o leite materno pode ser refrigerado ou congelado, em recipientes próprios para a sua conservação;
- A mãe verbaliza que se for congelado, o recipiente que contém o leite deve ser colocado num espaço livre para que congele de forma homogênea;
- A mãe verbaliza a importância de rotular o leite extraído, com a data de validade, em caso de refrigeração e congelamento;
- A mãe verbaliza que o descongelamento deve ser feito lentamente;
- A mãe verbaliza que o leite materno não deve ser reaquecido ou congelado novamente;

Resultados esperados face ao Potencial da mãe/pai para melhorar capacidade para extrair leite materno

- A mãe é capaz de montar as peças que compõem o sistema de extração de leite materno;
- A mãe é capaz de ajustar o funil à mama;
- A mãe capaz de realizar a extração do leite materno;
- A mãe é capaz de identificar o leite materno extraído;
- A mãe é capaz de lavar as peças do kit de extração após utilização.

Recém-nascido - Promover papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde

Resultados esperados face ao Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido

- A mãe verbaliza o objetivo da realização da lavagem nasal;
- A mãe verbaliza a importância da realização da lavagem nasal;
- A mãe verbaliza os momentos mais adequados à realização da lavagem nasal;
- A mãe verbaliza a posição em que deve realizar a lavagem nasal;

- A mãe verbaliza como realizar a lavagem nasal;

Recém-nascido - Promover papel parental desenvolvimental: lidar com o choro

Resultados esperados face ao Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre choro do recém-nascido

- A mãe verbaliza as cinco técnicas que fazem parte do método dos 5 S;
- A mãe verbaliza a importância da sua realização na indução do reflexo calmante;
- A mãe verbaliza a importância do quarto trimestre.

2- Contributos das intervenções face ao cenário clínico

Uma vez identificadas as necessidades que apresentam compromisso, torna-se oportuna a reflexão sobre de que forma as intervenções de enfermagem serão contributivas face aos objetivos e prioridades delineados este plano de cuidados. Desta forma, ao proporcionar uma vigilância sistémica e avaliação contínua dos cuidados de enfermagem prestados, a intervenção "Avaliar evolução (...)" permite a continuidade de deteção de alterações em algum foco, avaliando se as intervenções de enfermagem alcançaram os critérios de resultado propostos, ou se, por outro lado é necessário realizar ajustes no plano de cuidados (Dias & Duran, 2018). Viabiliza também a avaliação do conhecimento da mãe de forma contínua, sobre um foco sobre o qual apresente lacunas no conhecimento, sendo essencial demonstrar interesse e disponibilidade em aprender. O enfermeiro pode, então, intervir através da realização de informoterapia, contribuindo para o alcance da mestria (Meleis et al., 2000). A mãe do João acompanhou-o durante o internamento de curta duração. Os momentos de contacto durante a prestação de cuidados ao João permitiram a realização da avaliação contínua do conhecimento da mãe e o esclarecimento de dúvidas.

Quanto às intervenções "Executar (...)" e "Otimizar", implicam o desempenho de tarefas de cariz técnico (ICN, 2019), imprescindíveis à prestação dos cuidados de enfermagem ao João, de forma a dar resposta às suas necessidades, relativas à limpeza da via aérea e presença de um CVP, garantindo o seu adequado funcionamento e com isso o melhor resultado possível após a sua utilização. As intervenções do tipo "Aspirar" e "Posicionar" permitiram, ainda, intervir na otimização da ventilação e limpeza da via aérea, contribuindo para a melhoria da sua condição, objetivando a resolução dos diagnósticos, ventilação e limpeza da via aérea comprometidas.

Relativamente à intervenção "Ensinar (...)", tem como objetivo fornecer informação sistematizada sobre uma determinada temática, relacionada com a saúde (ICN, 2019). Desta forma, pude orientar a minha atuação de forma a intervir na aquisição de conhecimento e competências que permitiram uma melhor gestão na resposta às necessidades da mãe e às do João, facilitando o processo de transição, contribuindo para o processo de aquisição de mestria no seu novo papel parental (Meleis et al., 2000). Assim foi fornecida informoterapia sobre

extração e conservação do leite materno, sobre o choro e massagem abdominal, e sobre a lavagem nasal, que deram resposta à necessidade da mãe de extrair leite e evitar o ingurgitamento mamário, melhorar o conhecimento sobre o choro e a sua gestão, bem como aprender a realizar a lavagem nasal ao João, que é uma intervenção essencial face à gestão do tratamento da bronquiolite aguda.

A intervenção de enfermagem "Instruir" tem como base o fornecimento de informação sistematizada sobre como fazer alguma coisa (ICN, 2019). Assim, de forma a dar respostas às necessidades da mãe do João, que se encontrava desconfortável com a mama tensa cheia de leite, uma vez que este não mamou por um período de 10 horas, tendo até então sido exclusivamente amamentado e, não tendo a mãe experiência anterior em massajar a mama ou extrair leite materno, decidi realizar esta intervenção atuando na melhoria da sua capacidade.

Relativamente às intervenções de enfermagem do tipo "Treinar", estas implicam o desenvolvimento de capacidades de alguém ou do funcionamento de alguma coisa (ICN, 2019) e são subsequentes às intervenções do tipo "Instruir". Pretendi através deste tipo de intervenção contribuir para a melhoria da capacidade da mãe em extrair leite materno com recurso a bomba de extração de leite, sendo esta tarefa algo que a mãe nunca tinha realizado antes, por ter amamentado exclusivamente ambos os filhos.

Quanto à intervenção "Referenciar", pressupõe o ato de encaminhar ou indicar algo a outra pessoa (ICN, 2019), sendo que neste caso decidi ser relevante referenciar ao médico a eventual ocorrência de saturação inferior a 92%, de forma sustentada, uma vez que esse dado indica a necessidade de oxigenoterapia, que se trata de uma atitude terapêutica, carente de prescrição (DGS, 2015a).

3- Reflexão face ao cenário clínico

A primeira sessão teve lugar na sala de observação, que se relaciona com o internamento de curta duração, na Urgência de Pediatria, durante a manhã, tendo o João sido triado e admitido durante a noite anterior. Neste primeiro contacto, decidi como prioritário atuar no sentido de melhorar a condição clínica do João, bem como de identificar sinais sugestivos de complicações e assim evitar a sua deterioração. No que diz respeito à presença de edema periorbitário, após realização de tomografia computadorizada (TAC) e posterior observação pela especialidade médica de oftalmologia pediátrica, não houve indicação adicional além da administração dos antibióticos endovenosos prescritos, tendo sido realizada a limpeza ocasional do olho com recurso a compressas e soro fisiológico.

Pelo facto de este não ter mamado desde as 21 horas da noite anterior, e tendo a mãe sempre amamentado exclusivamente, surgiu a necessidade de atuar na melhoria da capacidade na extração do leite materno, e no conhecimento sobre a conservação do mesmo após a sua extração. Após 10 horas de descanso, e uma vez demonstrados sinais de fome por parte do

João, este foi colocado à mama pelas 13:00 horas, e foi possível verificar que a mãe não apresentava quaisquer dificuldades no amamentar apresentando autoeficácia na sua execução. Assim decidi atuar na promoção do papel parental desenvolvimental relativo à ingestão nutricional, dando resposta às necessidades observadas e anteriormente descritas.

Ainda durante este primeiro contacto, a mãe verbalizou que pelas circunstâncias que a fizeram recorrer à urgência pediátrica, não lhe foi possível assistir à aula sobre o choro que seria abordada no curso de parentalidade que os pais se encontram a frequentar na UCC na qual são utentes, sendo esta temática do seu interesse, bem como do pai do João. Assim, entendi como prioritário intervir na melhoria do conhecimento da mãe e do pai sobre o choro e massagem abdominal enquanto técnica integrante da gestão do choro. O pai apenas esteve presente durante o almoço da mãe, uma vez que apenas um progenitor pode acompanhar o filho, tendo, no entanto, pedido que realizasse informoterapia sobre esta temática a ele também. Assim, pude atuar face à promoção do papel parental desenvolvimental relativo ao choro e à sua gestão. No que concerne à gestão da condição clínica do João relacionada com a bronquiolite, pude intervir na promoção do papel parental desenvolvimental relativo à vigilância e promoção de saúde, melhorando o conhecimento sobre a lavagem nasal, uma vez que é parte crucial do tratamento da condição do João face à bronquiolite diagnosticada, sendo uma prática muito relevante no domicílio para prevenir complicações relacionadas com a obstrução nasal causada por secreções, que possam ocorrer no futuro e que pode também ser aplicada ao filho mais velho.

No que diz respeito ao papel parental especial relativo à adesão ao regime de isolamento, uma vez que a informoterapia relativa ao regime de isolamento por contacto foi realizada aquando da admissão na sala de OBS, para internamento de pequena duração, e a mãe não apresentava dúvidas, foi possível durante o meu turno observar a adesão ao regime de isolamento, com o cumprimento de todas as indicações anteriormente dadas. Encontrando-se o indicador de processo facilitador relativo ao conhecimento, achei relevante avaliar a aquisição de mestria do papel parental sobre esta temática durante esta sessão. Nos domínios em que havia a necessidade de realizar intervenções do tipo ensinar, instruir ou treinar, não achei ser oportuno a avaliação do objetivo final, tendo esta avaliação sido adiada para um contacto posterior, depois de todos os indicadores de processo se encontrarem facilitadores.

O segundo contacto, refere-se ao final da tarde do mesmo turno, que antecedeu a transferência do João para o Internamento de Pediatria, para continuação de monitorização de sinais vitais e continuidade de cuidados. Nesta sessão foi possível a avaliação do conhecimento bem como o início do treino de competências identificadas como comprometidas durante a primeira sessão. Relativamente à capacidade da mãe para usar estratégias para lidar com o choro, relacionadas com a promoção do papel parental, não considerei pertinente a sua avaliação neste contacto, pelo facto de a mãe demonstrar cansaço, tendo sido um dia cheio de informação e aprendizagens, e de este contacto anteceder a transferência do João para o Internamento de

Pediatria, não sendo por isso a prioridade. Assim, o objetivo final relativo à avaliação da evolução do papel parental desenvolvimental de lidar com o choro, não foi avaliado pelo facto de haver indicadores que ainda não se encontram facilitadores, uma vez que o processo de adoção de novas práticas requer tempo.

6. ESTUDO DE CASO IIII: UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE

A Olívia (nome fictício) tem de sete meses, e a sua mãe e pai recorreram à EEESIP da UCC para esclarecimento de dúvidas sobre a gestão da amamentação, relacionada com a erupção dos primeiros dentes, sobre o sono e a mudança de quarto da Olívia, bem como sobre a gestão da introdução de alimentos que possam estar a causar desconforto gástrico. Estiveram presentes ambos os pais e a lactente.

6.1. Enquadramento teórico

Perante o cenário apresentado torna-se pertinente abordar algumas temáticas sob o ponto de vista teórico. Assim, uma vez que a Olívia tem sete meses de vida, importa abordar a fase desenvolvimental de lactente. É também relevante enquadrar os cuidados de saúde primários, mais especificamente a UCC, como sendo um valioso recurso a que utentes, de que são exemplo os pais da Olívia, podem recorrer. Por último será abordada a teoria das transições e a sua aplicabilidade neste caso específico. Este plano de cuidados foi desenvolvido com base na experiência de uma consulta de enfermagem, em dois momentos distintos, um no início da sessão e outro no fim da mesma, em contexto de Cuidados de Saúde Primários, na UCC. Estiveram presentes ambos os pais e a lactente.

Lactente

O período desenvolvimental denominado de lactente, decorre entre os 29 dias e os 12 meses de vida da criança (Barroso et al., 2022). Durante o 1º ano de vida, a criança é designada de “lactente” atendendo à importância que o leite, preferencialmente materno, adquire na sua alimentação. Efetivamente, este deverá ser o alimento exclusivo até cerca dos seis meses, continuando a ocupar um lugar de destaque na oferta alimentar até aos 12 meses de idade, enquanto se vão introduzindo os outros alimentos que fazem parte da dieta familiar (DGS, 2019c).

Esta fase é caracterizada por um crescimento e desenvolvimento vertiginosos, com progressiva maturação de todos os sistemas orgânicos, o que permite ao lactente uma maior capacidade de resposta ao ambiente em que se insere. A aquisição de novas capacidades, desenvolvimento da motricidade fina e grossa, ocorrem em sequência e ordem cefalocaudal e proximodistal (Kid & Rodgers, 2019). Em menos de um ano o lactente evolui de um estado pouco ativo para um

estilo de vida com elevada atividade motora, sensorial e social, com importante repercussão na componente alimentar (DGS, 2019c).

O crescimento, influenciado pela interação entre fatores nutricionais, psicossociais e emocionais (Popik et al., 2017), ocorre de forma veloz, com especial ênfase nos primeiros seis meses de vida. O lactente duplica o peso de nascimento por volta dos quatro meses, sendo o seu peso médio de 7.3 Kg aos seis meses de vida, com um aumento expectável de 340 gramas por mês durante a segunda metade do primeiro ano de vida. De forma a que o crescimento e o desenvolvimento do lactente ocorram adequadamente, não só é necessário que a criança seja saudável, como é fundamental que a oferta nutricional seja adequada (DGS, 2019c). O perímetro cefálico aumenta, acompanhando o crescimento cerebral, com um aumento de 0.5 cm por mês, após os 6 meses de vida, sendo a média do perímetro cefálico do lactente aos seis meses de 43 cm. O aumento do tamanho da cabeça reflete o desenvolvimento e diferenciação do sistema nervoso, sendo que em média, ao fim do primeiro ano de vida o cérebro pesa mais 2.5 vezes que o seu peso ao nascimento (Kid & Rodgers, 2019). Estes são valores médios que funcionam como guia para os profissionais de saúde na avaliação e acompanhamento da criança no seu primeiro ano de vida. É, no entanto, importante referir que todas as crianças são únicas e podem apresentar um padrão de crescimento diferente, sem que isso signifique que haja alguma condição clínica ou problema associados (DGS, 2013a). Esta maturação é representada pelas conquistas desenvolvimentais durante a infância. Os reflexos primitivos dão lugar a movimentos voluntários, que são realizados com propósito e com melhores capacidades motoras (Kid & Rodgers, 2019). O comprimento aumenta cerca de 2.5 cm a cada mês durante os primeiros seis meses de vida, atenuando para cerca de um cm por mês na última metade do primeiro ano, sendo a média de comprimento aos seis meses de 65 cm (Kid & Rodgers, 2019). O lactente cresce assim cerca de 25 cm no período de um ano, aumentando em aproximadamente 50% o seu comprimento de nascimento (Popik et al., 2017).

No que diz respeito ao desenvolvimento dos sentidos, a acuidade visual vai melhorando progressivamente, sendo conquistada a fixação binocular. Caso esta não tenha sido adquirida até aos quatro meses, deve ser efetuada uma avaliação para despiste de estrabismo, devendo ser este ser detetado o mais rápido possível de forma a evitar a cegueira. Aos sete meses, sensivelmente 28 semanas, o lactente é capaz de ajustar a sua postura para ver um objeto, consegue apanhar um brinquedo caído, inicia a preferência por cores como o amarelo e o vermelho, consegue distinguir formas geométricas simples, requer mais estímulos visuais que até então, e desenvolve a coordenação mão-olho. A partir das 28 semanas, tem a capacidade de fixar o olhar em pequenos objetos, começa a desenvolver a perceção de profundidade, embora esta possa estar presente antes dos sete meses, como um mecanismo de defesa. É também aos sete meses que o reflexo de paraquedista é observado, como um reflexo de proteção em caso de queda (Kid & Rodgers, 2019).

No que concerne à audição, entre as 24 e 32 semanas de vida, o lactente segue e localiza o som

a uma distância de 45 cm do ouvido, ao virar a cabeça na direção do som (Silva et al., 2020). Relativamente à comunicação, aos seis meses o lactente inicia a vocalização de monossílabos e dissílabos que produz quando brinca sozinho ou em interação com os outros. Dá gargalhadas e grita quando contrariado ou quando quer chamar a atenção (DGS, 2013a).

Relativamente ao sono, o lactente deve dormir uma média de 12 a 16 horas por dia, com recurso a duas a três sestas por dia (OE, 2023b; Vasconcelos et al., 2016). Após os seis meses de vida, se os pais assim o desejarem e se se demonstrar ser a escolha mais adequada para a sua dinâmica familiar, pode ser abordada a temática do quarto próprio (DGS, 2013a).

É também durante esta importante fase da vida que ocorrem as grandes transformações neuromotoras e cognitivas. Segundo Erikson, durante o primeiro ano de vida o lactente desenvolve o sentido de confiança em si, nos outros e no ambiente em que se insere, confiando que as suas necessidades serão atendidas. A confiança adquirida na infância é a base para o sucesso das fases desenvolvimentais subsequentes. É a confiança que permite ao lactente a sensação de conforto e segurança que o possibilita a experienciar situações novas, com o mínimo de medo associado (Papalia & Martorell, 2021). Erikson dividiu o primeiro ano em dois estádios distintos orais e sociais. Inicialmente, durante os primeiros quatro meses de vida, as atividades sociais mais importantes passam pela alimentação e pela capacidade de agarrar objetos. O tato demonstra-se um estímulo de extrema importância para a aquisição da sensação de confiança por parte do lactente. Aos oito meses, durante o segundo estádio, a modalidade mais ativa é a mordida. Os lactentes aprendem que podem agora controlar melhor o ambiente, como por exemplo, segurar algo que seja deles. Nesta fase surge um dos primeiros conflitos. Se estiverem a ser amamentados, depressa aprendem que se morderem provocam dor à mãe. Por outro lado, morder alivia o desconforto causado pela erupção dentária e dá uma sensação de controlo e poder. Este conflito tem uma variedade de soluções, como remover o bebé da mama após término de padrão de sucção forte, com recurso a chupeta para o bebé poder trincar e manter uma experiência de amamentação prazerosa. O sucesso da resolução deste conflito é muito importante para a ligação mãe-filho porque o lactente já reconhece na mãe a pessoa mais importante na sua vida (Kid & Rodgers, 2019).

Segundo Piaget, relativamente ao desenvolvimento cognitivo, o período entre o nascimento e os 24 meses, designa-se por fase sensoriomotor, constituído por seis estádios. Aos oito meses, o lactente progride do comportamento reflexo para comportamentos de imitação simples. Durante esta fase ocorrem três eventos importantes. O primeiro relaciona-se com a separação, em que o lactente aprende a separar-se dos objetos do ambiente em que se encontra. É nesta fase que se apercebe que os outros também controlam o ambiente e que são necessários alguns ajustes para que haja satisfação de todos, o que coincide com o conceito de confiança e regulação da frustração de Erikson anteriormente descrito (Humphreys et al., 2015). O segundo evento é a conquista do conceito de permanência dos objetos e a percepção de que os objetos que não estão no seu campo visual continuam a existir. Durante os primeiros seis meses o

lactente acredita que o objeto apenas existe se estiver visível. A reação a objetos externos é evidente quando este continua a ser lembrado mesmo não estando visível. A permanência do objeto é uma componente crítica na ligação entre os pais e o lactente sendo observado no desenvolvimento da ansiedade de separação entre os seis e os oito meses. Um comportamento típico que é exemplo disso mesmo acontece quando um lactente procura um objeto que está escondido atrás de uma almofada ou cadeira, ou quando remove um pano que cobria um brinquedo, o que sugere que o lactente tem agora a capacidade de reter a imagem mental do objeto que não se encontra no seu campo de visão (Kid & Rodgers, 2019). O afeto, com a demonstração de emoções e sentimentos torna-se evidente, com o desenvolvimento da percepção de permanência. Esta capacidade agora adquirida tem sido utilizada para explicar a reação à aproximação de estranhos e à separação do principal cuidador, que se inicia pelos sete aos nove meses de idade (Humphreys et al., 2015). O terceiro e último evento relaciona-se com a capacidade de utilizar símbolos, ou a representação mental. Esta capacidade permite ao lactente pensar num objeto ou situação sem que a esteja a vivenciar, representando o início da compreensão do tempo e espaço (Kid & Rodgers, 2019).

Nesta fase do desenvolvimento, as reações são repetidas e prolongadas até que resulte numa resposta. O agarrar e segurar evoluem para o abanar, bater e puxar o objeto. Os lactentes, aos 8 meses de idade, abanam os objetos para ouvir o barulho, não apenas pelo prazer de o abanar. A qualidade e a quantidade de uma ação tornam-se para ele mais evidentes. A percepção de que abanar mais ou menos um objeto produz uma resposta diferente está agora presente. O entendimento da causalidade, do tempo, da intenção e da separação do ambiente começam a evoluir. Três novos processos do comportamento humano começam a evidenciar-se. A imitação, que requer a seleção dos vários eventos a imitar, sendo capaz de imitar sons e simples gestos. Atuar e fazer de conta torna-se evidente uma vez que o lactente demonstra prazer em atuar algo que já consiga fazer bem. Muitas das horas acordadas são passadas a brincar (Humphreys et al., 2015). Talvez a descoberta com maior impacto no desenvolvimento cognitivo em termos sociais e emocionais do lactente seja a descoberta da intersubjetividade. Esta relaciona-se com as alterações que ocorrem a nível do comportamento do lactente, que parecem indicar que o mesmo tem percepção de que as suas experiências, podem ser partilhadas com os outros. Tal aspeto representa uma descoberta muito importante para o lactente, que irá ter profundas repercussões no futuro desenvolvimento de empatia (Smith-Flores & Powell, 2023).

A par de uma grande evolução cognitiva, o lactente vai desenvolvendo uma atividade física exploratória, e uma socialização crescentes. Estas aquisições permitem-lhe descobrir o ambiente que o rodeia e interagir com ele. Aos sete meses aprende a deslocar-se através do movimento de gatinhar. A evolução motora manifestada aos sete meses permite que o lactente se sente sem suporte; responda ao seu nome quando verbalizado; encontre objetos parcialmente escondidos; inicie movimentos de báscula com a boca para moer alimentos e leve alimentos à boca, sozinho (controle oculomotor) (DGS, 2019c). A motricidade fina inclui o uso

das mãos e dos dedos de forma a controlar e agarrar objetos. sendo que aos 8 meses o lactente é capaz de utilizar os dedos polegar e indicador para esse efeito. A motricidade grossa, por outro lado, relaciona-se com o desenvolvimento da postura, com o controlo e equilíbrio da cabeça, com a capacidade de sentar, gatinhar, levantar e andar. A locomoção inclui a capacidade de tolerar o peso do corpo, impulsionar o corpo para a frente com as quatro extremidades, levantar-se com apoio e finalmente caminhar. Aos 7 meses o lactente consegue tolerar o peso em ambas as pernas, de pé, desde que com suporte. Por vezes a locomoção inicia-se com rastejar, seguido de gatinhar, outras vezes inicia pelo gatinhar diretamente (Kid & Rodgers, 2019).

A erupção dentária é um processo fisiológico e apresenta-se como um dos períodos mais desafiantes na vida do lactente e dos seus pais. Embora possa apresentar variações entre diferentes crianças, a erupção do primeiro dente geralmente ocorre entre os seis e os dez meses, iniciando com os dentes incisivos centrais inferiores. É comum que cause desconforto, sendo alguns dos sinais apresentados pelo lactente o salivar, rubor nas gengivas, e maior necessidade de morder objetos. No entanto, há lactentes que apresentam sintomas mais marcados, como a irritabilidade, alteração do sono, ligeiro aumento da temperatura corporal e diminuição de apetite por alimentos sólidos. No entanto, a erupção dentária não causa febre, sendo importante vigiar sinais como febre, vômitos e diarreia, por forma a despistar a sua causa (Kid & Rodgers, 2019). Como a erupção dentária se relaciona com a inflamação da gengiva, o frio apazigua o desconforto e ajuda a diminuir a inflamação. A utilização de colares com mordedores ou chupetas está contra-indicado pelo risco de obstrução da via aérea. O recurso à aplicação de gel nas gengivas está desaconselhado pela absorção de medicação resultante da sua utilização (Raab, 2023).

Um lactente que continue a ser amamentado após os seis meses de vida tem por norma, um aumento de peso menor que um lactente que seja alimentado com leite adaptado, sem que, no entanto, haja diferenças no crescimento do perímetro cefálico (Kid & Rodgers, 2019). No primeiro semestre de vida, o leite materno, rico em gordura, ou o leite adaptado, na sua ausência, garante em exclusivo, o suprimento das necessidades para o rápido crescimento somático e a acelerada maturação que ocorre a nível do sistema nervoso central. A partir dos seis meses, a desaceleração da velocidade de crescimento, o aumento da atividade motora espontânea e consequente exploração do meio que o rodeia, obrigam a uma mudança no perfil da oferta alimentar, traduzida por uma menor necessidade de energia e gordura e uma maior necessidade em hidratos de carbono, fonte de eleição para o trabalho muscular.

Finalmente, é durante esta fase da vida que o volume gástrico vai aumentando progressivamente, em que vai ocorrendo a maturação das enzimas digestivas, o que irá permitir a digestão de outros alimentos que não o leite. Os tempos de aquisição e maturação das capacidades motoras, neuro-cognitivas e metabólicas são “janelas de treino” de excelência para a programação de um comportamento alimentar adequado e garantem um crescimento e

desenvolvimento saudáveis (DGS, 2019c). Desta forma, depois dos seis meses de idade, uma vez que a alimentação exclusivamente láctea não supre as necessidades energéticas, torna-se necessária a introdução de outros alimentos na dieta. Ao período durante o qual decorre a introdução de outros alimentos na dieta do lactente, para além do leite (materno ou fórmula infantil), em simultâneo com a redução gradual do aporte lácteo e até à introdução no modelo da dieta familiar, denomina-se “diversificação alimentar” (European Food Safety Authority, 2010). Este constitui-se como um momento de grande importância no crescimento da criança, desempenhando um papel determinante na saúde futura (Alvisi et al., 2015). Preconiza-se o seu início após os primeiros seis meses, devendo a oferta alimentar ser baseada na variedade e qualidade (DGS, 2019c). A escolha dos alimentos oferecidos, deve ser feita em congruência com a cadeia alimentar e a roda dos alimentos (Rodrigues et al., 2006). Por uma questão de segurança, bem como pela componente de aprendizagem, o lactente deve ser alimentado sempre em posição sentada ou ligeiramente inclinado (a mais de 45º) (Associação Portuguesa de Nutrição (APN), 2019; DGS, 2019c).

Existem essencialmente três métodos de realização da diversificação alimentar, sendo eles o tradicional, o Baby Led Weaning (BLW) e o Baby Led Introduction of Solids (BLISS) (APN, 2019). Segundo o método tradicional, os primeiros alimentos deverão ser oferecidos através de uma colher específica para a idade, e ter uma textura cremosa, transitando progressivamente para texturas menos homogéneas e mais granulosas à medida que o lactente demonstre ter um bom controlo da moagem/mastigação/deglutição, até à introdução do alimento sólido e aquisição de total autonomia (DGS, 2019c). A quantidade e qualidade nutricional dos alimentos ingeridos é controlada pelos pais, que devem reconhecer sinais de saciedade e fome. Este método permite que os pais acompanhem e supervisionem a refeição, bem como o controlo no risco de engasgamento (APN, 2019).

O BLW é um método alternativo de introdução alimentar, concretamente no que diz respeito à forma como o alimento é oferecido ao lactente, cuja particularidade reside no facto de permitir que os lactentes sejam os protagonistas do processo alimentar, promovendo a autoalimentação, em que o lactente utiliza as mãos para agarrar os alimentos picados, moídos ou cortados aos pedaços que lhe são oferecidos (DGS, 2019c). Este método pretende respeitar a quantidade, a seleção e o ritmo de ingestão dos alimentos por parte do lactente (Branco, 2023). Deve ser iniciado a partir dos seis meses de vida, após observação de sinais de prontidão (DGS, 2019c).

O BLISS, é um método misto entre o tradicional e o BLW, mais centrado nas questões nutricionais, que surgiu como resultado da investigação realizada por cientistas neozelandeses, por forma a dar resposta às preocupações relacionadas com a realização do método BLW, como: a discrepância entre o que é oferecido e o que é efetivamente ingerido, com consequente risco de desequilíbrio nutricional, o risco de obstrução da via aérea e de défice de ferro (Branco, 2023). Este método defende que as refeições sejam constituídas por um alimento rico em ferro e outro alimento altamente energético, devendo estes ser preparados de acordo com a idade e

estádio de desenvolvimento do lactente, com a evicção de alimentos de risco para o engasgamento (DGS, 2019c). Assim, o BLISS assenta, à semelhança do BLW, no princípio da oferta dos alimentos, permitindo que o lactente se autoalimente, sendo que ambos os métodos promovem a autonomia, estimulam a aquisição de competências e fomentam a interação social entre os membros da família (Branco, 2023).

Não existe atualmente nenhuma regra definida relativamente à sequência da introdução dos diferentes grupos de alimentos ou dos alimentos, adquirindo as características individuais, mas particularmente os aspetos culturais, uma relevância não desprezível. Assim, ao assumir que haverá diferentes práticas decorrentes da multiculturalidade crescente da nossa sociedade, a European Society for Paediatric Gastroenterology (2017) apela ao equilíbrio, adotando uma atitude liberal nas suas indicações (Fewtrell et al., 2017). As mesmas indicam que todos os alimentos podem ser introduzidos a partir da diversificação alimentar, com exceção do sal, do açúcar, do mel, das bebidas açucaradas e dos chás. O recurso a leite de vaca como fonte láctea principal até aos 12 meses encontra-se desaconselhado (Fewtrell et al., 2017).

UCC

As UCC constituem uma das unidades funcionais dos ACES, apresentando autonomia na sua organização e colaboração com as restantes unidades funcionais do ACES. Geralmente estão localizadas nas instalações do centro de saúde ao qual pertencem, atuam a nível comunitário, orientando a sua intervenção pelas necessidades da população. A missão destas unidades é contribuir para a melhoria do estado de saúde da comunidade abrangida, com o objetivo de alcançar ganhos em saúde. As UCC fornecem cuidados de saúde, apoio psicológico e social, com enfoque em serviços domiciliários e comunitários, destinados a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situações de maior risco, dependência física e funcional, ou doença que necessite de acompanhamento próximo. Além disso, desempenham um papel importante na educação para a saúde, integração em redes de apoio à família e implementação de unidades móveis de intervenção (Despacho n.º 10143/2009 do Ministério da Saúde, 2009). A valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, é trabalhada através da intervenção do enfermeiro na melhoria do conhecimento dos pais e outros cuidadores sobre temáticas relevantes, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde (DGS, 2013a).

Os programas e projetos das UCC integram-se no plano de ação do ACES, em colaboração com a USF, da UCSP, Unidade de Saúde Pública (USP) e a equipa coordenadora local, no âmbito da RNCCI. As atividades englobam áreas como o diagnóstico de saúde da comunidade, intervenções em programas de proteção e promoção de saúde, projetos de intervenção com grupos vulneráveis e intervenção domiciliária no contexto da RNCCI (Despacho n.º 10143/2009 do Ministério da Saúde, 2009). Em suma, as UCC desempenham um papel crucial na promoção

da saúde, prevenção de doenças e no apoio às comunidades locais, atendendo às necessidades específicas de cada população.

Transição

À luz da Teoria das Transições (Meleis et al., 2000), a Olívia enquanto lactente, não vivencia transição. A sua mãe, por outro lado, encontra-se a vivenciar uma transição do tipo desenvolvimental, relativa ao seu papel parental. Os períodos de transição estão associados a momentos de vulnerabilidade, que podem resultar num aumento da sensação de maior insegurança. Assim, a necessidade do recurso a uma consulta de enfermagem para esclarecimento de dúvidas surgiu de vários episódios e eventos geradores de stress, que se não forem resolvidos, podem ter um impacto negativo na vivência da transição. Estes eventos obrigaram à aquisição de novos conhecimentos e capacidades relacionadas com a gestão da amamentação, da diversificação alimentar, da seleção do momento adequado para realizar a mudança de quarto da Olívia e por fim, na segurança em atuar face ao choro da Olívia, mesmo em situações em que os seus familiares e amigos têm opiniões contrárias à da mãe, que geram dúvida e afetam a autoconfiança na gestão do choro da filha. O enfermeiro pode assim intervir, de forma a facilitar a aquisição de mestria e integridade fluída do seu papel desenvolvimental (Meleis et al., 2000).

6.2. Clientes

Cliente

Lactente | Idade: 7 meses | Feminino

Mãe/Pai

05-01-2024 10:30

05-01-2024 10:30 - Figura parental principal: mãe.

05-01-2024 10:30 - Distância casa/hospital: 10 Km.

05-01-2024 10:30 - Número de outros filhos: 0.

05-01-2024 10:30 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

05-01-2024 10:30 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

05-01-2024 11:30

05-01-2024 11:30 - Figura parental principal: mãe.

05-01-2024 11:30 - Distância casa/hospital: 10 Km.

05-01-2024 11:30 - Número de outros filhos: 0.

05-01-2024 11:30 - Tipologia de cuidados que presta em casa: desenvolvimental.

05-01-2024 11:30 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

6.3. Domínios

Início

05-01-2024 10:30

05-01-2024 10:30

05-01-2024 10:30

05-01-2024 10:30

Domínios

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

Comportamentos para amamentar

Comportamentos de ligação filho-mãe/pai

Lactente

Fim

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

Comportamentos para amamentar

A Olívia foi exclusivamente amamentada até aos seis meses, idade em que iniciou o processo de diversificação alimentar, continuando a ser amamentada até ao momento da consulta. Pelo facto de já ter ocorrido a erupção dos primeiros dentes, a amamentação tornou-se desafiante por causar dor à mãe e pelos mais frequentes despertares durante o período da noite. Assim, este domínio foi selecionado como sendo pertinente uma vez que permite avaliar, promover e assistir na amamentação, bem como observar a efetividade da pega por parte da lactente.

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

A avaliação da satisfação da mãe e pai relativamente à sua filha, a afetividade e dedicação que demonstram para com ela e a forma como a família se adapta ao novo membro é de extrema importância na deteção de sinais de alerta que necessitem de intervenção (DGS, 2013a). A consulta de enfermagem em contexto de UCC apresenta-se como uma excelente oportunidade de observar a interação da mãe e pai com a filha, dando oportunidade à colocação de dúvidas e ao seu esclarecimento. Desta forma é promovido o papel parental desenvolvimental, sendo a intervenção do enfermeiro direcionada para a melhoria do conhecimento dos pais sobre temas em que apresentem lacunas. Os pais da Olívia estiveram ambos presentes durante a consulta, expondo dúvidas e participando ativamente na conversa e reflexão geradas, através da exposição das suas questões. Ambos se mostraram dedicados e carinhosos relativamente à Olívia, fazendo carícias, pegando nela ao colo e brincando com ela durante a consulta. O estabelecimento de uma ligação entre a mãe/pai e a filha é essencial para o seu saudável e equilibrado desenvolvimento (Kid & Rodgers, 2019), bem como para o desempenho saudável do papel parental.

Comportamentos de ligação filho- mãe/pai

O processo de vinculação consiste na ligação emocional entre o recém-nascido/lactente e os pais, com formação de laços afetivos (ICN, 2019), que se vai tornar na base de todas as relações futuras da criança, ao longo da sua vida. A promoção de comportamentos de vinculação deve ser feita o mais rapidamente possível após o nascimento, contribuindo para um desenvolvimento equilibrado e saudável do recém-nascido (Querido et al., 2020). A Olívia com quase oito meses de vida, já demonstra comportamentos de vinculação direcionados para ambos os pais, através do sorriso, da procura de atenção através de vocalizações de monossílabos, e dissílabos, e já dá gargalhadas (DGS, 2013a).

Lactente

Durante a fase desenvolvimental entre os 28 dias de vida e o primeiro ano, a criança é denominada de lactente (Barroso et al., 2022; Department of Health Republic of South Africa, 2012). Uma vez que a Olívia tem 7 meses, encontra-se na fase desenvolvimental de lactente. A escolha deste domínio permite ainda aceder às temáticas relacionadas com o papel parental desenvolvimental, sobre os temas que causam dúvida aos pais, como sendo: a ingestão

nutricional, relacionada com a diversificação alimentar; como gerir os despertares noturnos; quando mudar a Olívia do quarto dos pais para o seu quarto; e ainda como lidar com o choro da Olívia, face à pressão dos familiares e pares sobre como agir face ao choro de um lactente. A atuação do enfermeiro pode ser muito significativa em todas as áreas descritas, de forma a facilitar o processo de aquisição de mestria pelos pais no seu papel parental.

6.4. Conceção de Cuidados

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

05-01-2024 10:30

05-01-2024 10:30 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

05-01-2024 10:30 - Comportamentos de ligação pai-filho: facilitador.

05-01-2024 10:30 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho

05-01-2024 10:30 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho [Na próxima consulta]

05-01-2024 10:30 - Avaliar evolução da ligação pai-filho [Na próxima consulta]

Comportamentos para amamentar

05-01-2024 10:30

05-01-2024 10:30 - Oferece a mama quando reconhece sinais de fome.

05-01-2024 10:30 - Adota posição confortável para facilitar o mamar.

05-01-2024 10:30 - Termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade.

05-01-2024 10:30 - Utiliza estratégias para estimular o mamar.

05-01-2024 10:30 - Com manifestações de pega adequada.

05-01-2024 10:30 - Amamentação

05-01-2024 10:30 - Determinar evolução da amamentação

05-01-2024 10:30 - Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar [Na próxima consulta]

05-01-2024 10:30 - Promover papel parental desenvolvimental: gestão da amamentação

05-01-2024 10:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre amamentação

05-01-2024 10:30 - necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-01-2024 11:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre amamentação

05-01-2024 11:30 - facilitador [MELHOROU].

05-01-2024 11:30 - Capacidade da mãe para amamentar

05-01-2024 11:30 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-01-2024 11:30 - Autoeficácia da mãe para amamentar

05-01-2024 11:30 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-01-2024 10:30 - Significado atribuído pela mãe/pai à amamentação: não

dificultador.

05-01-2024 10:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre amamentação [RESOLVIDO] 05-01-2024 11:30

05-01-2024 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre amamentação [Após realização de informoterapia sobre a gestão da amamentação face à erupção dentária] [FIM] 05-01-2024 11:30

05-01-2024 10:30 - Ensinar mãe/pai sobre amamentação [Na fase inicial do contacto] [FIM] 05-01-2024 11:30

05-01-2024 10:30 - Ensinar mãe/pai sobre padrão de sucção [Na fase inicial do contacto] [FIM] 05-01-2024 11:30

05-01-2024 11:30 - Potencial da mãe para melhorar capacidade para amamentar

05-01-2024 11:30 - Avaliar evolução da capacidade da mãe para amamentar [Na próxima consulta]

05-01-2024 11:30 - Instruir mãe a amamentar [Neste contacto]

05-01-2024 11:30 - Treinar mãe a amamentar [Neste contacto, após realização da intervenção Instruir]

05-01-2024 11:30 - Potencial da mãe para melhorar autoeficácia para amamentar

05-01-2024 11:30 - Avaliar evolução da autoeficácia da mãe para amamentar [Na próxima consulta]

05-01-2024 11:30 - Elogiar o desempenho da mãe/pai [Neste contacto]

05-01-2024 11:30 - Analisar com a mãe/pai os resultados alcançados [No final da mamada]

05-01-2024 10:30 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: gestão da amamentação [Após indicadores de processo facilitadores]

05-01-2024 11:30

05-01-2024 11:30 - Oferece a mama quando reconhece sinais de fome [MANTEVE].

05-01-2024 11:30 - Adota posição confortável para facilitar o mamar [MANTEVE].

05-01-2024 11:30 - Termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade [MANTEVE].

05-01-2024 11:30 - Utiliza estratégias para estimular o mamar [MANTEVE].

05-01-2024 11:30 - Com manifestações de pega adequada [MANTEVE].

Comportamentos de ligação filho-mãe/pai

05-01-2024 10:30

05-01-2024 10:30 - Comportamentos de vinculação: ativo na procura de proximidade e contacto com a mãe, através da locomoção e o agarrar; protesta na sua ausência e evidencia contentamento quando ela volta; começa a tratar estranhos com precaução.

05-01-2024 10:30 - Determinar evolução da vinculação

05-01-2024 10:30 - Avaliar evolução da vinculação [Na próxima consulta]

Lactente

05-01-2024 10:30

05-01-2024 10:30 - Lactente

05-01-2024 10:30 - Promover papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional

05-01-2024 10:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre diversificação alimentar: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-01-2024 11:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre diversificação alimentar: facilitador [MELHOROU].

05-01-2024 10:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre diversificação alimentar [RESOLVIDO] 05-01-2024 11:30

05-01-2024 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre diversificação alimentar [Após realização de informoterapia sobre a diversificação alimentar do lactente] [FIM] 05-01-2024 11:30

05-01-2024 10:30 - Ensinar mãe/pai sobre diversificação alimentar [Na fase inicial do contacto] [FIM] 05-01-2024 11:30

05-01-2024 10:30 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional [Após indicadores de processo facilitadores]

05-01-2024 10:30 - Promover papel parental desenvolvimental: sono/repouso

05-01-2024 10:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre sono da criança: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-01-2024 11:30 - Conhecimento da mãe/pai sobre sono da criança: facilitador [MELHOROU].

05-01-2024 10:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre sono da criança [RESOLVIDO] 05-01-2024 11:30

05-01-2024 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre o sono da criança [Após realização de informoterapia sobre o sono do lactente] [FIM] 05-01-2024 11:30

05-01-2024 10:30 - Ensinar mãe/pai sobre sono [Na fase inicial do contacto] [FIM] 05-01-2024 11:30

05-01-2024 10:30 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: sono/repouso [Após indicadores de processo facilitadores]

05-01-2024 10:30 - Promover papel parental desenvolvimental: lidar com o choro

05-01-2024 10:30 - Autoeficácia da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do lactente: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-01-2024 10:30 - Potencial da mãe/pai para melhorar autoeficácia para usar estratégias para lidar com o choro do lactente

05-01-2024 10:30 - Avaliar evolução da autoeficácia da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do lactente [Na próxima consulta]

05-01-2024 10:30 - Elogiar o desempenho da mãe/pai [Na fase inicial do contacto] [FIM] 05-01-2024 11:30

05-01-2024 10:30 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: lidar com o choro [Após indicadores de processo facilitadores]

6.5. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da ligação mãe-filho

- Observar a forma como a mãe interage com a Olívia durante a consulta, como sendo, a realização de carícias, dar colo, brincar e estar atenta à sua linguagem corporal;
- Observar o interesse da mãe, nas questões que coloca, relativamente ao saudável desenvolvimento da Olívia;

Ensinar mãe/pai sobre amamentação

- Se a Olívia fizer uma pega correta, com o mamilo no palato mole, e a língua bem colocada, os dentes do maxilar inferior não tocam na mama, o que impede o movimento necessário para morder;
- A erupção dentária não implica que amamentar não seja possível ou indicado;
- A mãe pode continuar a amamentar, em livre demanda, sendo esta ainda a maior fonte nutritiva da Olívia, apesar de ter sido iniciada a diversificação alimentar;
- Retirar a mama com acesso ao 5º dedo, por forma a quebrar a força de sucção quando se aperceber de que o padrão de sucção da Olívia já se alterou para sucção não nutritiva;
- Podem ocorrer episódios de recusa por parte da lactente em ir à mama durante a erupção dentária, motivados pelo desconforto na cavidade oral;
- Por outro lado, morder provocará alívio na gengiva, sendo esse o motivo pelo qual os lactentes mordem a mama;
- Se a Olívia morder a mama, remover da mama como anteriormente descrito e comunicar de forma calma mas firme que não deve morder. Evitar gritar para não assustar a lactente;
- Antes de amamentar, pode ser oferecido um mordedor fresco, ou passar um pano fresco nas gengivas, de forma a promover a sensação de alívio;

Ensinar mãe/pai sobre diversificação alimentar

- A diversificação alimentar é caracterizada pela introdução progressiva de outros alimentos, para além do leite (materno ou fórmula), com redução gradual do volume deste e até à introdução na dieta familiar;
- A oferta alimentar durante esta importante fase deve ser baseada na qualidade e variedade ampla de alimentos, com intervalo de inclusão entre si;
- Devem ser oferecidos alimentos que integram a cadeia alimentar e a “roda dos alimentos”;
- Não devem ser oferecidos alimentos processados. Não deve ser adicionado sal ou açúcar à confeção culinária. Não devem ser oferecidos sumos (nem naturais, nem artificiais) ou chá.
- Aos sete meses de vida, a Olívia já pode comer todo o tipo de alimentos, já é capaz de realizar movimentos rítmicos com a boca, designados de movimentos de báscula;
- Estes movimentos indicam capacidade para moer alimentos progressivamente menos homogéneos, sendo um movimento precursor da mastigação e independente da dentição;

- Reforçar que as hortícolas apresentam variado conteúdo de fibra, sendo que o brócolo apresenta um médio conteúdo em fibra, podendo contribuir para a flatulência e maior distensão abdominal que pode causar desconforto;
- No sétimo mês, os elementos proteicos (carne, peixe e tofu) podem ser oferecidos sob a forma de farinha de pau ou açorda (pão sem sal) com hortícolas para se iniciar o treino de texturas;
- Incentivar a continuação da oferta de hortícolas como o brócolo na alimentação da Olívia, sendo esta uma fase de alteração de estímulos e rotinas alimentares, para as quais a Olívia necessita de tempo para se ajustar;

Elogiar o desempenho da mãe/pai

- Relativamente ao choro:
- Encorajar a mãe face ao seu comportamento em resposta ao choro da Olívia, incentivando-a a manter uma reação responsiva ao choro da filha;
- Validar e reforçar os comportamentos descritos pela mãe face ao choro da Olívia;
- Relativamente à gestão da amamentação:
- Encorajar a mãe quanto ao esforço feito no sentido de diminuir estímulos, enquanto técnica utilizada na gestão da amamentar;
- Incentivar a mãe a observar o padrão de sucção da Olívia enquanto amamenta e encorajá-la a identificar as mudanças sentidas na sucção;
- Validar as técnicas utilizadas pela mãe de forma a colmatar o desafio de amamentar a Olívia nesta fase específica, relativa à erupção dentária;

Ensinar mãe/pai sobre sono

- Esclarecer as dúvidas sobre as orientações relativas à mudança de quarto da Olívia;
- O lactente deve permanecer no quarto dos pais até aos seis meses, após os quais poderá ser decidido pelos mesmos, qual a estratégia que melhor se adapta à vivência familiar;
- É frequente que a lactente apresente episódios de choro durante o sono, podendo ser o desconforto abdominal decorrente da reação intestinal aos novos alimentos introduzidos, um dos motivos responsáveis, sem que no entanto a lactente acorde totalmente do sono;
- Quando a Olívia chorar à noite, utilizar estratégias para a acalmar, como o contacto breve, calmo e monótono, e o uso de objetos de transição, de forma a promover o adormecimento de forma independente;

Ensinar mãe/pai sobre padrão de sucção

- Observar o padrão de sucção do lactente;
- A sucção é considerada efetiva quando ocorre remoção e transferência de leite da mama da mãe para a boca do RN/lactente e é normalmente acompanhada de sons de deglutição;
- A sucção não nutritiva ocorre quando o RN/lactente mama no dedo, chupeta, tetina ou mama, sem que haja transferência de leite para a cavidade oral.
- O padrão da sucção não nutritiva é semelhante ao da sucção efetiva, mas mais rápido por não envolver deglutição.
- Caso a Olívia se apresente adormecida, distraída, ou tiver parado de sugar e engolir o leite materno, é a altura certa para a remover da mama;

- A mordida da mama é mais frequente quando a lactente já está satisfeita e a sucção já não é nutritiva;

Avaliar evolução da ligação pai-filho

- Observar a forma como o pai interage com a Olívia durante a consulta, como sendo, a realização de carícias, dar colo, brincar e estar atento à sua linguagem corporal;
- Observar o interesse do pai, através das questões que coloca, relativamente ao saudável desenvolvimento da Olívia;

Analisar com a mãe/pai os resultados alcançados

- Questionar a mãe se sentiu dor a amamentar e se a Olívia tentou morder em algum momento;
- Questionar a mãe se se sentiu mais confiante a amamentar a Olívia, pondo em prática as estratégias sugeridas, como a diminuição dos estímulos e distinção de padrões de sucção;

Instruir mãe a amamentar

- Colocar a Olívia numa posição confortável para si e para a lactente;
- Verificar a presença de sinais de pega adequada;
- Observar o ritmo e padrão de sucção da Olívia, bem como ao seu comportamento por forma a identificar o momento em que a sucção já é não nutritiva;
- Remover a mama nesse momento, com auxílio do 5º dedo no canto da boca da Olívia, por forma a quebrar a força de sucção;
- Caso a Olívia morda a mama ou mamilo, remover a mama, dizer " não se morde" de forma firme mas calma;

6.6. Síntese relativa ao caso

A síntese deste documento encontra-se organizada em três tópicos relevantes para a exposição do meu pensamento crítico face à conceção de cuidados realizada. Assim, em primeiro lugar, demonstrarei os resultados que espero alcançar face aos diagnósticos identificados, seguidamente abordarei quais os contributos das intervenções selecionadas para o caso clínico e, por fim, irei expor a minha reflexão sobre as particularidades das decisões tomadas ao longo das duas sessões aqui documentadas.

1- Critérios de resultado

Relativamente aos diagnósticos identificados como “potencial para melhorar”, face ao papel parental desenvolvimental, a disponibilidade por parte dos pais em aprender é fundamental para que a atuação do enfermeiro seja efetiva. Neste caso, a mãe e o pai da Olívia demonstraram interesse e disponibilidade em melhorar o seu conhecimento sobre temas em que apresentavam lacunas, tendo sido a própria mãe a entrar em contacto, via email, com a

enfermeira da UCC, a requisitar uma consulta de esclarecimento de dúvidas. Assim foi considerado o momento apropriado para atuar, uma vez que existia por parte da mãe da Olívia vontade em aprender. As temáticas consideradas como prioritárias face às questões colocadas, incluíram a gestão da amamentação face aos desafios da erupção dentária da Olívia; como atuar face aos regulares despertares noturnos desde que iniciou a diversificação alimentar; a gestão do choro da Olívia face aos comentários dos familiares e amigos que incentivam a mãe a ignorar o choro e a diminuir o tempo de colo que oferece à Olívia, bem como o esclarecimento sobre quando é o momento adequado para mudar a Olívia para o quarto próprio. O meu objetivo foi atuar no sentido de melhorar aspetos que necessitavam de intervenção de forma a torná-los facilitadores e assim contribuir para a aquisição da mestria do papel parental.

Amamentar - Promover papel parental desenvolvimental: gestão da amamentação

Resultados esperados face ao Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre amamentação

- A mãe verbaliza que pode continuar a amamentar, mesmo depois do início da erupção dentária da filha;
- A mãe verbaliza a importância de uma adequada pega, garantindo que a boca da Olívia se encontra bem aberta, de forma a que consiga mamar adequadamente, diminuindo o risco de mordida;
- A mãe verbaliza que pode retirar a mama com acesso ao 5º dedo, por forma a quebrar a força de sucção, sempre que se aperceber de que o padrão de sucção da Olívia se alterou para sucção não nutritiva (de conforto ou quando esta adormece);
- A mãe verbaliza que pode continuar a amamentar, em livre demanda, sendo esta, ainda, a maior fonte nutritiva da lactente, apesar de ter sido iniciada a diversificação alimentar;

Resultados esperados face ao Potencial da mãe/pai para melhorar a capacidade sobre a amamentação

- A mãe é capaz de identificar os sinais de uma pega adequada;
- A mãe é capaz de identificar os diferentes padrões de sucção e agir de forma a diminuir o risco de mordida da mama;
- A mãe é capaz de remover a Olívia da mama de forma segura, através da utilização do 5º dedo, para quebrar a sucção;
- A mãe é capaz de comunicar com a Olívia em caso de mordida da mama, de forma firme mas não brusca, após a qual acarinha a filha, para que esta não se assuste mas perceba que não deve morder;

Resultados esperados face ao Potencial da mãe/pai para melhorar a autoeficácia

sobre a amamentação

- A mãe demonstra confiança na gestão da amamentação da filha, face à erupção dentária que se encontra a decorrer;
- A mãe demonstra segurança na implementação de estratégias para diminuir o risco de mordida da mama;
- A mãe demonstra segurança na atuação para diminuir o desconforto sentido pela Olívia, face à erupção dentária;

Lactente - Promover papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional

Resultados esperados face ao Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre diversificação alimentar

- A mãe verbaliza que o leite materno ainda é a maior fonte nutritiva da O., e que vai diminuindo gradualmente com a introdução de mais alimentos e de maior quantidade ingerida;
- A mãe verbaliza que todos os alimentos podem ser introduzidos na alimentação da Olívia, desde que não tenham sal, açúcar ou mel adicionados;
- A mãe verbaliza que a introdução de novos alimentos deve ser feita de forma a refletir uma dieta equilibrada e variada, com algum tempo (2 a 3 dias) entre a introdução de um novo alimento;
- A mãe verbaliza que alguns alimentos podem causar algum desconforto abdominal e flatulência à Olívia, como é exemplo do brócolo, devendo, no entanto, ser continuada a sua inclusão na alimentação, permitindo que a Olívia tenha tempo para se adaptar ao novo alimento;
- A mãe verbaliza que pode ser oferecida açorda ou farinha de pau, contendo proteína como o peixe ou carne, com hortícolas, para assim dar início ao treino de texturas;

Lactente - Promover papel parental desenvolvimental: sono/repouso

Resultados esperados face ao Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre sono da criança

- A mãe verbaliza que após os seis meses de vida, a Olívia já pode começar a dormir em quarto próprio;
- A mãe verbaliza que se a Olívia chorar durante a noite, sem acordar, o mais indicado é utilizar estratégias que a acalmem, sem aumento de estímulos, por forma a não quebrar o ciclo de sono;
- A mãe verbaliza que após os seis meses, a escolha do momento para mudança da Olívia para

o quarto próprio deve ser tomada pelos pais, tendo em conta a dinâmica familiar;

Lactente - Promover papel parental desenvolvimental: lidar com o choro

Resultados esperados face ao Potencial da mãe/pai para melhorar autoeficácia para usar estratégias para lidar com o choro do lactente

- A mãe verbaliza que sente confiança na atuação face ao choro da Olívia;
- A mãe demonstra confiança na gestão do choro da Olívia;
- A mãe demonstra segurança na atuação face ao choro da Olívia;

2- Contributos das intervenções face ao cenário clínico

Uma vez realizada a avaliação e a identificação das necessidades que apresentam compromisso, torna-se relevante refletir sobre quais os contributos resultantes da realização das intervenções de enfermagem face aos objetivos e prioridades traçados para este plano de cuidados. Desta forma, a intervenção "Avaliar evolução (..)" possibilita a vigilância sistemática e/ou a avaliação contínua da intervenção do enfermeiro, permitindo a continuidade e a deteção de alterações em algum foco, determinando se as intervenções de enfermagem alcançaram os critérios de resultado, ou se, por outro lado, é necessário realizar alguma alteração ou ajuste no plano de cuidados estabelecido (Dias & Duran, 2018). Permite também a avaliação do conhecimento da mãe de forma contínua, sobre um determinado foco sobre o qual apresenta lacunas no conhecimento, sendo essencial demonstrar interesse e disponibilidade em aprender. O enfermeiro pode assim intervir através da realização de informoterapia, em que é fornecida a informação certa e necessária à mãe/pai, no momento adequado, por forma a facilitar a vivência de transição, proporcionando o alcance da mestria (Meleis et al., 2000). A mãe e o pai da Olívia estiveram ambos presentes na consulta, demonstrando-se interessados, com a colocação de várias questões e dúvidas que tinham, o que permitiu a avaliação do seu conhecimento e a sua evolução ao longo do decorrer da consulta.

No que concerne à intervenção "Ensinar (...)", esta tem como objetivo fornecer informação sistematizada sobre uma determinada temática, relacionada com a saúde (ICN, 2019) sobre a qual a mãe/pai reconheceram ter lacunas no seu conhecimento e demonstraram ter interesse e disponibilidade para aprender. Desta forma, pude orientar a minha atuação de forma a melhorar o conhecimento e competências que lhes permitam uma melhor gestão na sua resposta às necessidades da filha Olívia, bem como na gestão da organização familiar, facilitando o seu processo de transição e contribuindo para a aquisição de mestria no seu novo papel parental (Meleis et al., 2000). Assim, foi fornecida informoterapia sobre a gestão da amamentação face à erupção dentária, sobre a diversificação alimentar e a sua evolução e sobre o sono, particularmente sobre quando realizar a mudança de quarto da Olívia para o quarto próprio.

Relativamente à intervenção "Elogiar (...)", esta relaciona-se com a expressão de aprovação por

alguém, pela forma como desempenha uma tarefa (ICN, 2019). Assim, através do elogio, pude intervir na autoeficácia da mãe relativamente à gestão do choro da sua filha Olívia. A baixa perceção da sua autoeficácia adveio da pressão sentida pelos pares (familiares e amigos) sobre como gerir o choro da filha, advogando que a deveria deixar chorar para que não se habitue ao colo ou se torne muito “possessiva” da sua mãe. Esta pressão e informação contínua dirigida à mãe, contrária à que ela própria acredita ser o melhor para a filha, como o dar colo, o contacto físico e a disponibilidade, faz com que se gere um conflito interior, que acaba por abalar a sua autoconfiança e por isso, consequentemente, a sua noção de autoeficácia. Após validar a informação facultada pela mãe sobre como ela acredita que deve gerir o choro da sua filha, pude elogiar a sua prestação e reforçar que o que pensa está de facto adequado à gestão do choro da Olívia. Mais tarde, ainda durante a consulta, pude recorrer a esta intervenção novamente, agora relativa à gestão da amamentação, uma vez que a mãe amamentou a filha durante a consulta e pode pôr em prática as estratégias sugeridas, as quais pude elogiar, promovendo a sua autoeficácia.

A intervenção de enfermagem “Instruir” tem como base o fornecimento de informação sistematizada sobre como fazer alguma coisa (ICN, 2019). Assim, de forma a dar respostas às necessidades da mãe da Olívia, que se encontrava com maior dificuldade em amamentar desde que teve início a erupção dentária da filha, tendo ocorrido alguns momentos menos agradáveis após a mordida accidental da mama, e tendo a mãe amamentado durante a consulta, decidi ser pertinente a realização desta intervenção, atuando na melhoria da sua capacidade em amamentar, utilizando como recurso as estratégias sugeridas até ao momento sobre a gestão da amamentação. Relativamente às intervenções de enfermagem do tipo “Treinar”, estas implicam o desenvolvimento de capacidades de alguém ou do funcionamento de alguma coisa (ICN, 2019) e são subsequentes às intervenções do tipo Instruir. Assim pretendi através deste tipo de intervenção contribuir para a melhoria da capacidade da mãe em amamentar a Olívia, nesta fase do seu desenvolvimento.

3- Reflexão face ao cenário clínico

O primeiro contacto teve lugar na sala reservada para o acompanhamento de mães que apresentem dificuldades ou questões relativas à amamentação, no espaço físico da UCC. Durante este primeiro contacto, face aos temas abordados no email enviado pela mãe à enfermeira EEESIP, a requisitar esta consulta para esclarecimento de dúvidas, decidi ser prioritário intervir na promoção do papel parental desenvolvimental relativo à gestão da amamentação e atuar no sentido de melhorar o conhecimento sobre a gestão da amamentação face à erupção dentária, uma vez que a mãe verbalizou que houve algumas ocasiões em que a Olívia mordeu a mama, sendo essa uma fonte de dúvida e preocupação para si. Ainda neste primeiro contacto, achei pertinente atuar na promoção do papel parental desenvolvimental referente à ingestão alimentar, uma vez que a mãe verbalizou ter tido a perceção que quando

oferece brócolo à Olívia, ela tende a ter mais episódios de choro durante a noite e desconforto abdominal, e que por isso estava indecisa se deveria continuar a incluir brócolo na dieta da sua filha ou eliminá-lo. Relativamente à decisão de atuar face ao papel parental desenvolvimental relacionado com o sono/repouso, decidi ser pertinente, uma vez que foi outra das temáticas que motivou a mãe a marcar esta consulta de esclarecimento, já que ela e o pai discordavam quanto ao momento certo para mudar a Olívia para o quarto próprio.

Não foi abordado o facto de existirem três métodos distintos para realizar a diversificação alimentar, pelo facto de essa informação já ter sido facultada à mãe antes dos seis meses da Olívia, e de a mesma já ter decidido seguir as normas preconizadas pela DGS, aplicando o método de diversificação alimentar tradicional.

Por fim, achei importante atuar sobre a autoeficácia da mãe face à gestão do choro da filha, tendo esta manifestado insegurança face à sua atuação quando a Olívia chora, resultante da pressão e informações contraditórias ao que pensa ser o mais adequado, que lhe são frequentemente dadas pelos pares. Assim, pude atuar na promoção do papel parental desenvolvimental relacionado com o lidar com o choro.

O segundo contacto refere-se à fase final do momento de consulta, em que pude não só realizar a avaliação do conhecimento, como dar início à instrução e treino de competências identificadas como tendo potencial para melhorar. Uma vez que a mãe amamentou a Olívia a meio da consulta, tive a oportunidade de intervir na melhoria da capacidade da mãe para amamentar a filha, aplicando estratégias para facilitar a amamentação da lactente em fase de erupção dentária, já com os primeiros dentes. Pude ainda, intervir na melhoria da autoeficácia para amamentar, através do elogio e análise de resultados obtidos durante a amamentação, de forma a tornar o processo de amamentação facilitador.

Relativamente à autoeficácia da mãe em lidar com o choro da filha, não considerei pertinente a sua avaliação novamente no segundo contacto, pelo facto de ser necessário tempo para que a mãe se sinta verdadeiramente capaz e confiante na forma como lida com o choro da filha, face aos comentários dos seus pares, não sendo expectável que o período de uma hora seja tempo suficiente para que ocorra essa mudança.

7. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Os cuidados de saúde, nos quais se enquadram a prestação de cuidados de enfermagem, apresentam uma tendência crescente de complexidade, exigindo uma maior competência técnica, científica, e diferenciação por parte dos profissionais de saúde (Regulamento n.º 140/2019, 2019). O enfermeiro especialista (EE), é alguém com reconhecida competência humana, técnica e científica, que presta cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialização (Assembleia da República, 2015). A atribuição do título de EE pressupõe a aquisição de um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de enfermagem, assim como, de competências específicas expressas no regulamento da respetiva especialidade em enfermagem. Importa mencionar que o conjunto de competências especializadas, comuns e específicas, acrescem às do enfermeiro de cuidados gerais, decorrendo do aprofundamento das mesmas (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

No sentido de obter este título, e para a aquisição das competências na área do EEESIP, o processo do desenvolvimento das mesmas teve lugar, essencialmente, durante a realização dos estágios, anteriormente, descritos. Esta análise resulta da imersão nos contextos da prática, com posterior reflexão sobre as aprendizagens realizadas durante a prestação de cuidados à criança/jovem/família.

O regulamento de competências específicas do EEESIP, concomitantemente com o perfil de competências comuns, baseia-se num conjunto de competências clínicas especializadas, que visam regular o exercício profissional especializado (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Pelo exposto, torna-se pertinente considerar o conceito de competência. Segundo Le Boterf (2005), esta resulta da interação e articulação entre três eixos: a pessoa, a formação e a experiência profissional, resultando num saber completo e capaz. A evolução do conceito de competência, segundo Ruthes & Cunha (2008) baseia-se também em três dimensões distintas: o conhecimento, as habilidades e as atitudes, englobando aspetos cognitivos, técnicos e sociais, presentes na atividade laboral, que se evidenciam na conclusão com sucesso, de uma determinada tarefa. De acordo com Sá & Paixão (2013), esta resulta de uma predisposição para atuar de forma adequada, relativamente a uma situação específica. Assim, ser competente é ser capaz de colocar em prática o que se sabe, num determinado contexto (Boterf, 1999). No caso específico do enfermeiro, no que diz respeito à sua prática profissional, esta exige competência, que integra vários elementos, como o conhecimento, a capacidade técnica, o comportamento, a capacidade de reflexão e os valores (Leal et al., 2022), conceitos estes que vão ao encontro do preconizado pela OE (2019) no regulamento de competências comuns do EE (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Neste sentido, é exigido ao EE deter competências comuns, transversais a todas as áreas de especialidade, que pretendem garantir qualidade de conceção, de gestão e de supervisão de cuidados, através da formação contínua, da aplicação da investigação na prática dos cuidados, e da assessoria dos mesmos. Estas competências encontram-se centradas nos domínios da "Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados, Desenvolvimento das aprendizagens profissionais" (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745). Relativamente às competências específicas, estas apresentam um campo de intervenção definido para a área de especialidade de ESIP, demonstrando um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde da criança/jovem/família (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Para a sua consecução, é essencial a realização do curso de MESIP, que possibilita o desenvolvimento de competências específicas na área da ESIP, através da sua componente formativa teórica e prática. Assim, importa reportar as competências específicas do EEESIP:

"Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; Cuida da criança/jovem e família em situações de especial complexidade; Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem" (Regulamento n.º 422/2018 p. 19192).

Durante a realização dos ENP no Módulo I e II, antes referidos, foi possível desenvolver competências de natureza geral e específica, que serão analisadas de seguida. A sua explanação será feita com base na organização dos documentos do Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e do Regulamento das Competências Específicas do EEESIP (Regulamento n.º 422/2018, 2018), seguindo a orientação hierárquica do domínio de competência, unidade de competência e critérios de avaliação. Por domínio de competência entende-se a esfera de ação, que agrupa um conjunto de competências que partilham os mesmos elementos e linha orientadora. Por sua vez, uma unidade de competência apresenta um significado claro e de reconhecido valor no processo de aquisição de competências, através de um segmento de competência de maior dimensão, com um conjunto de elementos semelhantes, que representam uma realização concreta. Por fim, o critério de avaliação, compreende um grupo de elementos, sob a forma de lista, que devem ser compreendidos como evidência do desempenho profissional, com competência, expondo as características dos resultados e o seu respetivo alcance (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Competências Comuns

O domínio da '**Responsabilidade profissional, ética e legal**', enquanto competência comum a todos os EE, é demonstrada através de uma prática profissional que respeita as normas legais e princípios éticos, subjacentes a um exercício profissional seguro, com capacidade de tomada de decisão alicerçada na deontologia, e nas especificidades e preferências do cliente. Desta forma, a deontologia norteia a profissão, apresentando-se como um conjunto de normas e

orientações, referentes a essa mesma profissão. Tem na sua base a moral e o direito, que indicam como se deve agir em determinadas circunstâncias, sendo as normas e orientações estabelecidas pelos próprios profissionais, no sentido de definir as boas práticas (Nunes et al., 2005). Segundo a orientação do Código Deontológico, o enfermeiro deve “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Nunes et al., 2005, p. 35). Concordantemente, o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) clarifica os conceitos, caracteriza os cuidados de enfermagem, especifica a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los, e define a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos profissionais. Esclarece também que o enfermeiro deve, “no exercício das suas funções, adotar uma conduta responsável, ética e de respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (OE, 2015b, pp. 101-102).

O ato de tomar decisões, muitas vezes complexas e de forma autónoma, acrescenta valor à profissão de enfermagem, já que apenas é possível alcançar a autonomia, se for possível decidir, tomando responsabilidade pelas decisões tomadas, e pelas respetivas consequências (Neves, 2002). Nesse sentido, é essencial conhecer o processo de tomada de decisão, de forma a poder desenvolver as competências necessárias à sua consecução, com base em conhecimento científico e na experiência profissional.

A tomada de decisão em enfermagem relaciona-se com um processo cognitivo, com base no conhecimento teórico, organizacional e ético do enfermeiro. Emerge como forma de resolver um problema, através da utilização do pensamento crítico, racional, emocional ou intuitivo (Vieira, 2018). É influenciada por fatores pessoais, fatores relativos ao utente, e fatores relacionados com a organização. Quanto aos primeiros, incluem a experiência profissional, a autonomia, a condição física e psicológica, a capacidade de comunicar, os valores, a educação, a capacidade de espírito crítico, e nível de compromisso. Relativamente aos organizacionais, dizem respeito aos recursos existente, ao suporte organizacional, carga de trabalho e número de utentes atribuídos ao enfermeiro, promoção de um ambiente de trabalho agradável, o conhecimento de normas/políticas e protocolos, estas últimas responsáveis por condicionar positivamente a tomada de decisão (Alaseeri et al., 2021). Em particular, nas situações em que há uma elevada afluência de utentes, manter o número de enfermeiros disponíveis para dar resposta à prestação de cuidados de enfermagem, pode interferir na tomada de decisão, resultando em decisões não otimizadas ao contexto circunstancial. Assim, para uma tomada de decisão eficaz, é relevante considerar os recursos existentes, a relação enfermeiro-doente e a estrutura organizacional de suporte, com adequação da carga de trabalho dos enfermeiros, em função do número de enfermeiros necessários para uma prestação de cuidados seguros e de qualidade (Lourenço et al., 2022).

Durante a realização dos estágios, pude desenvolver as minhas competências de tomada de

decisão, co-construída com os enfermeiros tutores, que sendo todos responsáveis de turno, e muitas vezes coordenadores da equipa de enfermagem, se depararam com situações complexas que obrigavam a uma rápida tomada de decisão, ponderando todos os elementos antes descritos. Esta experiência possibilitou-me a reflexão sobre o que seria a minha própria tomada de decisão perante os desafios com que fomos deparados ao longo do estágio, que incluíram situações previsíveis, mas também imprevisíveis. Alguns exemplos incluem situações de ausência não programada de um colega de turno, que obrigou à reorganização de toda a equipa, a admissão de múltiplos utentes pediátricos simultaneamente e instabilidade hemodinâmica de uma criança/adolescente. O estágio no SUPP foi um excelente local de estágio para o desenvolvimento da tomada de decisão, pela imprevisibilidade inerente ao contexto de urgência. O facto do enfermeiro tutor discutir comigo as decisões tomadas permitiu-me compreender o raciocínio por detrás de cada decisão, ver os desafios de outra perspetiva e refletir sobre as mesmas, o que considero ter sido uma importante mais-valia no meu processo de aprendizagem. Em contexto de cuidados primários na UCC, a tomada de decisão foi fundamental no desenvolver do trabalho da enfermeira tutora, que realiza consulta de amamentação, sessões de educação para a saúde e visita domiciliária, tomando as decisões de forma autónoma.

Adicionalmente, a tomada de decisão esteve também presente ao nível da prestação de cuidados, em todos os locais de estágio pela sua inerência ao exercício da profissão. Na UCIN, após a passagem de turno, considerando as necessidades do RNPT, era decidido por mim e pelo enfermeiro tutor, como organizar o dia, relativamente aos procedimentos necessários, a priorização do sono do RNPT, qual o momento mais adequado para a realização de cuidados pele com pele com pais, entre outros. O mesmo se aplicou ao Internamento de Oncologia, onde eu e a enfermeira tutora, conjuntamente, desenvolvíamos a nossa conceção de cuidados para cada turno, considerando os exames complementares de diagnóstico, tratamentos ou procedimentos necessários, de forma a causar menor disrupção no dia da criança.

Este domínio, sendo basilar à prestação de cuidados de enfermagem, é fundamental na prática do EE, que tem responsabilidade acrescida na garantia da adequação dos cuidados e do respeito pela integridade do utente. Durante a realização dos ENP, tive oportunidade de enriquecer e ampliar as competências inerentes a este domínio, através da aplicação dos princípios éticos, legais e deontológicos que norteiam a profissão de Enfermagem, mobilizando os conhecimentos adquiridos na unidade curricular “Epistemologia e Ética de Enfermagem”, e os princípios deontológicos e regulamentares, anteriormente, referidos. Os ENP que realizei foram norteados pelos princípios da responsabilidade profissional, respeito pela criança/jovem/família, e pelos membros das equipas multidisciplinares dos diferentes contextos. A opinião da criança com capacidade de discernimento foi respeitada enquanto direito de se exprimir livremente sobre as questões que lhe dizem respeito, de acordo com a sua idade e maturidade. Durante o internamento, ou recurso à urgência, os pais puderam estar presentes,

ser informados e incluídos no processo de cuidar.

Relativamente à confidencialidade, a mesma pôde ser assegurada no estágio de UCIN, em que mesmo havendo proximidade entre incubadoras, a distância entre cada uma permitiu o seu garante. No entanto, os pais acabavam por conversar entre eles, e partilhar as suas histórias, o que lhes permitia a criação de laços com pessoas que, tal como eles, estavam a passar pelo internamento do RNPT ou RN doente. Esses laços que se desenvolvem em situações críticas como esta, são muitas vezes importantes e fonte de conforto para os pais, resultando em fortes amizades. Quanto à privacidade, pela estrutura física da unidade, e a presença de equipamento e incubadoras apresentou por si só uma barreira entre cada família, havendo adicionalmente biombos que podiam ser utilizados quando requisitado pelos pais. A segurança é essencial na UCIN, em que para se poder entrar é necessário credenciais ou identificação prévia, o que foi sempre assegurado.

Já o estágio no Internamento de Oncologia, pela estrutura de quartos individuais permitiu o garante da confidencialidade, privacidade e segurança da criança/jovem/família.

Devido à grande afluência de utentes no SUPP e, ainda, pela estrutura física pré-fabricada em que o serviço se encontrava a funcionar na altura do estágio, foi um desafio conseguir manter a privacidade da criança/jovem/família, sendo esta dificuldade acrescida na sala de observação, pela proximidade das camas, tendo sido feito um esforço pela equipa de enfermagem nesse sentido. Pela mesma razão, demonstrou ser um desafio assegurar a confidencialidade oral, especialmente, em dias de grande afluência de utentes a necessitar de cuidados, tendo, no entanto, sido tomadas todas as medidas ao alcance da equipa de enfermagem para o seu garante. A segurança dos profissionais e utentes é um foco de preocupação para a gestão hospitalar, pelo que houve sempre em presença física dois seguranças por turno.

Tem sido observada uma crescente diversidade multicultural em Portugal, que pude comprovar durante o estágio do SUPP, em que foram alvo de cuidados famílias e crianças de variadas nacionalidades. Um dos exemplos foi uma mãe vietnamita que recorreu ao SUPP com a RN por indicação do médico de família, devido à considerável perda ponderal que a RN havia sofrido. A mãe não falava português, pelo que foi necessário recorrer ao idioma inglês para comunicar, e aferir o conhecimento desta sobre a alimentação do RN, e para a realização de informoterapia relativa a esta temática, segundo o que é preconizado enquanto cuidado adequado ao RN em Portugal, sem desrespeitar as crenças e os costumes vietnamitas.

No que diz respeito ao domínio da '**Melhoria contínua da qualidade**', o EE colabora na conceção e operacionalização de projetos na área da qualidade (Regulamento n.º 140/2019, 2019) garantindo a sua implementação. Em todos os locais onde decorreram os estágios, existiam normas de procedimentos e protocolos, que obedeciam aos princípios da melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A atuação na área da melhoria contínua da qualidade está relacionada com uma melhor performance da equipa, uma melhor organização do trabalho,

menor probabilidade de eventos adversos e, essencialmente, em ganhos para a saúde (Alves, 2016). Embora, durante os estágios, não tenha tido oportunidade de participar na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados, ou realizar atividades na área da qualidade, como revisão de normas e protocolos, pude apropriar-me da sua utilização na minha prestação de cuidados, respeitando a coerência organizacional da lógica de trabalho específica a cada um dos locais de estágio. Um exemplo disso foi atuar em conformidade com a norma relativa ao isolamento de contacto, no SUPP, na prestação de cuidados a crianças com bronquiolite aguda por VSR.

Uma das estratégias promotoras da melhoria contínua da qualidade que pode ser implementada, é a supervisão clínica. Segundo Leite et al. (2023), a supervisão clínica é global, deve ser adotada e estar presente em todas as estruturas que providenciam cuidados de saúde. A supervisão clínica de pares é fundamental para a cultura de prática baseada na evidência nas organizações, para a garantia da conformidade e consistência da prática de enfermagem, resultando na melhoria da qualidade e na segurança dos cuidados, o que contribui para a satisfação profissional dos seus colaboradores. Algumas estratégias que podem ser implementadas pela equipa de enfermagem e que contribuem para o sucesso da integração dos novos enfermeiros e estudantes incluem: a discussão de casos clínicos que tenham sido desafiantes ou pouco frequentes, por forma promover a discussão e a partilha de conhecimento; estratégias de intervenção, por forma a dar resposta às necessidades do novo elemento da equipa e que tenham sido identificadas; partilha de experiências e a reflexão sobre desafios éticos e/ou clínicos.

Durante o estágio no SUPP, pude acompanhar a integração de novos enfermeiros por outros membros da equipa e, em certa medida, através da minha própria experiência de integração na equipa de enfermagem, enquanto estudante na prática clínica do MESIP, sendo clara a organização protocolar que guia a atuação face a diferentes situações, bem como normas e procedimentos existentes, que norteiam a prática. Deste modo, a existência de normas e protocolos e a aplicabilidade dos mesmos, foi de extrema importância para guiar a minha integração em cada local de estágio e, conseqüentemente, na minha atuação, em concordância com a lógica de trabalho da equipa de enfermagem, garantindo a adequação da qualidade dos cuidados prestados. Igualmente importante foram os momentos de partilha, discussão e reflexão de desafios clínicos e experiências que tive com o enfermeiro tutor e restante elementos da equipa de enfermagem, que facilitaram a minha integração na equipa.

Adicionalmente, durante os estágios em contexto hospitalar, foram prestados cuidados adequados e seguidos as normas de segurança, de que são exemplo: a identificação positiva da criança/jovem antes de qualquer interação relacionada com a partilha de informação, a administração de medicação ou a realização de procedimentos. A identificação de medicamentos com alerta máximo foi uma das estratégias de segurança observadas e aplicadas durante o estágio. Relativamente à segurança, na preparação e administração de

medicamentos, a DGS (2015b) refere que é da responsabilidade das instituições de saúde, a implementação de práticas seguras no que concerne aos medicamentos de alerta máximo, que são todos aqueles que possuem risco aumentado de provocar dano significativo ao doente, em consequência de falhas no seu processo de utilização. Relativamente a práticas seguras relacionadas com o uso de medicamentos e a elaboração de protocolos ou listas de medicamentos em uso na unidade/internamento, por forma a garantir que a informação relativa à sua utilização, preparação e administração estão disponíveis para consulta por todos os profissionais. A utilização de etiquetas específicas para medicamentos de alerta máximo, foi uma das estratégias observadas, cujo propósito é identificar e destacar o medicamento a ser administrado e o potencial risco inerente à sua utilização. De igual forma, a sinalização dos medicamentos com aparência ou nomes semelhantes, usualmente denominados de medicamentos “*look alike, sound alike*” (LASA) é de extrema importância, sendo o seu armazenamento feito de forma a que os LASA se encontrem afastados uns dos outros, precisamente para evitar eventuais erros na sua utilização.

Em todos os locais onde realizei os ENP, foi efetuada a administração de medicamentos de alerta máximo. Na UCIN esse tipo de medicamento era frequentemente necessário, encontrando-se disponível em stock interno, ao contrário do que acontecia noutros locais, como o internamento de pediatria. No SUPP era utilizada a plataforma BD Pyxis™ *MedStation*™, que consiste num sistema automatizado de distribuição de medicamentos, sob a forma de armário, que permite fazer a gestão de medicamentos, em instalações únicas e múltiplas, cujo acesso é realizado mediante a apresentação de credenciais biométricas, localizado no serviço, mas gerido à distância pela farmácia hospitalar. No internamento de oncologia, além da plataforma Pyxis, os tratamentos de quimioterapia e imunoterapia, eram disponibilizados individualmente pela farmácia, perante prescrição, e exigia sempre a confirmação por dois enfermeiros, antes da sua administração, como garantia da segurança da criança/jovem alvo de cuidados.

Em situações consideradas de potencial risco, os serviços dispunham de sinalização e documentação que permitia minimizar ou gerir o risco. A gestão do risco na saúde é uma metodologia de excelência que contribui para aumentar a segurança de todos, sendo uma responsabilidade de todos os profissionais de saúde promover a segurança e prevenir acidentes. Esta tem na sua base quatro pilares, que dão suporte à operacionalização de um programa de gestão de risco, são eles: o sistema de relato de incidente; a identificação e avaliação de risco; a monitorização de indicadores de segurança do doente e a auditoria como instrumento de melhoria contínua (Ramos & Trindade, 2011; The Joint Commission, 2018). Durante o ENP de oncologia pediátrica, houve uma ocorrência com a utilização da plataforma Pyxis, com troca de medicação nas gavetas. O incidente, embora não tivesse colocado ninguém em risco, foi documentado e registado, para posterior análise. Esta política de transparência de ocorrências é muito importante para que seja dada a devida visibilidade a essas situações. O objetivo é promover uma resolução célere e gerar um maior sentimento de confiança nos profissionais de

saúde, relativamente ao sistema organizacional do hospital, e que os cuidados prestados, por estes, se façam com o mínimo de risco. Pude ainda participar, de uma visita guiada ao internamento de oncologia por parte da engenheira responsável pela segurança no trabalho, de forma a realizar o levantamento de necessidades estruturais do mesmo, mapeando os riscos existentes para a segurança da criança/pais/profissionais, o que se revelou ser uma experiência interessante, e de valor acrescentado na minha aprendizagem.

No que diz respeito ao domínio da '**Gestão dos cuidados**', é esperado que o EE realize a gestão de cuidados de forma a otimizar as respostas da equipa de enfermagem às necessidades dos utentes, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas por ele delegadas (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Nos locais de estágio onde realizei os ENP, os enfermeiros tutores que me orientaram exerciam funções de coordenação de equipa. A oportunidade de acompanhar o seu trabalho foi importante para o meu desenvolvimento profissional, atendendo às situações que exigiam uma tomada de decisão e que transcendem a responsabilidade do enfermeiro generalista. A gestão da equipa, o raciocínio e fundamentação que dão suporte às decisões tomadas, são de uma dificuldade acrescida, que obriga a uma visão global da equipa e do serviço, de forma contínua. O ENP realizado no SUPP, pela elevada frequência de desafios e pela imprevisibilidade inerente às situações urgentes/emergentes, foi o que me permitiu uma melhor observação da perícia e das estratégias necessárias para a coordenação de uma grande equipa de enfermeiros, sendo os desafios e necessidades muitas vezes simultâneos e concorrentes, exigindo uma rapidez e flexibilidade de pensamento notáveis. Os ENP realizados na UCIN e no internamento de oncologia pediátrica também me proporcionaram aprendizagens neste sentido, mas por serem ambientes mais pequenos e mais controlados, as situações eram mais previsíveis. Relativamente à UCC, pese embora a equipa de enfermeiros ser grande, a gestão do trabalho de cada especialidade é feita de forma independente. Neste sentido, tive oportunidade de constatar a importância da gestão autónoma dos cuidados, a otimização do trabalho adequando os recursos às necessidades de cuidados, através do acompanhamento da enfermeira tutora. No exercício das suas funções, como EEESIP, fazia a gestão de formações de variadas temáticas relacionadas com a preparação para a parentalidade, e sessões de esclarecimento de dúvidas a pais, visitas domiciliárias para acompanhamento de RN/lactente/família no regresso a casa, face às necessidades identificadas, visitas à casa de acolhimento de emergência, e participação nas reuniões do NACJR.

Relativamente ao domínio do '**Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**', segundo a OE (2016), a formação e o desenvolvimento profissional é um pilar essencial e determinante para a melhoria contínua da qualidade do desempenho profissional e, por consequência, dos cuidados prestados ao utente. Concordantemente, Nunes et al. (2005) defendem que o enfermeiro tem o dever de assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, sendo o aperfeiçoamento profissional o caminho para a construção de competências, através da formação contínua, monitorizada e registada no processo de

avaliação de desempenho. Enquanto EE, este deve apoiar os seus processos de tomada de decisão em conhecimento atualizado, pertinente e válido, assumindo a sua responsabilidade enquanto facilitador de processos de aprendizagem e agente ativo na área de investigação (Decreto lei n.º 140/2019).

Assim, tive oportunidade de constatar que os enfermeiros tutores com quem realizei o ENP, tinham esta competência bem presente na sua prática profissional, isto é, continuavam a investir na sua formação, através da realização de formação pós-graduada nas áreas de: gestão, psicologia, e em amamentação, através da realização do curso *International Board Certified Lactation Consultant* (IBCLC). Todas estas formações são uma mais-valia, e refletem-se na qualidade da prática clínica.

No que se reporta à formação contínua, esta revela-se uma mais-valia para o desenvolvimento profissional contínuo e sustentado, seja pela participação em eventos científicos, seja pela formação em serviço, seja pela pesquisa feita pelo próprio e orientada para as necessidades identificadas com vista a aprofundar conhecimentos e a desenvolver competências (Regulamento n.º 656/2021, 2021).

A formação contínua é uma componente essencial e indissociável do desenvolvimento profissional, sendo também um dever, uma vez que o profissional deve assegurar, permanentemente, a atualização dos seus conhecimentos através de ações de qualificação profissional (OE, 2017). Esta tem como objetivos adquirir e/ou aprofundar conhecimentos e capacidades, com vista ao desenvolvimento pessoal e profissional, que terão impacto positivo na melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Santos, 2008). Segundo a visão da OE (2016), é necessário esse investimento, pelos contributos que traz para o crescimento do exercício profissional de excelência, com impacto, concomitante, na adaptabilidade e flexibilidade da profissão. Neste sentido, realizei desde que iniciei o curso de MESIP, sendo o próprio curso parte da formação contínua, duas formações na área dos cuidados enfermagem neonatais: o Curso NeoSpot – Cuidados Especiais de Enfermagem Neonatal, (Anexo I) e o Curso de Reanimação Neonatal (Anexo II).

Ainda no âmbito da formação contínua, por forma a desenvolver competências de interpretação, organização e divulgação de resultados provenientes da evidência científica que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem (Regulamento n.º 140/2019, 2019), tive a oportunidade, durante o decorrer deste curso de mestrado, de participar, em co-autoria, com os seguintes trabalhos de revisão:

- “Uso da pulseira eletrónica: prevenção do rapto do recém-nascido na neonatologia”, póster apresentado do IV Congresso Científico AESEnFP: “Cuidados de Enfermagem Pediátricos”, em novembro de 2022 na ESEP, (Anexo III);
- “Utilização de tiras reagentes na avaliação do ph gástrico no RN”, póster apresentado no

NursID Spring School 2023, (Anexo IV);

- “Úlcera por pressão no RN: etiologia, fatores de risco, e estratégias preventivas”, póster apresentado nas V Jornadas do serviço de Pediatria e Neonatologia 2024, (Anexo V). Este evento foi organizado pelo Centro Hospitalar Tâmega e Sousa e apresentado no Auditório Municipal de Lousada.

No que se refere à formação em serviço, face à natureza da profissão de enfermagem e às características do seu exercício, a mesma deve ser privilegiada, como estratégia para a atualização, aprofundamento e desenvolvimento dos conhecimentos adquiridos e relevantes à prestação de cuidados realizada num determinado serviço/unidade (Decreto-Lei n.º 437/91). Assim, a formação em serviço partilha objetivos com a formação contínua, mas desenrola-se em simultâneo com a prática profissional, o que se repercute na resolução de problemas das diferentes unidades e/ou serviços (Santos, 2008). Na sua realização devem ser consideradas as necessidades formativas dos membros constituintes da equipa de enfermagem, visando dar resposta às mesmas (Decreto-Lei n.º 437/91).

Desta forma, integrando-se na formação em serviço, durante o estágio no internamento de oncologia, tive a oportunidade de realizar, sob forma de atividade de estágio, a apresentação de um póster sobre o “*Burnout* nos Enfermeiros em Oncologia Pediátrica” (Anexo VI). Essa apresentação teve como público-alvo a equipa de enfermagem, e realizou-se na sala de trabalho dos enfermeiros, no final da manhã, após a passagem de turno. O objetivo desta atividade foi: “Sensibilizar os enfermeiros em oncologia pediátrica para a importância do reconhecimento e gestão do *burnout* como um desafio significativo na sua prática profissional”, que se relaciona com as unidades de competência: “Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro”; “Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho”; e “Suporta a prática clínica em evidência científica” (Regulamento n.º 743/2019, 2019, p. 4749). O objetivo foi concretizado pelo facto de ter sido feita pesquisa e reflexão sobre os resultados encontrados relativos ao tema “*Burnout* nos Enfermeiros em Oncologia Pediátrica”, bem como a divulgação dos mesmos perante a equipa de enfermagem. A apresentação do póster, foi elogiada pelos enfermeiros que assistiram, e foi considerada e registada como momento de formação em serviço. De referir que, não tive a oportunidade, durante a realização do ENP, de assistir a nenhuma atividade dinamizada por enfermeiros, uma vez que não houve nenhuma nos períodos em que estive presente. Todas estas experiências mostraram ser uma mais-valia, contribuindo para a melhoria de competências de interpretação, e divulgação de resultados decorrentes da evidência científica.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

A descrição e análise crítico-reflexiva das competências específicas do EEESIP está apresentada

de acordo com a organização proposta pela OE num conjunto de três competências, que se constituem por unidades de competência e critérios de avaliação, à semelhança do que acontece com as competências comuns do EE. A sua análise será centrada nas unidades de competência, mencionando alguns critérios de avaliação, que se apresentaram como mais relevantes, no que se refere à experiência vivida durante os ENP.

O EEESIP acompanha e atua numa fase crucial do ciclo de vida da pessoa, compreendida entre o nascimento e os 18 anos, salvo em caso de necessidades especiais, em que o seu acompanhamento pode estender-se até aos 25 anos (Regulamento n.º 422/2018, 2018). O EEESIP presta cuidados de nível avançado com competência e em parceria, proporciona educação para a saúde, e mobiliza recursos de apoio necessários à criança/jovem/família, em qualquer contexto em que esta se encontre, visando a promoção do mais elevado estado de saúde (OE, 2017).

“Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19192)

No que se reporta a esta competência específica do EEESIP, com base no desenvolvimento da criança/jovem, o seu natural grau de dependência, e progressiva aquisição de autonomia, a atuação do EEESIP centra-se no binómio criança/família, com estabelecimento de uma parceria de cuidados, promotora da otimização da saúde, e promoção da parentalidade (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

“E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193). Relativamente a esta unidade de competência, a sua temática central é a parceria de cuidados, essencial para os cuidados de enfermagem à criança hospitalizada, na qual os pais são vistos como figuras imprescindíveis e as mais adequadas ao cuidado da criança (Monteiro & Cerqueira, 2020). Com base no modelo teórico de Anne Casey (1993), o enfermeiro tem a responsabilidade de complementar os cuidados prestados pelos pais, e de apoiar, ensinar e encaminhar, potenciando a criança/jovem/família a dar resposta adequada à satisfação das suas necessidades, incentivando à autonomia (OE, 2015a). Assim, tive a oportunidade de treinar e desenvolver esta competência de acordo com as especificidades de cada local de estágio e de cada família.

Concretamente, no âmbito do estágio realizado na UCIN, dada a especificidade desta área do cuidar, importa esclarecer o conceito de prematuridade, uma vez que é uma das maiores causas responsáveis pela admissão de RN na UCIN onde realizei o estágio. A prematuridade é definida como o nascimento de um RN vivo antes das 37 semanas completas de gestação (Ramos et al., 2020; WHO, 2022), o qual é designado de RNPT. A sua incidência tem sido crescente, estimando-se que 1 em cada 10 bebés que nasce a nível mundial seja prematuro, sendo por isso considerada a maior causa de morte infantil abaixo dos 5 anos de idade. A prematuridade

encerra em si exigentes desafios (WHO, 2022), como a maternidade que ocorre de forma repentina, e consequentemente uma parentalidade antecipada, ambas concomitantes com o luto do bebé imaginado, face ao RNPT vulnerável que nasceu. No entanto, nem todo o RN alvo de cuidados na UCIN é um RNPT, havendo por vezes necessidade de internamento e prestação de cuidados a RN de termo, com condições agudas de instabilidade hemodinâmica, ou congénitas graves que necessitam de internamento da UCIN. Assim, por forma a facilitar a leitura, utilizarei apenas o termo “RN” para referir todos os utentes neonatais alvo de cuidados na UCIN. Todos estes desafios tornam a consecução da parceria de cuidados substancialmente mais desafiante.

A concretização desta unidade de competência foi, neste estágio, mais exigente, pelo maior suporte necessário, face à sua imaturidade hemodinâmica, que requer uma monitorização contínua, a realização de intervenções invasivas que esgotam a energia e a capacidade de lidar com os estímulos, por parte do RN. Adicionalmente, os pais que necessitam de tempo para se poderem ajustar a esta nova realidade e para serem capazes de aprender a cuidar do filho. O internamento na UCIN envolve normalmente um processo continuado e prolongado, muitas vezes moroso para os pais, que embora estejam presentes fisicamente, podem não ter disponibilidade para aprender o que gostaríamos de lhes ensinar, por forma a promover a sua autonomia no cuidado ao filho, o que, mais uma vez, se apresenta como um desafio à parceria de cuidados. Todavia, apesar dos desafios existentes e alguns dos quais descritos, é fulcral que seja promovido o envolvimento dos pais, sendo o mesmo determinante para a formação dos processos de vinculação e ligação e, por isso, merecedor de destaque na conceção de cuidados realizada pelo enfermeiro.

Desta forma, promovi o contacto dos pais com o RN, através do incentivo da realização de contacto pele a pele; planeando os cuidados, de forma a que, sempre que oportuno, sob o ponto de vista clínico, houvesse a participação ativa dos pais na prestação dos cuidados, negociando com a mãe/pai a organização dos momentos de contacto e manipulação, por forma a preservar os ciclos de sono do RNPT, essenciais ao seu saudável neurodesenvolvimento (Chora & Azougado, 2015). Procurei assim, sistematicamente, oportunidades para trabalhar em parceria com a família no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde (Decreto-Lei n.º 422/2018), de que é exemplo a promoção da amamentação, pelos benefícios da utilização do leite materno no RN, na diminuição de ocorrência de NEC (Schanler, 2015) e pela dificuldade acrescida no estabelecimento da amamentação em casos em que o RN está internado. A utilização da informoterapia, funcionou como facilitador no processo de transição parental, através da prescrição de terapêuticas de enfermagem orientadas para a resolução das necessidades identificadas (Meleis, 2010). Neste ENP, no processo de cuidar, desde a conceção de cuidados, à avaliação dos resultados, a parceria de cuidados foi um elemento preponderante reconhecendo os pais como parceiros ativos, valorizando as suas capacidades para a prestação de cuidados ao filho. Durante a realização do estágio, pude comprovar o desafio relacionado

com a parceria, pela indisponibilidade dos pais em aprender, por não ser, ainda, o momento oportuno para adquirem novos conhecimentos relativos ao cuidado do RN, estando na fase de enamoramento do seu filho. Contudo, sabendo que esta é uma realidade e estando preparada para este desafio, é apenas uma questão de tempo até poder estabelecer com sucesso a parceria de cuidados, respeitando os timings dos pais e do RN.

No internamento de oncologia pediátrica, muito contribuiu o modelo de parceria de Anne Casey (1993), como referencial na conceção de cuidados. A presença dos pais e o papel que desempenham foi crucial, não se limitou ao apoio dado à criança/jovem na superação da doença, mas também contribuiu, de forma significativa, no processo de tratamento, minimizando os efeitos psicológicos nefastos da hospitalização da criança/jovem com doença oncológica. A criança/jovem nesta condição, necessita do apoio dos pais para preservar a autoestima, reduzir o stresse, manter dentro do possível, um grau de normalidade no dia a dia, e promover a esperança. Durante a realização dos primeiros tratamentos, que é uma fase difícil e, muitas vezes, traumática, os pais desempenham um papel fundamental no apoio, no amor e carinho que dão aos filhos, e no alívio da dor emocional envolvida no diagnóstico e tratamento. Para que os pais tenham um papel essencial no processo de tratamento dos filhos, é importante que se sintam parte da equipa e que os profissionais de saúde os apoiem no seu papel parental especial. Para a sua consecução é necessário o estabelecimento de uma comunicação clara entre a equipa multidisciplinar e os pais e que estes desempenhem um papel vital neste processo (SIOPE, 2009).

Inevitavelmente, durante o período de internamento é estabelecida uma relação entre a criança/jovem/família e o enfermeiro. Importa que seja uma relação de confiança que possibilite a partilha, por parte da criança/jovem/família, de informação sobre o contexto e a estrutura do seu sistema familiar, relevante para o processo de cuidar. Adicionalmente, o ambiente do internamento hospitalar apresenta-se como uma oportunidade de avaliar a estrutura familiar e verificar a necessidade de organização de algum tipo de apoio. Um exemplo disso ocorreu, durante o estágio no internamento de oncologia pediátrica, num caso em que, por limitações profissionais e económicas dos pais, e após discussão com a equipa multidisciplinar, foi dada a possibilidade da criança ser acompanhada pela avó, pois era uma das pessoas de referência para a criança.

No que diz respeito à prestação de cuidados de enfermagem no contexto domiciliário, que realizei ao acompanhar os enfermeiros tutores, através da UMAD. Esta demonstrou ser uma experiência muito rica, pelo facto de ser num contexto tão distinto do contexto hospitalar, que requer um elevado nível de organização e preparação, antevendo as necessidades da criança/família, possíveis desafios, qual o material que será necessário, e o tempo que se espera despendar em cada visita domiciliária, já que estas podem ser feitas num raio de 60 Km e exigem planeamento. Como descrito anteriormente, a UMAD resulta de um projeto cujo objetivo é, o enfermeiro especialista e/ou perito, prestar apoio personalizado e centrado na família, no

conforto do seu domicílio. Deste modo, este promove uma boa adaptação ao contexto domiciliário, após um período de hospitalização, e propicia uma transição segura para este contexto, com a garantia da equidade e acessibilidade a cuidados de saúde complexos e diferenciados (Martins & Periquito, 2019). Desta forma, através da visita domiciliária, no âmbito do projeto UMAD, associado a ambos os contextos da UCIN e da oncologia pediátrica, pode incentivar a participação da criança/jovem/família, no processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar (Regulamento n.º 422/2018, 2018), através da oportunidade de esclarecimento de dúvidas, realização de informoterapia e avaliação da evolução da adaptação ao domicílio, aquando das visitas. No caso do estágio da UCIN, na visita domiciliária ao RN, após a alta, é identificada a rede de recursos comunitários da área de residência que presta suporte ao RN e família com necessidades de cuidados, como sendo a avaliação ponderal, e suporte à amamentação. O mesmo acontece através da UMAD, em contexto de oncologia pediátrica, em que há articulação com os cuidados de saúde primários em situações em que se prevê que a necessidade de prestação de cuidados diferenciados no domicílio supere as duas visitas realizadas pela equipa da UMAD, ou em caso de acompanhamento pela equipa de cuidados paliativos. O acompanhamento do RN e da criança no regresso a casa, foi uma experiência enriquecedora, na medida em que me proporcionou a oportunidade de conhecer a realidade dos cuidados de enfermagem a nível domiciliário, das verdadeiras necessidades dos pais e da criança/jovem no seu lar e da sua vida quotidiana, e do grande impacto que este tipo de cuidados tem no conforto e saúde da criança/jovem, ao diminuir deslocações ao hospital.

Durante o estágio no SUPP, como resultado da crescente multiculturalidade no nosso país, foi admitido para observação, por perda ponderal acentuada, um RN de pais vietnamitas que não falavam português. Após conversar com a mãe, com recurso à língua inglesa, a única em que ambas tínhamos fluência, apercebi-me de que não tinham suporte familiar e que apresentavam lacunas no conhecimento sobre a alimentação do RN. Sem família no país, e com a barreira linguística, foi pedida a colaboração da assistente social, no sentido de averiguar que tipo de suporte poderia ser dado a esta família. Por forma a melhorar o conhecimento relativamente à amamentação e alimentação do RN, realizei a intervenção ensinar e instruir sobre amamentação. Esta situação é um bom exemplo do desafio acrescido, relacionado com a prestação de cuidados a pessoas que não são fluentes na língua portuguesa, o que requer tempo e estratégias comunicacionais acrescidas, por forma a garantir que a barreira linguística não se apresenta como um impedimento ao entendimento da informação que é transmitida aos pais.

A prestação de cuidados em contexto de cuidados de saúde primários permite mobilizar dar visibilidade às competências específicas do EEESIP tais como: “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (Decreto-Lei n.º 422/2018, p. 19192), pelo acompanhamento que é feito à criança/família ao longo do seu crescimento e desenvolvimento. Neste sentido, a oportunidade de acompanhar e colaborar com a EEESIP na realização de

consultas de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, na USF, permitiu-me trabalhar com a criança/jovem/família no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde, através da informoterapia, avaliação do crescimento e desenvolvimento. Esta experiência demonstrou de forma evidente a importância do papel do EEESIP neste contexto. Na UCC, foi possível incentivar a participação da família, em todo o processo do cuidar, através da realização das sessões de parentalidade e massagem abdominal, para os quais os pais de RN/lactentes eram convidados a participar. No que se reporta à componente de saúde escolar desta unidade de competência, durante o ENP na UCC, tive a oportunidade de colaborar em programas de saúde escolar, em três sessões de educação para a saúde sobre a sexualidade e afetos, cujo público-alvo foram os adolescentes, bem como sobre higiene oral, direcionada a crianças em idade escolar. Nessas sessões estiveram presentes crianças com necessidades especiais, no caso específico da sessão na escola do ensino básico, a quem foi dado acompanhamento por parte da professora de educação especial, por forma a promover a integração da criança. Relativamente às sessões de educação para a saúde, cujo alvo foram os adolescentes, foi reforçada a informação sobre onde recorrer em caso de dúvida ou necessidade, como sendo a USF à qual estão afetos, o serviço de atendimento a situações urgentes, entre outros. Ter tido a oportunidade de acompanhar a EEESIP que integra a equipa de saúde escolar foi uma experiência muito enriquecedora, que me permitiu observar a ligação de proximidade entre os adolescentes e a EEESIP que, frequentemente, realiza sessões de educação para a saúde especificamente naquela escola, o que possibilita a criação de uma relação de confiança, que promove o recurso aos serviços de saúde por parte dos adolescentes e se traduz em ganhos em saúde.

Também na UCC pude “utilizar a informação existente e avaliar a estrutura e contexto do sistema familiar” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193), como é exemplo, a forte relação de cooperação entre a UCC e a instituição de acolhimento de crianças. Pelo que, neste contexto, é importante a partilha de informação relevante para o acompanhamento da saúde da criança, através da prestação de cuidados, de que é exemplo a vacinação das crianças institucionalizadas. Além disso, ainda, a realização de sessões de educação para a saúde direcionadas para os cuidadores informais das crianças/jovens, realizadas pela enfermeira tutora, algumas das quais pude assistir, promoveram a aquisição de conhecimentos e possibilitando o esclarecimento de dúvidas. Esta experiência foi para mim muito marcante, refletindo a grande variedade de atuação do EEESIP e os ganhos em saúde que dela resultam.

Assim, através da melhoria do conhecimento da criança/jovem/família, com recurso a estratégias motivadoras para a assunção dos seus papéis em saúde, pude intervir em todos os contextos, através da realização de informoterapia sobre os cuidados ao RNPT, na UCIN; sobre a prestação de cuidados diferenciados, no Internamento de Oncologia, de que é exemplo a capacitação de uma mãe na administração de nutrição parentérica, uma vez que era uma necessidade especial do filho e, a longo prazo, iria necessitar de a administrar no domicílio; no

contexto de SUPP, através da instrução da correta utilização da câmara expansora; e no contexto dos cuidados de saúde primários, através da realização de sessões de preparação para a parentalidade, com o esclarecimento de dúvidas pontuais e realização de visita domiciliária de acompanhamento da amamentação, crescimento e desenvolvimento do lactente.

A parentalidade traz consigo uma transição profunda, em que a noção de autoeficácia de pais de primeiros filhos é limitada à pouca experiência que têm com o RN (Verhage et al., 2015).

Por outro lado, é conhecida a relação entre lactentes desafiantes e elevados níveis de stresse materno, em que o constante feedback negativo por parte do lactente, afeta negativamente a sensação de eficácia e noção de competência da mãe (Botha et al., 2020). Adicionalmente, uma vez que a realidade nos centros urbanos inclui famílias nucleares pequenas, em que muitas vezes o primeiro RN com que os pais têm contacto é o seu próprio filho, traz uma maior necessidade de aquisição de conhecimentos e capacidades para saber lidar com o mesmo, com eventual noção de autoeficácia mais frágil (Verhage et al., 2015). Assim, há cada vez mais investigação no sentido de conseguir, com recurso à inteligência artificial, encontrar uma aplicação que interprete o choro do lactente, de forma a ajudar os pais e profissionais nessa demanda. O estudo de Saha et al. (2013) demonstrou parcial eficácia (56%), sendo esta uma área em crescimento.

Portanto, a implementação de estratégias psico-educacionais aos pais, antes e/ou após o nascimento do RN, pode ter um impacto importante no sucesso à adequação da sua resposta às necessidades do RN (Gordon et al., 2019; Missler et al., 2020), como sendo o caso da interpretação e gestão do choro. A prática clínica necessita de intervenções interdisciplinares e multimétodos que se concentrem não só nos problemas regulatórios do bebé, mas também na autorregulação dos pais e nas suas respostas às necessidades do bebé (Singh et al., 2021). Por outro lado, sabe-se que as mães de lactentes que choram, consideravelmente, podem melhorar a sua autoeficácia como resultado da realização de sessões informativas que melhorem o seu conhecimento face à evolução natural do choro nos primeiros meses de vida do filho, bem como sobre como agir face ao choro (Botha et al., 2020).

Assim, no âmbito desta unidade de competência, pude intervir de forma a proporcionar conhecimentos e aprendizagens, às famílias, sobre a gestão de processos específicos de saúde/doença, não só durante a prestação de cuidados, a nível geral, mas mais especificamente através da realização de sessão informativa e sessão de educação para a saúde sobre a temática: "Gestão do Choro do RN e Lactente". Considerando as especificidades de cada local de ENP, a sua realização foi merecedora de alguns ajustes, por forma a melhor responder às necessidades e características de cada área de cuidados à criança/jovem/família.

O objetivo geral relacionado com a realização desta atividade foi "Promover o conhecimento dos pais sobre a gestão do choro do RN/lactente", e os objetivos específicos foram: "Identificar os tipos de choro"; "Descrever as estratégias promotoras do conforto do RN/lactente face ao

choro”; “Relacionar as consequências do choro inconsolável com a ocorrência de síndrome do bebê abanado”. Esta atividade demonstrou-se relevante, em cada um dos quatro contextos, pelo facto de se enquadrar na unidade de competência “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193), mais especificamente através da promoção do conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às famílias, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.

Uma vez que nos ENP realizados na UCIN e na UCC, tendo em conta as especificidades dos contextos e da sua organização, foi possível a realização de uma sessão de educação para a saúde, em grupo, enquanto sessão expositiva, demonstrativa e interativa, que mencionarei na competência três, onde melhor se enquadra.

No internamento de oncologia pediátrica, a atividade teve como público os pais de uma lactente a realizar tratamento oncológico, tendo sido adaptada a estratégia de apresentação para uma sessão personalizada com os pais, no quarto individual da lactente, tendo sido essa a localização por eles escolhida. A sessão informativa teve a duração de 10 minutos, em que houve por parte dos pais a partilha de experiências e esclarecimento de questões. No final da sessão, foi entregue um panfleto informativo sobre as temáticas abordadas.

Relativamente ao contexto de SUPP, similarmente ao que foi realizado no internamento de oncologia, a sessão informativa individualizada foi realizada a uma mãe de um RN, no internamento de curta duração e na unidade deste, face ao isolamento de contacto, por bronquiolite vírica, e elevado risco de transmissão de agentes infecciosos não ser possível realizar a sessão em grupo, com outros pais. O panfleto informativo foi também entregue após a realização da sessão.

Ambas as sessões permitiram a realização de informoterapia, uma vez que houve uma adequação da informação ensinada à situação específica da criança/família em cada um dos casos. Foi feita a avaliação do conhecimento dos pais sobre esta temática, através do questionamento sobre o seu conhecimento relativamente o choro do RN/lactente à priori e no final da sessão, considerando o seu interesse e disponibilidade em aprender mais sobre ela. No final de cada sessão, os pais verbalizaram ter sido uma mais-valia para o seu conhecimento.

“E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193). Durante o estágio no SUPP, pude observar a ocorrência de doenças e condições comuns da infância, e prestar cuidados à criança/jovem no sentido de restaurar a saúde. São exemplo disso as crianças com: bronquiolite, infeção urinária, vômitos, febre, entre outros. Embora sejam condições de doença comuns na infância, não são comuns na minha prática diária na área de cuidados de enfermagem neonatais, pelo que tive necessidade de

aprofundar o conhecimento sobre esta temática. No contexto do estágio na urgência pediátrica, foi possível treinar técnicas e uma panóplia de atitudes terapêuticas e intervenções de enfermagem em crianças de diversas idades, o que considero uma mais-valia para o meu percurso profissional.

Sempre que necessário, foi realizado o encaminhamento para outros profissionais, como o médico, o fisioterapeuta, ou a nutricionista, mais frequentemente no Internamento de Oncologia, onde a má evolução ponderal decorrente dos tratamentos oncológicos, bem como a recuperação pós-cirúrgica de remoção tumoral, podem requerer a colaboração de fisioterapeutas, que faziam uma visita diária às crianças referenciadas pela equipa multidisciplinar. Ser capaz de discernir quando é necessário o encaminhamento da criança para outros profissionais de saúde é de extrema importância, e essencial para a prestação de cuidados promotores de saúde, à criança. Assim, considero estas experiências muito positivas para o meu processo de aprendizagem e capacidade de comunicação com a equipa multidisciplinar.

O enfermeiro, no seu exercício, tem o dever de salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso (Assembleia da República, 2015). Felizmente, não tive contacto com nenhuma situação relacionada com abuso ou negligência parental para com o seu filho, durante a realização dos ENP. Assim, em contexto hospitalar, pude apenas rever os procedimentos, com os enfermeiros tutores, relativos a esta problemática e discutir sobre os mesmos. Já em contexto de cuidados na comunidade, tive a oportunidade de participar numa reunião do NACJR, constituída por: uma EEESIP, uma médica de saúde geral e familiar, uma assistente social e uma psicóloga. A reunião abordou casos referenciados pelos profissionais de saúde do ACES, como casos suspeitos de abuso ou negligência, e a evolução do acompanhamento feito a essas crianças. Embora não tivesse tido contacto com estas crianças, foi uma mais-valia a possibilidade de poder fazer parte da reunião, e apreender os diferentes pontos de vista, de cada profissional, na tentativa de salvaguardar a segurança da criança.

Durante a realização da sessão de educação para a saúde sobre a gestão do choro do RN/lactente, anteriormente mencionada, pôde ser feita a sensibilização dos pais para o risco de violência do lactente, como consequência da frustração pelo choro inconsolável e a sua prevenção. Assim, uma das temáticas abordadas foi o *shaken baby syndrome* (SBS) ou síndrome do bebé abanado, que é uma forma devastadora de abuso que ocorre quando um RN/lactente é violentamente abanado e sujeito a movimentos de aceleração rápida, desaceleração e forças de rotação, com ou sem impacto. Este abuso resulta em trauma intraocular e intracranial característico, de que são exemplo: o hematoma subdural, hemorragia retiniana e lesão axial difusa (Stewart et al., 2011). O síndrome do bebé abanado apresenta-se como a maior causa de mortalidade e morbilidade causada por abuso infantil, mas pode ser prevenido (Fujiwara et al., 2016; Reijneveld et al., 2004;). Pelo seu profundo impacto na criança/família e sociedade, importa mencionar que para os RN/lactentes sobreviventes, acresce

o desafio de viver com condições crónicas de incapacidade do foro neurológico, cognitivo, desenvolvimental e visual. Na sua grande maioria, necessitarão de cuidados multidisciplinares para o resto da vida (Stewart et al., 2011).

O choro inconsolável do lactente pode ter consequências negativas na dinâmica familiar e colocar o lactente em risco de sofrer de SBS (Botha et al., 2020). Desta forma, ao abordar o choro, acresce a importância de referir a ligação entre o choro inconsolável e a ocorrência de SBS. Por forma a preveni-lo, torna-se necessário identificar os fatores de risco, de que são exemplo: a frustração parental, o choro inconsolável, idade materna <29 anos, mãe primípara, a trabalhar a tempo inteiro, multiparidade materna, RN do sexo masculino e situação económica baixa (Fujiwara et al., 2016), pais separados, em situação de desemprego, pais que consideram o choro do seu RN/lactente como excessivo (Reijneveld et al., 2004) e, ainda, a maternidade e a gravidez indesejada em mulheres jovens, que conjuntamente apresentam um risco para abanar e sufocar o lactente (Isumi & Fujiwara, 2017). Adicionalmente, no seu estudo, Fujiwara (2015) concluiu que o espaço habitacional limitado, típico da realidade japonesa, pode também promover a ocorrência do síndrome do bebé abanado. Assim, as mães que vivem em casas com menos espaço têm maior probabilidade de abanar o bebé.

A implementação de programas com o objetivo de melhorar o conhecimento dos pais sobre o normal desenvolvimento do lactente, especialmente no que concerne ao choro, os seus padrões e características, e o quão frustrante se pode tornar, com possível risco de resultar no SBS, com potencial de melhorar o conhecimento dos pais, resultando em ganhos para a saúde em geral (Fujiwara, 2015; Fujiwara et al., 2020; Stewart et al., 2011). A sua realização pode também ter impacto positivo na diminuição de casos de síndrome de bebé abanado (Botha et al., 2020).

É assim sugerido que sejam realizadas sessões de esclarecimento sobre como agir face ao choro do lactente, como gerir a frustração e o stresse, bem como sobre os riscos que o abanar o lactente acarretam para a sua saúde e desenvolvimento, no pré e pós-parto de mães que apresentem fatores de risco (Fujiwara et al., 2016; Reijneveld et al., 2004). O facto de durante a minha vida profissional ter tido contacto com um caso de síndrome do bebé abanado, cujas consequências foram fatais, determinou a necessidade e a motivação em abordar esta temática, pela importância que tem na sua prevenção.

"Cuida da criança/jovem e família em situações de especial complexidade"
(Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19192)

Relativamente à segunda competência, o EEESIP deve ser capaz de mobilizar recursos de forma adequada, em situações de particular exigência e complexidade, no sentido de restaurar o equilíbrio hemodinâmico (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

"E2.1- Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados" (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193). Durante os

ENP realizados em contexto hospitalar, deparei-me com condições de saúde que exigiram a mobilização de conhecimentos de forma a atuar em situações de instabilidade hemodinâmica. Os RN internados numa UCIN apresentam grande vulnerabilidade, e instabilidade exigindo uma vigilância constante, com monitorização contínua. Os RNPT, por outro lado, apresentam uma fragilidade ainda maior, resultante da sua imaturidade sistémica. A nível respiratório, o RNPT apresenta imaturidade funcional pulmonar, com deficiência de surfactante, o que se repercute em menor elasticidade e complacência pulmonar, resultando em dificuldade respiratória. Por outro lado, o centro respiratório é também imaturo, predispondo o RNPT a sofrer episódios de apneia. Já a nível cardiovascular, o RNPT apresenta um output cardíaco menos eficiente, consequente da imaturidade do músculo cardíaco e da reduzida contratilidade, juntamente com um reduzido volume de sangue (Petty, 2015). Desta forma, são comuns episódios de bradicardia/taquicardia ou bradipneia/taquipneia e/ou apneia nesta população, que requerem monitorização contínua e célere atuação em caso de instabilidade hemodinâmica (Bradshaw & Tanaka, 2016). A receção destes RN muitas vezes é feita no bloco de partos pela equipa da UCIN, como é exemplo o parto de grandes prematuros. Neste contexto, tive oportunidade de colaborar na reanimação e estabilização de um RN com extrema prematuridade (29 semanas), filho de uma grávida com pré-eclâmpsia e sujeita a anestesia geral, nos primeiros momentos de vida. Pela vulnerabilidade que estes RN apresentam, é frequente observar-se uma deterioração da estabilidade hemodinâmica, em particular nos RNPT, com necessidade de atuação, juntamente com o médico, no ajuste de métodos ventilatórios não invasivos, ou intubação endotraqueal entre outras intervenções no sentido de restabelecer a sua estabilização. Esta atuação exigiu uma mobilização de conhecimentos teóricos e habilidades clínicas para uma rápida identificação de focos de instabilidade. A tomada de decisão e a gestão de stresse permitiram uma intervenção segura rápida, e eficiente da equipa, o que me deu oportunidade de intervir ativamente.

No SUPP esta resposta rápida face à instabilidade da criança/adolescente é também ela essencial pela natureza dos cuidados que presta. O SUPP é o acesso preferencial de crianças/adolescentes com situações complexas e emergentes que obrigam a respostas céleres e, altamente, diferenciadas por parte da equipa interdisciplinar. Um dos exemplos, que pude vivenciar no estágio de SUPP, foi o rápido agravamento da situação de uma criança em idade escolar enquanto aguardava pela observação do médico, com necessidade de re-triagem, por apresentar uma convulsão grave, com consequente administração de várias doses de medicação anticonvulsivante. O trabalho em equipa foi determinante para a rápida resposta ao problema, o que evidencia a importância do trabalho em equipa para a prestação de cuidados de enfermagem seguros.

Os conhecimentos e as habilidades em suporte avançado de vida pediátrico foram também essenciais no contexto de estágio no SUPP. Embora tenha realizado o curso de suporte avançado de vida pediátrico, não tenho tido oportunidade de aplicar os conhecimentos dele

resultantes, uma vez que a minha atividade profissional se relaciona com cuidados intensivos neonatais, que são específicos na forma de atuação. Assim, foi para mim muito enriquecedor poder relembrar e aplicar os algoritmos de reanimação da criança, na sala de emergência, como tive oportunidade de fazer com o enfermeiro tutor, em diversas situações de que são exemplo: a estabilização de um toddler com sintomas graves de síndrome de dificuldade respiratória; e a de adolescentes politraumatizados. A proficiência e o domínio da técnica requerem treino frequente e prática, pelo que sem a mesma, o conhecimento acaba por se perder.

A doença oncológica marca a experiência da pessoa que tem esse diagnóstico assim como todos os envolvidos. Esta é tão mais impactante quanto mais jovem é a pessoa (SIOPE, 2009). A infância encerra em si um período de amplo desenvolvimento mental, físico, moral e social. Dessa forma, o diagnóstico de doença oncológica nesta fase tem um grande impacto, na criança/família, pelas mudanças que causa na rotina, pelos conflitos emocionais e pela dificuldade em lidar com os efeitos colaterais e dolorosos dos tratamentos, o que aumenta o risco de psicopatologias, como ansiedade e depressão (Bittencourt et al., 2021). A par de um diagnóstico tão avassalador como é o de doença oncológica, os tratamentos são fisicamente exigentes, emocionalmente desafiadores, e requerem cuidados altamente complexos, de forma a dar resposta às necessidades da criança/jovem, bem como às necessidades da sua família (Regulamento n.º 422/2018, p. 19192). A administração de quimioterapia ou imunoterapia, apresenta-se como um cuidado altamente complexo, no qual tive oportunidade de colaborar com a enfermeira tutora. Esta terapêutica, pela sua especificidade e agressividade requer cuidados particulares no seu manuseamento, que estão claramente documentados nos protocolos do serviço de Internamento de Oncologia Pediátrica, sendo obrigatória a confirmação por dois enfermeiros antes da sua administração. A transfusão de sangue e hemoderivados é outro dos procedimentos complexos, mas relativamente comum no Internamento de Oncologia Pediátrica, sendo para toda a medicação anteriormente descrita, necessário avaliar a evolução dos sinais vitais, pelo elevado risco de reações adversas (EMA, 2023). Esta experiência demonstrou-se muito enriquecedora profissionalmente, pela especificidade inerente à administração desta medicação, com as quais eu não tinha, ainda, tido oportunidade de trabalhar.

Ainda, durante o estágio no Internamento de Oncologia Pediátrica, tive a oportunidade de testemunhar uma situação que foi particularmente significativa e marcante dos diferentes ENP, relacionada com a dignificação da morte, sobre a qual o EEESIP deve ter conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193). A equipa interdisciplinar no seu processo de cuidados a uma criança, em idade escolar, com uma recidiva agressiva em fase terminal e objetivamente com pouco tempo de vida, atendendo ao rápido aumento do tumor, foi decidido após discussão com os pais, atuar de forma a possibilitar à criança ir passar um último fim de semana a casa, com energia para brincar e ter uns dias “normais”, em família. Na segunda-feira seguinte, após a

deterioração esperada da condição da criança, a mesma foi admitida no Internamento de Oncologia Pediátrica, onde lhe foram prestados cuidados de conforto. A sua morte foi digna, em conforto, na companhia dos pais. Segundo o código deontológico (OE, 2015b), o enfermeiro tem o dever de participar nos esforços profissionais para valorizar a vida e a qualidade de vida, honrando o respeito do direito da pessoa à vida durante todo o ciclo vital. A tranquilidade com que esta decisão foi tomada e respeitada, pela equipa multidisciplinar, fez-me refletir no quão importante é ter consciência de quando parar, dignificando a vida enquanto, esta ainda existe. O contacto que os profissionais da equipa interdisciplinar têm com a morte, faz com que a encarem como parte integrante da vida, não tentando evitá-la a todo o custo. No acompanhamento de crianças em situação de fim de vida o enfermeiro “assume o dever de: respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pela pessoa [nessa circunstância], pela família ou pessoas que lhe sejam próximas” (Assembleia da República, 2015, p. 8080). A família pôde contar com o apoio da equipa multidisciplinar, com apoio espiritual, bem como com o apoio da equipa de cuidados paliativos, que continua a acompanhar os pais que assim o desejem, mesmo após a morte da criança. Pelo menos uma pessoa da equipa de enfermagem, vai ao funeral da criança em nome de toda a equipa, gesto que muito emociona os pais. Desta forma, senti que esta experiência me fez mudar a perspetiva enquanto profissional, através da constatação da importância que a tomada de decisão no melhor interesse da criança, face à evolução da sua condição clínica, mesmo que muito difícil de tomar, é libertadora para a criança e para os pais. Não sendo possível intervir de forma a mudar o desfecho final, foi dada a possibilidade de viverem momentos em família nos últimos dias de vida da criança, permitindo-lhe, bem como aos pais, criar memórias e privilegiar a vida enquanto possível. Na minha experiência profissional, nos cuidados intensivos neonatais, tendo em conta o diferente contexto, a intervenção clínica é muitas vezes invasiva, em consequência de episódios agudos de instabilidade hemodinâmica, em que são feitos todos os esforços na tentativa de restabelecer a saúde do RN. Assim, através da realização deste estágio, e da vivência desta situação específica pude constatar que a minha perspetiva face ao cuidado da criança se tornou mais abrangente, o que considero ter adicionado muito valor à minha aprendizagem.

“E2.2. - Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193). A dor pode ser definida como uma experiência subjetiva, pelo que a forma como se vive e classifica a dor é única e intransmissível, conferindo-lhe, por este motivo, uma necessidade de intervenção individualizada, que vai muito além da administração de analgésicos (OE, 2013a). Trata-se de um indicador importante do estado de saúde de uma pessoa, e reconhecer a dor como o 5.º sinal vital reforça a importância de a abordar de forma adequada e oferecer tratamentos eficazes para o seu controle, melhorando assim a qualidade de vida (DGS, 2003). Neste sentido, a prestação de cuidados à criança/jovem para a gestão da dor é essencial, devendo esta ser adequada à sua condição e

estádio de desenvolvimento. No estágio da UCIN pude constatar a extrema importância dada à gestão da dor do RNPT, havendo por parte da equipa, conhecimento e consciencialização das consequências nefastas que a dor tem no neurodesenvolvimento dos mesmos, o que corrobora o trabalho de Gardner et al., (2016b). A gestão de intervenções farmacológicas e não farmacológicas, com a finalidade de alcançar e manter o conforto do RNPT, e gerir a dor foi uma prática constante no meu processo de cuidar. As intervenções não farmacológicas funcionam como um importante recurso para o alívio da dor, podendo ser utilizadas de forma isolada ou em conjunto com as farmacológicas (OE, 2013a). Algumas das medidas não farmacológicas utilizadas foram: a administração de colostro ou leite materno, a sacarose oral, o posicionamento, o contacto pele a pele e a massagem. Relativamente a medidas farmacológicas, utilizadas no RNPT ou RN de termo doentes, com necessidade de ventilação invasiva, procedimentos dolorosos invasivos, de que é exemplo a inserção e presença de um dreno torácico, foi administrada medicação conforme prescrição, tendo sido feita referenciação ao médico pediatra sempre que era observado algum sinal de dor, que pode variar entre o choro inconsolável, à letargia concomitante com episódio de bradicardia/taquicardia, dependendo da idade gestacional corrigida e condição clínica. A sua administração era também realizada previamente a qualquer procedimento invasivo potencialmente doloroso. Pude observar uma clara preocupação da equipa promover o conforto do RN e a sua estabilidade hemodinâmica.

A dor, associada à doença oncológica, está presente em quase metade dos casos, ao longo das várias etapas da doença, chegando a 70 a 90% dos casos, em fase terminal (Castanheira et al., 2015). No que concerne ao Internamento de Oncologia Pediátrica, a dor é uma das grandes preocupações da equipa multidisciplinar, havendo um acompanhamento diário pela equipa da dor, com medidas farmacológicas prescritas, presentes no plano de cuidados de cada criança, por forma a gerir a dor de forma eficaz e evitar o sofrimento.

Relativamente às intervenções não farmacológicas, a importância da sua utilização deve-se ao facto de muitas delas modificarem o significado da dor. São várias as que podem ser utilizadas, e a sua escolha depende de variados fatores, como dos recursos existentes em cada serviço, da sensibilidade da criança à dor, do desenvolvimento cognitivo, das estratégias de *coping*, do tipo de dor (aguda, recorrente e/ou crónica), do contexto e das suas características (OE, 2013a). Algumas delas são utilizadas em crianças com doença oncológica, como por exemplo: relaxamento muscular, técnicas de respiração, aplicação de calor localizado, distração e atividade lúdica. Esta última, é uma importante estratégia para complementar as medidas farmacológicas de alívio da dor em crianças que são hospitalizadas (Melo et al., 2020). Durante o estágio tive oportunidade de incentivar as crianças a participar nas brincadeiras na sala de brincar e pude observar o impacto positivo da sua realização, como a diminuição do stresse e da ansiedade na criança. As visitas da educadora, que diariamente apresentava atividades lúdicas ajustadas à etapa desenvolvimental da criança, demonstraram também ser de grande importância no equilíbrio da saúde mental da criança. Pude ainda realizar a técnica da distração

durante procedimentos dolorosos ou desconfortáveis, como a punção venosa, através da narração de uma história, a uma criança de três anos, com interação da mesma, envolvendo-a na atividade imaginativa da história, o que permitiu que se alheasse da realidade momentaneamente. Ambas as técnicas demonstraram ser estratégias eficazes na diminuição do desconforto, funcionando como medida não farmacológica de alívio da dor.

“E2.3 – Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados” (Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193). É considerada rara uma doença que afeta no máximo 1 em cada 2 000 pessoas (União das Associações das Doenças Raras de Portugal, 2022). As doenças raras caracterizam-se por uma enorme variedade de sintomas que diferem não só de doença para doença, mas também entre doentes com a mesma patologia (Raríssimas, 2017). Atualmente, afetam 3,5%–5,9% da população mundial, estimando-se que, em Portugal, existam cerca de 600 000 a 800 000 pessoas portadoras destas doenças, 30 milhões de pessoas na Europa e 300 milhões em todo o mundo, tendo sido já identificadas mais de 6000 doenças raras (União das Associações das Doenças Raras de Portugal, 2022). Estas podem ter uma origem genética, bacteriana, vírica, alérgica ou ambiental, sendo que 70% das doenças genéticas raras começam na infância e 75% afetam crianças (Wakap et al., 2019; Eurordis Rare Diseases Europe, 2024).

No que se reporta a doenças raras, durante o estágio não tive a oportunidade de prestar cuidados a nenhuma criança diagnosticada com uma doença rara. Nesse sentido, de todas as situações que vivenciei, e nas quais estive envolvida de alguma forma, a condição de saúde menos frequente com que me deparei foi a atresia esofágica associada a fístula traqueoesofágica. A atresia esofágica é caracterizada por uma malformação que se apresenta como uma obstrução completa ou incompleta do esófago, associada a fístula traqueoesofágica em 80% dos casos, sendo a sua prevalência de 1 em cada 3000 nascimentos, mais frequente no sexo masculino (Associação Portuguesa de Diagnóstico Pré-Natal, 2023).

Num primeiro momento, durante o estágio na UCIN, tive contacto com um RN com esta condição, que aguardava crescimento do tecido esofágico para que a cirurgia de anastomose pudesse ser realizada. Este RN necessitou de cuidados especializados, de que são exemplo a aspiração contínua das secreções, e a alimentação via gastrostomia endoscópica percutânea, não sendo nenhum destes procedimentos comuns na prestação de cuidados de enfermagem neonatais, o que obriga o enfermeiro a deter e a demonstrar conhecimentos específicos sobre como atuar face a esta doença. Neste sentido, foi necessária a realização de pesquisa de informação, que me permitiu aprofundar conhecimentos sobre a realização dos procedimentos acima descritos, para a prestação de cuidados a este RN. Durante o meu percurso profissional apenas tinha experienciado um caso de atresia com fístula traqueoesofágica, pelo que foi muito interessante voltar a intervir, aprofundar conhecimentos e melhorar a capacidade no cuidado ao RN com esta condição. Uma vez que a UCIN onde estagiei é centro de referência de doenças genéticas e metabólicas do Norte do país, embora seja rara a sua ocorrência, é para lá que os RN com este diagnóstico são encaminhados, o que faz com que a experiência da equipa

multidisciplinar, e em específico da equipa de enfermagem, no cuidado ao RN com esta condição seja maior. Assim, pude verificar a proficiência da equipa de enfermagem na prestação de cuidados ao RN/família, com protocolos de atuação no diagnóstico de fístula traqueoesofágica. Esta situação demonstrou-se desafiante pelo facto do RN ser de termo, cheio de vitalidade, vontade de comer e sugar, mas pela necessidade de aspiração contínua de secreções, por forma a evitar uma aspiração pulmonar, e pela condição clínica de atresia do esófago, não podia mamar. A hora da refeição era assim um desafio, até que se sentisse saciado. Para isso foi muito importante a presença dos pais, que pegavam no RN ao colo e o acalmavam nesses momentos.

As doenças raras não afetam unicamente as pessoas portadoras, mas têm também um grande impacto nas suas famílias, amigos, cuidadores e a sociedade como um todo (Raríssimas, 2017). Neste caso específico, já existia diagnóstico pré-natal, o que permitiu aos pais uma adaptação gradual à ideia de ter um filho com um problema de saúde, preparando-se para a prevista admissão na UCIN, e potencial período alargado de internamento hospitalar até ser possível realizar a cirurgia de anastomose. Sendo este um segundo filho, esta possibilidade de preparação foi uma mais-valia para os pais, que puderam assim agilizar, com recurso aos familiares próximos, apoio necessário para poder acompanhar o RN. Os pais estiveram presentes, diariamente, tendo sido promovida e negociada a sua participação nos cuidados, uma vez que, face à extensão da fístula, era expectável que fosse necessário um período relativamente longo de espera até à realização da cirurgia. Após os 28 dias de vida, estava planeada a sua transferência para o Internamento de Pediatria, onde os pais seriam os principais cuidadores, seguindo o modelo de parceria de cuidados. Sendo que neste caso, os pais poderiam não apenas participar na resolução de necessidades desenvolvimentais, mas também nas especiais, resultantes da condição do RN. Este tipo de parentalidade obriga a uma transição múltipla e relacionada exigente, para uma parentalidade desenvolvimental, especial e simultânea.

Esta experiência revelou-se uma mais-valia para o meu desempenho também no estágio de SUPP, onde tive oportunidade de realizar o procedimento de aspiração de secreções a um lactente, com o mesmo diagnóstico, e que já tinha sido submetido a correção cirúrgica. O conhecimento, anteriormente, adquirido e a sua mobilização, atendendo à sua especificidade, permitiu-me uma intervenção mais segura e eficaz. Desta forma, a experiência e o contacto com situações mais raras, mas complexas, facilita o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, que contribuem para a aquisição de competências em resposta às doenças raras, através de prestação de cuidados de enfermagem apropriados a cada condição.

“E2.4 – Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares amplamente suportadas na evidência”, (Regulamento n.º 422/2018, p. 19193). No que se relaciona com as terapias complementares, a OE (2013b) posiciona-se a favor da utilização de

terapias não convencionais, defendendo a possibilidade de haver formação acrescida para enfermeiros, e da importância que teria a inclusão das mesmas na lista de cuidados convencionados pelo SNS. Algumas técnicas que podem ser integradas na prática de enfermagem, como a aromaterapia, a ludoterapia, a musicoterapia, e a terapia tradicional, encontram-se identificadas enquanto recursos de Enfermagem (ICN, 2019). A sua utilização pode promover o bem-estar físico, psicológico e espiritual da pessoa (OE, 2011b). Por terapia tradicional entende-se a prática de cuidados de saúde baseada na tradição, cultura, religião, ancestral e/ou espiritual, com abordagem natural, espiritual, psíquica ou metafísica, podendo ser de natureza curativa, preventiva, de proteção, ou de reabilitação (ICN, 2019).

As terapias atualmente identificadas como não convencionais são: a acupuntura, a fitoterapia, a homeopatia, a medicina tradicional chinesa, a naturopatia, a osteopatia e a quiropráxia. (Ministério Público, 2013). Em nenhum dos estágios realizados pude observar a prestação de cuidados com recurso a terapias complementares realizadas por enfermeiros. Da mesma forma, não tive a oportunidade de as colocar em prática na minha prestação de cuidados. No entanto, a ludoterapia é realizada pelos voluntários da “Associação Nariz Vermelho” e da “Associação Cor é Vida”, que brincam com as crianças, que podem também usufruir da sala de brincar. Brincar é uma atividade fundamental da infância, sendo, extremamente, importante para o desenvolvimento motor, cognitivo, emocional, biológico e social da criança. É através da brincadeira que ela comunica com o seu meio e com as pessoas ao seu redor, uma vez que, é através do brincar, das imaginações e fantasias que ela exterioriza e expressa os seus sentimentos, ansiedades e frustrações (Silva et al., 2017).

A ludoterapia, cujo conceito é a “Terapia do Brincar”, é um método de tratamento com abordagem focada principalmente na criança, em que são realizadas atividades e técnicas dinâmicas em forma de brincadeiras, para que esta se sinta mais confortável em processar as suas emoções, demonstrar os seus medos e ansiedades. Adicionalmente, promove o relaxamento, permitindo à criança tornar-se mais tranquila e confiante (Fioreti et al., 2016). Esta terapia permite que a criança se sinta menos observada, o que a torna mais apta a partilhar os seus sentimentos com o profissional que realiza a dinâmica lúdica, neste caso, o que brinca com ela, no seu mundo de fantasia. Em contexto hospitalar, o recurso à ludoterapia demonstra ser um método importante no apoio à criança na fase de aceitação do internamento, auxiliando-a a compreender o que está a acontecer, envolvendo-a e promovendo assim a sua colaboração no processo de tratamento, criando uma relação de confiança com a equipa de profissionais de saúde (Pena et al., 2021). No caso da criança com doença oncológica, após a confirmação do diagnóstico, há um distanciamento da forma de viver a vida tal como a conhecia, resultado da mudança abrupta da sua rotina, bem como pela intensa atividade de exames complementares de diagnóstico e procedimentos, alguns dos quais dolorosos, e períodos de hospitalização prolongada. A ludoterapia surge assim, como um instrumento terapêutico muito relevante na abordagem a crianças com doença oncológica, promovendo o alívio da ansiedade e a

diminuição do medo, através da utilização de brinquedos, jogos, músicas, ou mesmo filmes, que permitam à criança comunicar e compreender melhor os seus sentimentos. Enquanto as técnicas não convencionais apresentam a capacidade de transformar e melhorar a qualidade de vida da criança com doença oncológica internada, devendo ser utilizadas como parte integrante do cuidar (Netto et al., 2022). Durante a realização do estágio de oncologia pude verificar os benefícios da ludoterapia, após a qual a criança se torna mais relaxada, calma e sorridente. Os videojogos também ajudaram, alheando a criança no mundo do jogo, permitindo-lhe descomprimir do peso da realidade durante algum tempo. Embora não tenha tido oportunidade de realizar ludoterapia, incentivei as crianças a participar, sempre que possível, através do convite a juntarem-se na sala de brinquedos, ou de participarem nas atividades propostas pelas Associações “Nariz Vermelho” ou “Cor é Vida”. Esta experiência fez-me refletir na importância das pequenas coisas, e na importância que o simples ato de brincar pode ter na vida de uma criança.

Há, no entanto, a possibilidade de realização de sessões de Reiki, realizada por voluntários da Associação Acreditar, cuja população alvo são as crianças/jovens internados no Internamento de Oncologia Pediátrica e/ou os seus pais. O Reiki pode ser descrito como uma terapia de toque baseada em energia, que envolve o seu encaminhamento pelo terapeuta, de forma a equilibrar o fluxo natural desta no organismo, melhorando a capacidade de cura do corpo. O seu objetivo é melhorar a saúde e o bem-estar, através do relaxamento e alívio do stresse. Se, por um lado, não há ainda evidência clara sobre a sua efetividade em situações de doença, também não foi demonstrado que a sua realização cause qualquer efeito secundário (National Center for Complementary and Integrative Health, 2018). Segundo o estudo de Kundu et al. (2013), a avaliação feita pelos pais de crianças internadas com doença oncológica foi de que o Reiki demonstrou ser benéfico no conforto da criança, promovendo o relaxamento e o alívio da dor. Não tive, ao longo do estágio, a oportunidade de presenciar nenhuma sessão de Reiki, o que teria sido uma experiência interessante para o meu percurso formativo, mas alegra-me que esteja disponível esta opção terapêutica para as crianças e pais, denotando a importância de um cuidado holístico.

“E2.5 – Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade”, (Regulamento n.º 422/2018, p. 19193). Durante o estágio de Oncologia Pediátrica tive oportunidade de acompanhar uma criança em idade escolar, com doença oncológica inaugural diagnosticada. Sendo esta criança muito ativa, com várias atividades extra- curriculares, foi desafiante parar tão abruptamente as suas rotinas e ter de ficar no hospital, com necessidade de realização de exames complementares de diagnóstico e procedimentos variados. Ao mesmo tempo que ouvi a criança a contar-me todas as atividades que fazia e via os vídeos dos espetáculos em que participava, tentei agir de forma a facilitar este processo de transição saúde/doença através da realização de ensinamentos, de forma a melhorar o conhecimento sobre as temáticas revelantes face à sua condição, como a importância e

necessidade de isolamento durante e após a quimioterapia. Pude ensinar qual o propósito do CVC, e quais os cuidados a ter no seu manuseamento. Incrivelmente, a criança aprendeu rapidamente o procedimento e depressa começou a ser capaz de verbalizar qual das duas vias do CVC tinha sido utilizada, sentindo-se envolvida no processo de tratamento. Mais uma vez, a presença dos pais demonstrou-se determinante para a vivência desta difícil situação. Mais tarde, pude ainda acompanhar esta mesma criança em contexto domiciliário, através da UMAD, e analisar a sua adaptação ao contexto extra-hospitalar. Em sua casa, continuou a demonstrar interesse no CVC, enumerando os passos do procedimento de manutenção do mesmo, e ao mesmo tempo mostrar os brinquedos que tinha na sala. Esta reação demonstra o início de uma adaptação à nova realidade, dentro das capacidades de uma criança em idade escolar, embora seja ainda um processo moroso e lento, o início da transição saúde/doença já ocorreu e o seu interesse em aprender representa um fator facilitador, no qual pude intervir.

Ainda durante o estágio de Oncologia Pediátrica, tive a oportunidade de fazer parte de uma visita domiciliária especial a um jovem, através da UMAD. Este jovem era acompanhado também pela equipa de cuidados paliativos, devido à sua condição crónica, com necessidade de oxigenoterapia e capacidade limitada de mobilização, por grave hipertensão pulmonar resultante da sua condição de saúde. Nessa visita, tal como previamente combinado com os pais, foi feita uma festa surpresa de aniversário, já que era o seu 18º aniversário. Estiveram presentes enfermeiros, médicos e foram feitas chamadas de vídeo com os profissionais que, por se encontrarem a trabalhar, não puderam estar presentes. Este gesto tão simples foi uma autêntica celebração da vida, em geral, bem como a deste jovem em particular. A alegria e surpresa dele foi contagiante e foi um momento muito bonito, que dificilmente esquecerei. Apesar das suas limitações, conseguiu ingressar no ensino superior, o que muito o orgulhou, e através do equipamento informático, oferecido pela Associação *Make a Wish*, era-lhe agora possível, de uma forma mais confortável, assistir às aulas via online. Embora não tenha atuado de forma a promover a sua adaptação à doença crónica, este caso fez-me refletir sobre a importância da humanização dos cuidados de saúde, da empatia, e da celebração da vida, mesmo com as limitações que apresenta, valorizando o cuidado à criança, de forma holística. A sua grande capacidade de adaptação, assim como da família, foram uma verdadeira inspiração, e foi um privilégio poder observar as estratégias de *coping* que foram desenvolvendo, de forma aproveitar a vida tal como ela é.

“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento n.º 422/2018, p. 19194).

Com recurso à terceira e última competência do EEESIP, através da valorização dos cuidados antecipatórios, este responde de forma eficaz às necessidades desenvolvimentais e promove o potencial de desenvolvimento saudável da criança (Regulamento n.º 422/2018), facultando informação aos pais, o que irá melhorar o seu conhecimento e contribuir para a aquisição de capacidades, necessárias para um adequado desempenho do seu exercício parental (DGS,

2013a). Os novos conhecimentos e capacidades, vão-lhes permitir dar resposta às necessidades sentidas. O papel do EEESIP demonstra-se assim preponderante na promoção da saúde e na prevenção da doença, atuando de forma significativa para a aquisição de mestria no papel parental.

“E3.1 – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (Regulamento n.º 422/2018, p. 19194). A criança é um ser dinâmico em constante desenvolvimento, a vários níveis, entre eles, o motor, o cognitivo, o emocional e o social. A avaliação do seu percurso permite a deteção precoce de quaisquer alterações ou sinais de alarme, propiciando uma intervenção precoce. O desenvolvimento infantil constitui-se como um processo contínuo, com o sucessivo aparecimento de novas funções, seguindo na maioria dos casos, uma ordem natural (DGS, 2013a). A sua avaliação deve, no entanto, ser feita através de um processo flexível e dinâmico, respeitando a individualidade de cada criança (Levine, 2019). Acresce que, a velocidade com que esta atinge e completa um estágio de desenvolvimento, avançando para o seguinte, pode também variar, o que é mais evidente no caso de RNPT, devendo neste caso, a idade gestacional ser considerada na avaliação. A avaliação do desenvolvimento da criança permite identificar sinais de alerta e atuar, implementando cuidados antecipatórios de forma a dar resposta à necessidade desenvolvimental observada (Ramos et al., 2020).

Após o nascimento, a avaliação antropométrica é realizada através dos parâmetros de crescimento, como o peso, o comprimento e o perímetro cefálico, que ajudam a prever o crescimento e desenvolvimento subsequentes (WHO, 2020) sendo o seu registo efetuado no boletim de saúde infantil e juvenil. A monitorização do crescimento é de carácter essencial na prestação de cuidados de saúde infantil e pediátrica. Para a sua consecução, são utilizadas curvas de crescimento, instrumento fundamental, para a monitorização do estado de nutrição e do crescimento de crianças/jovens. O desenvolvimento harmonioso, dentro de parâmetros normais, é essencial para uma vida adulta saudável, tendo por isso importantes implicações na saúde das populações. Em Portugal, são utilizadas as curvas de crescimento da OMS, presentes no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), em que cada uma delas avalia o comprimento/altura e o peso do nascimento aos cinco anos; o índice de massa corporal (IMC) do nascimento aos cinco anos; o perímetro cefálico do nascimento aos dois anos; a altura, o peso e o IMC, dos cinco aos 19 anos (DGS, 2013a).

No caso de RNPT, é indicada a utilização de escalas específicas de avaliação e monitorização do crescimento, de que são exemplo os gráficos de crescimento de Fenton, que permitem uma avaliação mais precisa do crescimento considerando a idade gestacional, classificando o RNPT de leve para a idade gestacional (LIG), no caso do peso ser inferior ao percentil 3, ou como grande para a idade gestacional (GIG), caso o peso seja superior ao percentil 97 (Pereira-da-Silva et al., 2020). Estes gráficos, tal como as curvas da OMS, são distintos para o RN do sexo masculino e o do sexo feminino e objetivam facilitar a transição para a utilização dos gráficos de percentis desenvolvidos pela OMS, ao permitir avaliação o crescimento até às 10 semanas de

idade pós-termo, ou seja, até às 50 semanas. A sua utilização pretende, essencialmente, facilitar a correta avaliação do crescimento do RNPT (Fenton & Kim, 2013).

O estágio realizado na UCIN, permitiu que pudesse intervir na melhoria do conhecimento dos pais, transmitindo orientações antecipatórias, promovendo a sua autoeficácia e, em última análise, o desenvolvimento infantil saudável. As visitas diárias dos pais permitiram que as intervenções “ensinar” fossem implementadas de forma faseada, dando tempo aos pais para assimilar as novas informações e mudanças muitas vezes diárias, do estado clínico do seu RN. Um dos temas que prende a atenção dos pais é o peso do RN, avaliado diariamente, e a possibilidade do RN ter ganho peso. Neste sentido, pude informar os pais de que embora o aumento de peso preconizado seja 20 a 30 gramas diárias (Cardoso et al., 2010), no caso do RN que não esteja a ser alimentado na totalidade do volume de leite, com necessidade de soroterapia ou mesmo alimentação parentérica, é expectável que o ganho ponderal seja inferior face à situação clínica de RN. Assim, é também gerida a expectativa e trabalhada a esperança realista.

Ainda durante o estágio na UCIN pude intervir na transição parental desenvolvimental, através do ensino de orientações antecipatórias às famílias, a par das abordagens individuais com cada família, com vista à maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil, através da realização de uma atividade que se concretizou numa sessão de educação para a saúde sobre a gestão do choro do RN (Anexo VII). A sessão teve como público-alvo um grupo de pais de RN a necessitar de cuidados intermédios neonatais, com vista à melhoria do seu conhecimento sobre a gestão do choro e o risco associado ao bebé abanado, antes do regresso a casa. O pós-parto pode apresentar-se como um período esmagador para as famílias, fazendo com que as mesmas tenham uma necessidade acrescida de apoio (Høifødt et al., 2020). A motivação para a realização desta atividade residiu na importância de preparar os pais para uma melhor adaptação ao contexto do domicílio, através da melhoria do seu conhecimento sobre as características do choro do RN, e que estratégias podem ser implementadas na sua gestão. Desta forma, o objetivo geral delineado foi: “Promover o conhecimento dos pais sobre a gestão do choro do RN/lactente”, tendo sido estabelecidos, ainda, os seguintes objetivos específicos: “Identificar os tipos de choro”; “Identificar as possíveis causas para o choro”; “Descrever as estratégias promotoras do conforto do RN/lactente face ao choro”; “Relacionar as consequências do choro inconsolável com o risco de síndrome do bebé abanado”. A sessão teve lugar na sala de pais da unidade, e estiveram presentes um pai e quatro mães. As condições que considero ter sido facilitadoras foram a participação ativa dos pais durante a sessão, com partilha de experiência, de medos, e colocação de dúvidas e questões, assim como, a possibilidade de demonstração da realização de contenção do RN e de vários tipos de choro relativos a diferentes causas, através de vídeos. Como condições dificultadores, posso nomear a indisponibilidade de projetor, pelo que a sessão foi apresentada aos pais através do meu computador, para que os pais conseguissem visualizar os conteúdos da apresentação.

Embora a atuação do EEESIP em qualquer contexto em que a criança se encontre, possa ter o objetivo de melhorar o conhecimento sobre o potencial de desenvolvimento infantojuvenil, na minha experiência, o estágio onde essa competência foi mais visível foi durante o estágio na UCC. Pelo facto de a minha atividade profissional ter sido sempre em contexto hospitalar, o estagiar numa UCC foi para mim uma mudança de perspetiva importante, que acrescentou valor ao meu processo de aprendizagem. Nesta unidade tive oportunidade de colaborar com a enfermeira tutora nas sessões de massagem ao RN; nos cursos de educação parental, que abordavam temáticas como a amamentação, o sono, o desenvolvimento infantil durante o primeiro ano de vida, a diversificação alimentar, a prevenção de acidentes e a amamentação no regresso ao trabalho. Dando destaque ao tema do projeto de desenvolvimento profissional delineado, tive a oportunidade de realizar uma sessão de educação para a saúde sobre a gestão do choro do RN e lactente, a um grupo de pais, que frequentava a UCC (Anexo VIII). O objetivo geral desta sessão seguiu as linhas orientadoras do objetivo da sessão de educação para a saúde realizada na UCIN. Os objetivos específicos apenas variam relativamente ao tema do síndrome do bebé abanado, que foi apenas mencionado, sem que fosse explorada esta questão, por indicação da enfermeira tutora, que não considerou que se aplicasse a este público-alvo, em contexto de UCC. A sessão contou com um grupo de quatro mães e um pai, realizada de forma expositiva e interativa, ao longo de uma hora. As condições facilitadoras incluíram a participação ativa dos pais durante a sessão, com partilha de experiência e colocação de questões, assim como a demonstração da realização de contenção do RN e de vários tipos de choro relativos a diferentes causas, através de vídeos e imagens. Quanto às condições dificultadoras, a presença dos filhos causou momentos de ligeira distração, pelo facto de ser necessário atender às suas necessidades, de que são exemplo a mudança da fralda, ou o choro, tendo, no entanto, o seu impacto sido mínimo e não comprometedor do sucesso da sessão.

Complementarmente, foi ainda enviado a cada um dos pais, um *ebook* para posterior consulta, sobre as temáticas abordadas (Anexo IX). Esta experiência obrigou a uma preparação prévia, considerável, não apenas quanto à organização do material teórico e expositivo e planeamento da sessão, mas também por todo o processo de seleção efetuado, pelo contacto realizado com cada um dos pais, para efetivar o convite; pela organização de respostas e ajuste do local da sessão às necessidades do grupo de participantes, uma vez que todos trouxeram os RN/lactentes com eles. Foi sem dúvida uma experiência interessante, que melhorou as minhas habilidades de comunicação a grupos.

A oportunidade de observar e poder atuar na melhoria do conhecimento dos pais em contexto domiciliário, através da visita domiciliária, após referenciação hospitalar por parte da UCIN ou Internamento de Obstetrícia, antes do regresso a casa por parte da mãe e RN/lactente, foi também uma experiência muito interessante, permitindo a promoção da saúde, a melhoria do conhecimento, da capacidade e da autoeficácia parentais, de uma forma mais premente e profunda, do que é possível em contexto hospitalar, pelo facto de os pais se encontrarem no seu

ambiente familiar, onde se sentem mais à vontade, sendo ainda o local onde os desafios de cuidar do RN/lactente irão ocorrer. Poder fazer parte desse acompanhamento e observar a disponibilidade com que os pais foram recebidos, com os potenciais ganhos em saúde resultantes deste trabalho, fez-me refletir na absoluta necessidade em apostar nos cuidados de saúde primários, para o bem da comunidade. Por exemplo, uma situação de uma mãe de um RN com história de prematuridade, o que dificultou o processo de amamentação. Amamentar era algo que a mãe desejava fazer, pelo que a realização de ensinamentos sobre a amamentação teve início, ainda, no internamento hospitalar, na unidade de neonatologia. Após o regresso a casa, foi requisitado o acompanhamento pela EEESIP, da UCC, que ocorreu em forma de visita domiciliária, na qual foi possível avaliar o peso da RN e reforçar os ensinamentos anteriormente realizados, adaptá-los ao quotidiano e contribuir para a melhoria da autoeficácia da mãe, que ao verificar que a sua filha estava a crescer, sendo apenas amamentada, valida os métodos que está a utilizar para amamentar. Desta forma, sendo o sucesso da amamentação reconhecido como fundamental para a otimização do crescimento e desenvolvimento saudável do RN/lactente e fortalecimento da relação entre mãe e filho, ao apoiar a mãe no seu processo de amamentação, pude contribuir para o saudável crescimento e desenvolvimento do RN.

Adicionalmente, colaborei em consultas de saúde infantil, na USF, pertencente ao ACES da UCC onde estagiei, onde me foi possível avaliar o crescimento e o desenvolvimento de um lactente de 2 meses, e ensinar a mãe sobre as estratégias promotoras do mesmo, nomeadamente, no que diz respeito a estimular a interação com o lactente adequando-a às competências e capacidades do mesmo. O colo, enquanto contacto físico, estimula grande parte das sensações do lactente, através do toque, batimentos cardíacos e do cheiro da mãe, que despertam neste a sensação de segurança e conforto. Foi também mencionada a importância de expor a lactente a ambientes e estímulos diferentes, através de passeios em locais arejados e não poluídos. Pela sua importância no acompanhamento do desenvolvimento da lactente, foi também ensinado à mãe quais os sinais de alarme para esta idade, como sendo a ausência de tentativa de controlo da cabeça na posição sentada e a não fixação a face humana (DGS, 2013a). Mais uma vez pude constatar a importância das intervenções do EEESIP no acompanhamento atempado, na atuação e encaminhamento precoce, na promoção do papel parental desenvolvimental e na promoção do crescimento e do desenvolvimento infantil.

“E3.2 – Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais” (Regulamento n.º 422/2018, p. 19194). Esta unidade de competência pôde ser trabalhada em todos os locais de estágio, uma vez que prestei cuidados a RN e lactentes em todos os contextos. No entanto, pelo perfil de competências e o cliente alvo de cuidados, foi durante os estágios na UCIN e na UCC que pude atuar de forma mais significativa nesta temática. O internamento do RN na UCIN tem um impacto profundo no desenvolvimento da vinculação, pela distância imposta pela fragilidade hemodinâmica do RN, não permitindo muitas vezes o contacto deste com a mãe/pai, pela condição inerente à

prematuridade ou condição clínica. Este impacto é também dificultador para o apego, tendo implicações na relação de ligação mãe/pai/filho, que se torna assim mais desafiante. Desta forma, pode atuar ao promover o contacto pele a pele sempre que a condição clínica o permitia, envolvendo os pais no processo organizativo das atividades do dia, por forma a incluí-los no processo de cuidar do filho (Petty, 2015; WHO, 2022). Através da relação terapêutica que se vai estabelecendo entre a mãe/pai e o enfermeiro, é trabalhada a esperança realista daquilo que é expectável no desenvolvimento de um RN doente ou prematuro. No que se reporta à parentalidade, quando ocorre o nascimento de um RN, a gestão de emoções e expectativas torna-se mais desafiante, a vários níveis. O luto pelo filho imaginado e a percepção de que a realidade é bem diferente do que o que foi sonhado ao longo da gravidez, coloca os pais num lugar de vulnerabilidade e incerteza no futuro, que necessita de ser considerado pelos enfermeiros (Gorge, 2014). A esperança é vivida de forma subjetiva, sendo, no entanto, um conceito universal ao Ser Humano. Esta pressupõe respeito pelos planos, objetivos e metas delineadas pelos pais relativamente ao cuidado prestado ao seu filho. Assim, o desenvolvimento de estratégias promotoras de esperança requer, por parte do enfermeiro, a escuta ativa, permitindo aos pais expor as suas dúvidas e sentimentos (OE, 2011a). Por conseguinte, a aplicação da esperança realista, como parte integrante da prestação de cuidados ao binómio criança/família, demonstra ser de extrema importância para o equilíbrio e sucesso da transição desenvolvimental com potencial para transição situacional concomitante. É necessário informar os pais que a vivência na UCIN inclui altos e baixos, avanços e retrocessos, e que cada vitória merece ser celebrada, sendo o fator mais importante o tempo, que é essencial para o desenvolvimento e crescimento do seu RNPT.

A amamentação, sendo de cariz primordial para o RNPT ou RN doente, também é a forma de alimentar um RN e lactente mais aconselhada (WHO, 2024), tendo por isso sido promovida em todos os locais de ENP, através da realização de intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar, incentivar e elogiar. No caso do RN ainda não apresentar sinais de prontidão alimentar, a amamentação pode ser promovida, através da instrução sobre a estimulação manual da mama, da utilização da bomba extratora de leite materno, da sua acomodação e conservação, e a frequência com que deve ser realizada. Esta rotina promove e fortalece a ligação mãe-filho, envolvendo a mãe no processo de cuidar, com uma tarefa de elevado valor, que só ela pode fazer: extrair leite materno específico para o seu RN.

Adicionalmente, é comum que a amamentação e os seus desafios sejam considerados a causa responsável pela irritabilidade e choro do RN/lactente. O choro, quando inconsolável, pode afetar negativamente a confiança e a autoeficácia da mãe que se encontra a amamentar, contribuindo para que sinta que há algo de errado com o seu leite, ou com o seu RN/lactente, ou que a amamentação exclusiva não é suficiente para o alimentar e saciar (Neifert & Bunik, 2013). Deste modo, os profissionais de saúde devem apoiar as mães de RN/lactentes, que vivenciam episódios de irritabilidade ou choro inconsolável, a manter a amamentação exclusiva. Para além

de que devem prestar apoio de forma empática, realizar informoterapia sobre os padrões de choro, estratégias para a gestão do mesmo, informando que o choro intenso e inconsolável faz parte da fase desenvolvimental do lactente e que vai diminuindo até se resolver (Lehtonen & Rautava, 1996). Uma má interpretação do comportamento do RN/lactente por parte dos profissionais de saúde, bem como por parte dos pais, contribui para a diminuição da amamentação exclusiva, uma vez que o choro, os despertares noturnos, entre outros comportamentos normais do desenvolvimento da criança nesta fase, são entendidos como sendo causados por fome, impulsionando a introdução de leite adaptado ou até mesmo de alimentos sólidos antes dos seis meses (Neifert & Bunik, 2013). A promoção da amamentação tem, assim, por base o acompanhamento das mães em contexto hospitalar ou de cuidados de saúde primários, a disponibilidade em ensinar, instruir e treinar a técnica de amamentação, e o avaliar a sua evolução.

“E.3.3- Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento n.º 422/2018, p. 19194). A comunicação adequada, com base na partilha de conhecimentos, com recurso a técnicas apropriadas à idade e ao estágio de desenvolvimento da criança é essencial para a otimização da prestação de cuidados. Assim, é esperado que o EEESIP disponibilize o suporte necessário ao binómio criança/família por forma a facilitar a sua capacitação para a gestão proficiente dos cuidados ao seu filho, objetivando a autonomia, a literacia em saúde e a tomada de decisão informada (OE, 2017). Portanto, pude ao longo dos ENP pôr em prática capacidades comunicacionais variadas, por forma a intervir na melhoria do conhecimento e das capacidades dos pais, durante o internamento do seu filho na UCIN, visando facilitar o seu processo de transição. No internamento de oncologia pediátrica e no SUPP, pude também utilizar técnicas de comunicação, adequadas à idade e fase desenvolvimental da criança/jovem. O intervalo de idades de crianças com quem contactei ao longo dos estágios foi compreendido entre o nascimento e os 16 anos, o que obrigou a um ajuste na forma de comunicação utilizada, mas constitui-se como uma mais-valia para o meu processo de aprendizagem.

Um exemplo disso ocorreu no estágio de SUPP em que foi necessário realizar a inserção de um cateter venoso periférico e colheita de sangue a uma criança em 11 anos com diagnóstico de perturbação do espectro de autismo (PEA). A mãe estava presente e facultou essa informação de forma a que pudesse ser aplicada uma forma de atuação que causasse menor stresse à criança. Desta forma, foi explicado à criança que era necessário colocar um cateter, quem o iria fazer e tocar no seu braço, sobre compromisso de ninguém lhe tocar. Além disso, foi utilizada a estratégia não farmacológica de alívio da dor da distração, através da descrição de um passeio à beira-mar, sítio que a criança muito apreciava. A adequação da comunicação previamente ajustada às necessidades comunicacionais desta criança, fizeram toda a diferença no sucesso da realização do procedimento necessário para o adequado tratamento da sua condição clínica.

Adicionalmente, durante o estágio na UCC, foi possível colaborar com a enfermeira tutora no

aprofundamento e melhoria dos conhecimentos dos pais sobre técnicas de comunicação e relacionamento com os filhos, através da frequência do curso “Anos Incríveis”, composto por oito sessões, que aborda estratégias para gerir o comportamento desafiante das crianças com idades compreendidas entre os três e os seis anos, e entre os seis e os 12 anos de idade. Este programa tem como principais objetivos promover a competência social, emocional e académica das crianças, assim como prevenir e reduzir problemas de comportamento, de forma precoce e eficiente. Na UCC, o programa abrangia crianças de idade pré-escolar e escolar, havendo, no entanto, programas parentais desde o nascimento até aos 12 anos de idade (The incredible Years, 2024), que no entanto, não estavam presentes nas sessões, cujo público alvo eram os pais. O acesso a este curso requeria inscrição prévia, sendo muitas vezes feito o encaminhamento pelo médico de família.

Poder fazer parte destas sessões, assistir a enfermeira tutora na preparação do material para as sessões, e intervir com os pais nos momentos reflexivos da sessão, demonstrou ser uma experiência muito interessante, por observar a preocupação e a dedicação dos pais perante a educação dos seus filhos, objetivando um crescimento social saudável. Na atualidade, pais que vivem na cidade, sem apoio familiar, cansados ao fim de um dia de trabalho, situação que é agudizada em caso de pais que trabalham por turnos, sentem dificuldade em ter o tempo e a disponibilidade que desejariam para partilhar com os seus filhos e, em última instância, a calma que gostariam de ter para gerir comportamentos desafiantes. Nesse sentido, achei muito interessante e merecedor de destaque, o esforço em melhorar o seu conhecimento sobre como comunicar e relacionar-se com os seus filhos.

“E.3.4- Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (Regulamento n.º 422/2018, p. 19194). Durante a realização dos ENP, o contacto que tive com adolescentes, ocorreu no SUPP, no Internamento de Oncologia Pediátrica e UCC. No que se reporta ao SUPP, a maioria dos adolescentes com quem contactei estavam em estado crítico, não sendo o momento oportuno para comunicar, avaliar ou promover a autoestima e as escolhas relativas à saúde, ou até possível em alguns dos casos comunicar verbalmente, face à sua condição clínica. No entanto, houve uma situação que me fez refletir, um adolescente que recorreu ao SUPP, na companhia da avó, que esgotando as estratégias de o tentar animar, e a pedido do mesmo, decidiu acompanhá-lo. O adolescente encontrava-se com pouca força anímica, e referiu ter recorrido ao SUPP por sentir que necessitava de ajuda com a sua saúde mental, e que se sentia profundamente deprimido, a necessitar de ajuda. Esta situação perturbou-me, quer pela urgência com que o adolescente fez esse pedido, quer pelo fácies desanimado e desesperançado do mesmo. Pude assim dirigir-me diretamente ao adolescente, a quem perguntei de forma aberta e sem qualquer julgamento, o que é que sentia. Ele respondeu que precisava de ajuda e não queria voltar para casa, que preferia ficar com os enfermeiros até que o médico o pudesse observar. O enfermeiro tutor explicou-lhe que perante a afluência de casos a necessitar de observação e cuidados urgentes, iria demorar a ser observado, mas que

poderia ficar no serviço de urgência e contar com a presença dos enfermeiros durante a noite. A oportunidade de vivenciar esta interação e gestão comunicacional por parte do enfermeiro tutor foi para mim muito importante, que valorizei enquanto experiência.

Já durante o estágio de Oncologia Pediátrica, em contexto de visita domiciliária a uma adolescente de 16 anos, recentemente diagnosticada com doença oncológica, pude intervir de forma a reforçar a sua imagem corporal. A perfusão de antibioterapia prescrita tinha a duração de uma hora, e sendo para ela importante ter as unhas de gel mantidas adequadamente, pude elogiar as suas, que estavam muito bem cuidadas. Esse comentário fez com que ela se sentisse mais bonita e apreciada, melhorando a sua autoestima. Durante aquele período houve a oportunidade de falar de temas relacionados com a imagem e que interessavam à adolescente, que me ajudou a perceber que a preservação da autoestima e auto-imagem eram importantes para ela. O apreço pela partilha revelou-se uma importante forma de comunicar, facilitando a comunicação expressiva de emoções e reforçando a imagem corporal positiva.

Relativamente à UCC, pude contactar com adolescentes durante as sessões de saúde escolar, em que foi notória a proximidade que sentiam com a EEESIP da equipa de saúde escolar, com quem partilharam diversas questões, algumas relativas à sua sexualidade. Esta partilha, denota o impacto positivo que a realização de sessões de educação para a saúde tem na promoção da saúde dos adolescentes e na autodeterminação das suas escolhas, e como uma saudável e próxima relação entre os cuidados de saúde primários e as escolas pode ter benefícios na comunidade. Pude ainda intervir no reforço da tomada de decisão responsável, quando após uma das sessões de educação para a saúde, fui abordada por uma adolescente que tinha dúvidas sobre o método contraceutivo que deveria utilizar, já que estava no momento de remover o implante hormonal que possuía e considerava mudar para pílula. Desta forma pude encaminhá-la para o recurso à Unidade de Saúde Familiar à qual está afeta, para uma consulta onde pudesse esclarecer essa questão, e ser informada quanto ao método de contraceção mais adequado, tendo em conta a sua condição e historial de saúde.

Pude também acompanhar uma consulta na USF em que a médica de medicina geral e familiar e a EEESIP estavam presentes, uma vez que trabalham em equipa. Nessa consulta, por desconforto menstrual recorrente e por vontade da adolescente, foi prescrita a primeira pílula anticoncecional, em que pude realizar, em conjunto com a enfermeira da USF, a intervenção de enfermagem “Ensinar sobre a administração de anticoncecional”, especificando qual o efeito terapêutico, as vantagens e desvantagens, necessidade de tomar em hora certa, entre outros aspetos, abordados de uma forma clara, e sucinta, que permitiu que a adolescente assimilasse a informação.

Em suma, a realização dos ENP foram de inestimável valor para o meu processo de aprendizagem ao longo do curso de MESIP, tendo sido essenciais para a aquisição de competências gerais e específicas de EE. Tendo realizado a análise crítico-reflexiva daquilo que

foram as minhas experiências ao longo dos ENP, irei concluir este relatório com uma síntese reflexiva da minha experiência enquanto estudante de MESIP.

8. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A realização deste relatório possibilitou a reflexão sobre o percurso académico realizado ao longo do curso de MESIP, apresentando-se como o culminar do processo de aquisição de competências comuns do EE e específicas do EEESIP, com particular ênfase nos ENP realizados, tornando possível a explanação e análise desse percurso. Numa perspetiva de sequencialidade e harmonização entre o Módulo I e o Módulo II, os estágios decorreram nos mesmos contextos clínicos, sob orientação dos mesmos enfermeiros tutores, proporcionando uma oportunidade de desenvolvimento de competências na área. Esta abordagem revelou ser positiva, tanto para a consolidação de conhecimentos, como para a aquisição de capacidades e competências essenciais à prestação de cuidados especializados de enfermagem à criança/jovem/família.

A diversidade de experiências a que o EEESIP está exposto, considerando a especificidade de cada grupo etário, bem como o facto do alvo de cuidados não ser apenas a criança/jovem, mas também a família, enquanto binómio numa perspetiva de saúde e doença, torna a ESIP numa especialidade de complexidade e diversidade ímpares. Importa, ainda, referir a relevância do tema escolhido para o projeto de desenvolvimento profissional: “A gestão do choro do RN e lactente”, orientado e ajustado aos diferentes contextos clínicos. A necessidade de utilizar diferentes estratégias de realização das atividades face aos contextos de estágio, pela especificidade de cada um deles, fez com que eu privilegiasse esta problemática no meu desempenho. Em dois dos locais de estágio a sua realização ocorreu através de uma abordagem individual aos pais. Nos outros dois locais de estágio, a abordagem utilizada pôde ser a de grupo, que muito enriqueceu a discussão e partilha de experiências entre os pais. O seu desenvolvimento foi sem dúvida desafiador e contribuiu efetivamente para o enriquecimento das minhas experiências de aprendizagem. A par desta, este projeto também propiciou à reflexão sobre a importância de dar oportunidade aos pais de partilharem os seus medos e dúvidas, neste caso concreto sobre a gestão do choro do RN e lactente, constituindo-se esses momentos como ideais para intervir, de forma a melhorar o conhecimento dos mesmos sobre esta temática, favorecendo a mestria do papel parental.

As orientações dos organismos e instituições nacionais relacionados com a saúde em Portugal vão também ao encontro da abordagem deste tema, atendendo à sua importância na saúde e bem-estar das famílias com RN e lactentes. O Plano Nacional de Saúde 2030 defende uma saúde sustentável, com base na melhoria da saúde e o bem-estar da população em todo o ciclo de vida, e recomenda a valorização da informação, da comunicação, da ciência, do conhecimento e da inovação (DGS, 2022a). Já o PNSIJ sugere que haja uma valorização dos cuidados antecipatórios, ao intervir na melhoria do conhecimento dos pais sobre temáticas que

visam a promoção da saúde e a prevenção da doença, que terão como resultado pais mais bem preparados para o exercício da parentalidade (DGS, 2013a). Também os padrões de qualidade de cuidados especializados em ESIP vão ao encontro desta temática, ao definir que o exercício profissional do EEESIP, tem como foco central os cuidados à criança, evidenciando os cuidados centrados na família, com ênfase nas interações comunicacionais que lhe estão subjacentes (OE, 2011a). O meu interesse nesta temática relaciona-se com o facto de na minha prática profissional ter vivenciado um caso de síndrome do bebé abanado, o que motivou a sua escolha para o desenvolvimento do meu projeto profissional, associada à sua importância no saudável desenvolvimento infantil, e no papel facilitador para uma transição saudável para o papel parental, a sua seleção demonstrou ser pertinente e contributiva para a área da ESIP.

Considerando que o objetivo da realização deste relatório foi descrever o processo de aprendizagem e o percurso de aquisição de competências comuns e específicas do EEESIP, adquiridas ao longo dos ENP, com uma área de aprofundamento do conhecimento sobre uma temática de interesse: “A gestão do choro do RN e lactente”, considero que o mesmo foi alcançado, pela explanação de experiências proporcionadas pelos estágios, que me permitiram desenvolver as competências especializadas de cariz comum e específico.

Adicionalmente, por forma a dar resposta aos objetivos do projeto de desenvolvimento profissional, a realização de pesquisa sobre o tema proporcionou-me o aprofundar do meu conhecimento sobre o choro na sua componente fisiológica, e enquanto estratégia de comunicação do RN e lactente. O choro enquanto meio de comunicação identifica o grau de desconforto mais facilmente que a causa, sendo a alta frequência do choro indicativo de um elevado desconforto. Esta pesquisa permitiu-me também identificar as causas mais comuns, sendo que, na sua génese, o choro pode ter vários motivos provenientes de necessidades físicas, de que são exemplo: a fome, a dor, o desconforto, e o sono; e de necessidades emocionais, como o aborrecimento, pedir carinho, pedir proximidade com a mãe e por se sentir desprotegido. Curiosamente, a resposta dos pais e profissionais de saúde ao choro parece ser direcionada para as causas que se enquadram nas necessidades físicas. Esta resposta também varia em função das diferentes culturas, sendo o choro percecionado como mais duradouro e problemático nas sociedades ocidentais do que nas sociedades tradicionais. É provável que a forma de vida e o apoio da família alargada tantas vezes presente nas sociedades tradicionais, e cada vez menos comum nas sociedades ocidentais, esteja relacionada com a perceção parental do choro, pelo isolamento e in experiência em cuidar de crianças. O choro do RN e lactente está associado a um maior risco de ansiedade e stresse parentais, o que pode dificultar o processo de transição para a parentalidade. Importa referir que uma maior experiência prévia de contacto com o RN e lactente se relaciona com uma maior perceção de autoeficácia. Esta questão é um aspeto importante a considerar, uma vez que, atualmente, as famílias são cada vez mais pequenas, com menor número de crianças, havendo por isso menor exposição às mesmas, muitas vezes até ao momento em que as pessoas se tornam pais. Assim, surge a pertinência de

abordar esta temática em sessões de educação para a saúde, contribuindo dessa forma para a melhoria da autoeficácia dos pais relativamente à gestão do choro do RN e lactente.

O choro inconsolável ocorre como parte integrante do desenvolvimento do RN e lactente, sendo que na grande maioria dos casos, este é saudável. Este tipo de choro pode apresentar-se como muito exuberante e ser desafiante para os pais, no sentido de o saberem interpretar e gerir. Mais uma vez se torna pertinente informar os pais sobre a importância do choro no normal desenvolvimento do seu filho, que os ajudará a gerir as suas expectativas relativamente ao comportamento do RN e lactente. A sua ocorrência pode trazer consequências importantes para a dinâmica familiar, e para a segurança do RN e lactente. As mesmas incluem a frustração parental, a interferência na vinculação/apego, o aumento do stress e ansiedade parentais, e a exaustão parental, e podem ter um impacto negativo na amamentação exclusiva, na perda do controlo por parte dos pais e, consequentemente, colocar o RN e lactente em risco. O síndrome do bebé abanado é uma das mais graves consequências de uma gestão ineficiente do choro inconsolável, havendo uma grande associação entre ambos. O ato de abanar o RN e lactente provoca risco potencial de causar graves lesões cerebrais e potencialmente fatais, sendo por isso de extrema importância a sua prevenção. Como medidas eficazes de promoção do conforto do RN e lactente face ao choro, foram identificadas: a contenção, a posição lateral, o ruído branco, o embalar, o sugar e a acupuntura.

Os primeiros três meses de vida da criança compreendem um período de grande importância na gestão do choro pelo facto de, durante este período, o lactente ainda ser muito sensível a estímulos que se assemelhem aos que vivenciou durante a fase intra-uterina, apresentando o reflexo calmante. Após esse período de vida, este reflexo vai gradualmente diminuindo, o que se repercute numa melhor capacidade, por parte do lactente, de se autorregular e lidar com os estímulos extra-uterinos que o rodeiam.

Deste modo, pude esclarecer de que forma o choro era interpretado pelos pais e profissionais de saúde, qual o significado a ele atribuído pelos pais, quais as suas causas e consequências, o que me encaminhou para a forma como posso intervir para facilitar a sua gestão e promover a segurança do RN e lactente. Exemplo disso são o acompanhamento por parte do enfermeiro, ou a realização de sessões de educação para a saúde, à semelhança das que realizei ao longo dos ENP.

Algumas das estratégias que poderão contribuir para uma adequada gestão do choro do RN e lactente são a realização de formação aos pais, no período antes do parto, como por exemplo, nas últimas consultas de vigilância da gravidez, e a sua inclusão nos cursos de preparação para o parto. Já no período após o parto, a temática poderá ser incluída como cuidado antecipatório na consulta de enfermagem de saúde infantil e juvenil, na USF, nomeadamente, nas consultas até ao segundo mês, inclusive. A aposta na formação dos profissionais de saúde, que lidam com RN e lactentes, sobre a gestão do choro demonstrou ter também um impacto positivo na

melhoria da autoeficácia dos pais e na segurança do RN e lactente. Em extrapolação, eventualmente, a sua incorporação nas instituições que se relacionam com os cuidados ao RN e lactente, de que são exemplo as creches, poderia ser uma mais-valia para a segurança dos mesmos, embora não tivesse sido esse o alvo de pesquisa deste trabalho.

A realização de atividades em formato de ação de formação relativas à gestão do choro do RN e lactente, durante os ENP, em contexto individualizado e em grupo, permitiu-me refletir na importância da abordagem deste tema aos pais, que embora não seja um tema novo, se mantém atual, como uma temática geradora de stresse e ansiedade, com potencial de interferir negativamente na vivência da parentalidade. Embora tivesse sido relevante em todos os locais de estágio, acredito que a realização teve um maior impacto nos estágios da UCIN e da UCC. Estes foram os locais de estágio onde foi utilizada uma estratégia de grupo, que permitiu uma maior partilha de experiências. Adicionalmente, os pais dos RN e lactentes internados na UCIN, estavam na sua maioria, nesta condição há algum tempo, sendo a visita diária à UCIN parte do seu quotidiano, permitindo-lhes ter disponibilidade para aprender. No estágio da UCC, a atividade decorreu num contexto de promoção da saúde, em que os pais estavam mais predispostos a aprender, tirando mais partido desta experiência. Relativamente ao estágio no SUPP, sendo um contexto de urgência, a preocupação da mãe era que a condição de saúde do filho melhorasse, sendo a sua capacidade de envolvimento na atividade menor do que, eventualmente, seria numa outra situação. No estágio de Internamento em Oncologia Pediátrica, embora por outras razões, o mesmo se aplicou aos pais da lactente, que embora tivessem participado, tinham como preocupação maior a doença oncológica da filha e o seu tratamento.

Demonstra-se, assim, a necessidade de que os enfermeiros acolham as frustrações, as dificuldades e os medos partilhados pelos pais relativos ao choro do RN e lactente; que atuem na melhoria do conhecimento sobre o normal desenvolvimento comunicacional do RN e lactente, o qual envolve o choro, contribuindo na mudança de perspetiva, e de significado.

A realização deste relatório apresentou fatores que facilitaram a sua elaboração, outros que a dificultaram ou condicionaram, tendo apresentado, ainda, oportunidades de desenvolvimento profissional. Assim, como fator facilitador da elaboração deste relatório, que impulsionou todo o processo, posso nomear o meu interesse pela temática selecionada e pela futura aplicabilidade do conhecimento que adquiri ao longo deste processo, na minha atividade profissional, o que terá um impacto positivo na autoeficácia dos pais e segurança do RN e lactente, que eu tanto valorizo. O facto dos locais de estágio e enfermeiros tutores terem sido os mesmos, em ambos os momentos de estágio, foi também para mim um fator facilitador. O apoio da Enfermeira Chefe e dos restantes elementos da equipa de enfermagem da qual faço parte, foi também de cariz essencial para o culminar deste processo de aprendizagem.

A particularidade que torna a área da ESIP tão interessante é também aquela que a torna tão

desafiante, pela grande diversidade de utentes, em diferentes fases desenvolvimentais, com diversas necessidades inerentes não só à sua idade e fase desenvolvimental, como também às suas características individuais. Acresce, ainda, o facto de o alvo de cuidados do EEESIP ser o binómio criança/família, mas também esta com as suas características, necessita de ser consideradas na prestação de cuidados de enfermagem. Por este motivo, o percurso de desenvolvimento e aquisição de competências foi muito dinâmico, mas exigente, não sendo conjeturável a sua rápida aquisição, processo esse que requer tempo. No entanto, a realização do ENP permitiu-me observar, colaborar e intervir em diferentes contextos da prática de prestação de cuidados à criança/jovem/família, como futura EEESIP, e contactar com a criança/jovem com idades diversas, expondo-me a situações que possibilitaram o desenvolvimento de competências nas áreas da promoção da saúde, na prevenção da doença e no tratamento ativo da mesma, em contexto de cuidados de saúde primários e cuidados de saúde diferenciados, respetivamente.

Como oportunidade de desenvolvimento profissional, não poderia deixar de mencionar a possibilidade de melhorar a capacidade crítico-reflexiva da conceção de cuidados de enfermagem, que foi sendo estimulada desde o início do curso de MESIP. Adicionalmente, a possibilidade de poder utilizar a plataforma E4nursing, ancorada na Ontologia de Enfermagem, como meio de realização da conceção dos estudos de caso, permitiu-me tornar mais clara a reflexão que leva à tomada de decisão por parte do enfermeiro. Neste processo de tomada de decisão e, conseqüente, documentação dos cuidados, tive em consideração: a apreciação inicial e os dados relevantes para o diagnóstico, a definição de objetivos alinhados com as intervenções de enfermagem, e os critérios de resultados a atingir, o que constituiu para mim um desafio superado, e um importante momento de aprendizagem. Ambas contribuíram para a minha evolução profissional. Surgiu, ainda, a possibilidade de melhorar as minhas competências de investigação, na interpretação e divulgação de resultados decorrentes da evidência científica, que tanto valorizo. O facto de ter tido a oportunidade de partilhar com os pais e enfermeiros, numa abordagem em grupo, informação para a saúde que considero relevante, apresentou-se como uma oportunidade de crescimento que influenciou profundamente o meu desenvolvimento profissional, ao longo dos diferentes estágios.

Como fator dificultador da realização deste relatório, posso eleger o facto de ser complexa a tarefa de reunir num documento e de forma sintética e inteligível, as experiências referentes a quatro e muito diferentes estágios, que me expuseram, igualmente, a tão diversos ambientes e experiências, em dois momentos distintos. A quantidade de oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de competências foi extensa, pelo que a seleção das mais importantes experiências, de forma a tornar este documento de mais fácil leitura, foi desafiante. No entanto, importa referir que a orientação dada pelas professoras orientadora e co-orientadora, me ajudou a organizar as ideias expostas, por forma a dar ênfase ao que queria e pretendia demonstrar com este relatório.

Todavia, o maior desafio, de todos, foi conseguir realizar a gestão do meu tempo de forma otimizada, considerando o tempo necessário para a realização da pesquisa, de atividades em cada um dos estágios, da aprendizagem inerente aos mesmos, conjuntamente com a minha atividade profissional a tempo inteiro, e vida pessoal. Este processo exigiu uma grande gestão de prioridades, de forma a que houvesse um aproveitamento de todas as oportunidades de aprendizagem a que tive acesso, sem descurar nenhuma das outras áreas da minha vida. Não obstante, ao refletir sobre esta experiência da realização não só do ENP mas, de todo o curso de MESIP, na sua totalidade, posso concluir que foi uma experiência extremamente enriquecedora a nível profissional, bem como a nível pessoal, que me permitiu evoluir como enfermeira, na diferenciação da minha prática, que espero contribua para uma enfermagem mais significativa para as crianças/famílias, alvo dos meus cuidados.

9. BIBLIOGRAFIA

Acreditar à conversa (A. Monteiro, Interviewer; By M. Do Bom Sucesso, Tiago, & Maria Do Carmo). (2019). [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=1lz2ipnpBQ8>

Administração Central do Sistema de Saúde. (2017). *Recomendações técnicas para serviços de neonatologia*. ACSS. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Neonatologia_11_2017.pdf

Agência Europeia do Medicamento. (2023). *Resumo das características do medicamento*. European Medicines Agency - Science Medicines Health. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/qarziba-epar-product-information_pt.pdf.

Agostoni, C., Décsi, T., Fewtrell, M., Goulet, O., Kolaček, S., Koletzko, B., Michaelsen, K. F., Moreno, L. A., Puntis, J., Rigo, J., Shamir, R., Szajewska, H., Turck, D., & Van Goudoever, J. B. (2008). Complementary feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 46(1), 99–110. <https://doi.org/10.1097/01.mpg.0000304464.60788.bd>

Alaseeri, R., Rajab, A. A., & Banakhar, M. (2021). Do personal differences and organizational factors influence nurses' decision making? A qualitative study. *Nursing Reports*, 11(3), 714–727. <https://doi.org/10.3390/nursrep11030067>

Alves, E. A. (2016). O início do ciclo de melhoria contínua da qualidade em serviços de saúde. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 5(2), 180–181. <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/7385>

Alvisi, P., Brusa, S., Alboresi, S., Amarri, S., Bottau, P., Cavagni, G., Corradini, B., Landi, L., Loroni, L., Marani, M., Osti, I. M., Povesi-Dascola, C., Caffarelli, C., Valeriani, L., & Agostoni, C. (2015). Recommendations on complementary feeding for healthy, full-term infants. *Italian Journal of Pediatrics*, 41(1). <https://doi.org/10.1186/s13052-015-0143-5>

Arya, S., Naburi, H., Kawaza, K., Newton, S., Anyabolu, C. H., Bergman, N., Rao, S., Mittal, P., Assenga, E., Gadama, L., Larsen-Reindorf, R., Kutu, O., Linnér, A., Yoshida, S., Chopra, N., Ngarina, M., Msusa, A. T., Boakye-Yiadom, A. P., Kutu, B. P., . . . Massawe, A. (2021). Immediate “kangaroo mother care” and survival of infants with low birth weight. *The New England Journal of Medicine*, 384(21), 2028–2038. <https://doi.org/10.1056/nejmoa2026486>

Assembleia da República. (2015). Lei n.º 156/2015 n.º 181, série 1. Diário da República: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>

Associação Portuguesa de Diagnóstico Pré-Natal. (2023). *Resumo clínico: Atrésia esofágica*. https://www.apdpn.com/documentos/file/AEsof_cl%C3%ADnicos.pdf

Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa. (2021). *Recomendação de boas práticas. Acessos vasculares centrais*. https://www.aeop.pt/ficheiros/AVC.Doc.Final_.pdf.

Associação Portuguesa de Nutrição. (2019). *Alimentação nos primeiros 1000 dias um presente para o futuro*. APN. https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/1000_DIAS_EBOOK-2706.pdf

Baird, J., Rehm, R. S., Hinds, P. S., Baggott, C., & Davies, B. (2016). Do you know my child? Continuity of nursing care in the pediatric intensive care unit. *Nursing Research*, 65(2), 142-150. <https://doi.org/10.1097/nnr.0000000000000135>

Balest, A. L. (2023). Parâmetros de crescimento em recém-nascidos. *Manuais MSD Edição Para Profissionais*. <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/pediatria/problemas-perinatais/par%C3%A2metros-de-crescimento-em-rec%C3%A9m-nascidos>

Bandura A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191>

Barroso, A. M., Araújo, M. V., Aguiar, L. M., Freitas, C. S., Oliveira, B. d., & Caracas, T. B. (2022). *Guia rápido de fisioterapia hospitalar em neonatologia e pediatria*. Athena Editora.

Bastos, F., Cruz, I., Campos, J., Brito, A., Parente, P., & Moraes, E. (2022). Representação do conhecimento em enfermagem – a família como cliente. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), 81-95. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i1.213>

Bayer. (2020). *Protovit infantil_folheto informativo*. Bayer.com: https://www.bayer.com/sites/default/files/2020-11/Protovit_0.pdf

Beresford, D., & Connolly, G. (2010). Fluid and electrolyte balance. In G. Boxwell, (Ed. 2) *Neonatal Intensive Care Nursing* (pp. 255-263). Routledge.

Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010). Health literacy: What is it? *Journal of Health Communication*, 15(2), 9-19. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499985>

Bittencourt, A. L. C., Cavalcanti, A. C. L., Andrade, A. M., Almeida, A. C. A., Soares, B. L., Da Silva, B. a. S., Reis, F. F. P., Rodrigues, L. S., Meira, P. R. P., & Leal, I. B. (2021). O desenvolvimento de doenças psiquiátricas em crianças após o diagnóstico de câncer: Uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(2), e5819. <https://doi.org/10.25248/reas.e5819.2021>

Botha, E., Helminen, M., Kaunonen, M., Lubbe, W., & Joronen, K. (2020). The effects of an infant

calming intervention on mothers' parenting self-efficacy and satisfaction during the postpartum period. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 34(4), 300-310. <https://doi.org/10.1097/jpn.0000000000000510>

Boterf GL. (1999) *Compétence et navigation professionnelle*. Editions d'Organisation

Boterf, G. L. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas*. Edições ASA.

Bouchet, H., Plat, A., Levréro, F., Reby, D., Patural, H., & Mathevon, N. (2020). Baby cry recognition is independent of motherhood but improved by experience and exposure. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, 287 (1921), 20192499. <https://doi.org/10.1098/rspb.2019.2499>

Bradshaw, W. T., & Tanaka, D. T. (2016). Physiologic monitoring. In S. L. Gardner, B. S. Carter, M. E. Hines, & J. A. Hernández (Eds.), *Merenstein and Gardner's handbook of neonatal intensive care* (8th ed., p. 129). Elsevier

Branco, A. F. (2023). *Baby-led weaning como método de diversificação alimentar no lactente - processo de implementação e opções parentais*. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Repositório Científico de acesso aberto. <http://web.esenfc.pt/?url=luu25GJ4>

British Association of Perinatal Medicine. (2021). *Family Integrated care*. British Association of Perinatal Medicine. https://hubble-live-assets.s3.amazonaws.com/bapm/file_asset/file/793/BAPM_FICare_Framework_November_2021.pdf

Campos, R. G. (1994). Rocking and pacifiers: Two comforting interventions for heelstick pain. *Research in Nursing & Health*, 17(5), 321-331. <https://doi.org/10.1002/nur.4770170503>

Cardoso, M. V. L. M. L., De Moura, L. M., & Oliveira, M. M. C. (2010). Avaliação ponderal do recém-nascido pré-termo na unidade neonatal de cuidados intermediários. *Ciência, Cuidado E Saúde*, 9(3). <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v9i3.12555>

Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In E. Glasper, A. Tucker, *Advances in child health nursing* (pp. 183-193). Scutari Press

Castanheira, I., Naves, F., Santos, I., Lameiras, M., & Faustino, S. (2015). *Concurso Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da secção regional do sul da Ordem dos Enfermeiros: Dor 5.º sinal vital*. Ordem dos Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/IPOLisboa_NormaClinicaEnfermagem_DorQuintoSinalVital.pdf

Chang, C. M., Huan Yu Chen, Chen, H.-C., & Lee, C.-C. (2020). *Sensing with contexts: Crying*

reason classification for infant care center with environmental fusion. Asia-Pacific Signal and Information Processing Association Annual Summit and Conference (APSIPA ASC), 314–318. <https://biic.ee.nthu.edu.tw/archive/doc/research/Sensing%20with%20Contexts%20Crying%20Reason%20Classification%20for%20Infant%20Care%20Center%20with%20Environmental%20Fusion.pdf>

Chaudhary, N., Gül Deniz Salalı, & Swanepoel, A. (2023). Sensitive responsiveness and multiple caregiving networks among Mbendjele BaYaka hunter-gatherers: Potential implications for psychological development and well-being. *Developmental Psychology*. <https://doi.org/10.1037/dev0001601>

Chen, N. W., Oetomo, S. B., Tettersoo, D., Versteegh, F., Mamagkaki, T., Pereira, M. S., Janssen, L., & Meurs, A. V. (2015). Mimo Pillow—an intelligent cushion designed with maternal heart beat vibrations for comforting newborn infants. *IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics*, 19(3), 979–985. <https://doi.org/10.1109/jbhi.2014.2349153>

Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A Nursing Concern. *School of Nursing Departmental Papers*, 237-257.

Chora, M. a. F. C., & Azougado, C. (2015). Influência da promoção do sono no desenvolvimento do recém-nascido pré-termo: Uma revisão narrativa. *RIASE*, 1(3), 357. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2015.1\(3\).357](https://doi.org/10.24902/r.riase.2015.1(3).357)

Chora, M. C. (2020). O lactente. In A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1st ed., pp. 136-145). Lidel.

Christensson, K., Cabrera, T., Christensson, E., Uvnas-Moberg, K., & Winberg, J. (1996). Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 51(2), 86–87. <https://doi.org/10.1097/00006254-199602000-00007>

Conlon, P. (2019). The child with respiratory dysfunction. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. Rodgers (Eds.), *Wong's nursing care of infant and children* (11th ed., p. 906). Elsevier.

Corvin, S., Fauchon, C., Peyron, R., Reby, D., & Mathevon, N. (2022). Adults learn to identify pain in babies' cries. *Current Biology*, 32(15), R824–R825. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2022.06.076>

Deglin, J. H., & Vallerand, A. H. (2009). *Guia Farmacológico para Enfermeiros* (10.^a ed.). Lusociência.

Department of Health Republic of South Africa. (2012). *Age definitions*. Health.gov.za. <https://www.health.gov.za/wp-content/uploads/2021/02/AgeDefinitions2012.pdf>

Despacho n.º 10143/2009 do Ministério da Saúde. (2009). Diário da República, série 2, n.º 74. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10143-2009-2216310>

Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). Diário da República, série 2, n.º 153. <https://files.dre.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>

Despacho n.º 3762/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República 2ª série, n.º 73. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/04/073000000/0918609187.pdf>

Dias, L. B., & Duran, É. C. M. (2018). Análise das evoluções de enfermagem contextualizadas no processo de enfermagem. *Journal of Nursing UFPE on Line*. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i11a234623p2952-2960-2018>

Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde. (2023). *Serviços de Urgência de Pediatria na região de Lisboa e Vale do Tejo - junho a setembro/2023*. Deliberação DE-SNS 060/2023. https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/06/Deliberacao-SU-Pediatria.LVT_.pdf

Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde. (2024). *Rede de Serviços de Urgência de Pediatria. 1º trimestre 2024*. Deliberação n.º. DE-SNS 216/2023. https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/Deliberacao_SU_Pediatria_2024_signed.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2003). *Circular Normativa N.º 09/DGCG. A Dor como 5.º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. DGS. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2008). *Programa nacional de controlo da dor*. DGS. https://www.apeddor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Programa_Controlo_da_Dor.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientação da Direção-Geral da Saúde. *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*, 2. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf

Direção-Geral de Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)* Orientação n.º 024/2012. Direção geral da Saúde. https://www.aped-dor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Orientacoes_tecnicas_sobre_o_controlo_da_dor_nos_recem_nascidos_0_a_28_dias_.pdf

Direção-Geral de Saúde. (2013a). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil. Norma da Direção-Geral da Saúde 010/2013*, 7. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2013b). Norma n.º 029/2012 atualizada a 31/10/2013. *Precauções básicas do controlo da infeção (PBCI)*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2015a). Norma n.º 016/2012 atualizada a 02/12/2015. *Diagnóstico e tratamento da bronquiolite aguda em idade pediátrica*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/diagnostico-e-tratamento-da-bronquiolite-aguda-em-idade-pediatica.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2015b). Norma n.º 014/2015 *Medicamentos de alerta máximo*. DGS. https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Agosto/Norma_014_2015.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Saúde infantil e juvenil Portugal*. DGS. <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1007690-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABArySzltzVUy81MsTU1MDAFahzFEfkPAAAA>

Direção-Geral da Saúde. (2019a). *Manual de boas práticas literacia em saúde: capacitação dos profissionais de saúde*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2019b). Norma n.º 007/2019. *Higiene das mãos nas unidades de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>

Direção-Geral da saúde. (2019c). *Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos linhas de orientação para profissionais e educadores*. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/alimentacao-saudavel-dos-0-aos-6-anos/>

Direção-Geral da Saúde. (2022a). *PNS 2030*. Plano nacional de saúde 2030: <https://pns.dgs.pt/pns-2021-2030/>

Direção-Geral da Saúde. (2022b). *"Feixe de Intervenções" para a prevenção da infeção relacionada com o cateter vascular central*. SNS Serviço nacional de saúde. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf.

Direção-Geral da Saúde. (2023). *Guia de comunicação em saúde: Áreas especializadas*. Plano Nacional de Saúde 2030: https://pns.dgs.pt/files/2023/04/GBP_02_areas_especializadas.pdf

Douglas, P. S., & Hiscock, H. (2010). The unsettled baby: crying out for an integrated, multidisciplinary primary care approach. *Medical Journal of Australia*, 193(9), 533-536. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2010.tb04039.x>

Duffy, E. A. (2019). Health promotion of the toddler and family. Em M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rogers (Eds.), *Wong's nursing care of infant and children* (11th ed., p. 394). Elsevier.

- Dunstan, P. (2023). *Official home of the dunstan baby language*. Dunstan Baby Language. <https://dunstan-babies.com/>
- Eichner, J. M., & Johnson, B. H. (2012). Patient-and family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 129(2), 394-404. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3084>
- Emergency Nurses Association. (2012). *Emergency nursing pediatric course* (Fourth Edition ed.). Emergency Nurses Association.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2021). *Precauções básicas do Controlo da Infecção em estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde*. ERS: https://www.ers.pt/media/wgydlhj0/sessao_-de_esclarecimento_pbci.pdf
- Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2023a). Guia de orientação. - *Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo I*.
- Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2023b). Guia de orientação - *Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II*.
- Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2024). *Plataforma e4Nursing inova no ensino da Enfermagem*. ESEP: <https://www.esenf.pt/pt/noticias/plataforma-e4nursing/>
- European Food Safety Authority. (2010). *Scientific Opinion on Dietary Reference Values for carbohydrates and dietary fibre*. *EFSA Journal*, 8(3). <https://doi.org/10.2903/j.efsa.2010.1462>
- European foundation for the care of newborn infants . (2023). *Standards europeus de cuidados de saúde ao recém-nascido*. Newborn health standards. https://newborn-health-standards.org/wp-content/uploads/2023/04/ESCNH_Information_brochure_PT_web.pdf
- European Medicines Agency. (2020). *Peyona* (previously Nymusa). European Medicines Agency Science Medicines Health. https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/peyona-epar-medicine-overview_pt.pdf
- European standards of care for children with cancer (SIOPE). (2009). *Padrões europeus de cuidados às crianças com cancro*. SIOPE: https://siope.eu/media/wp-content/uploads/2013/09/European_Standards_Portuguese.pdf
- Fellows, P. (2010). Management of thermal stability. In G. Boxwell (Eds.), *Neonatal intensive care nursing* (2nd ed., p. 103). Routledge.
- Fenton, T. R., & Kim, J. H. (2013). A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants. *BMC Pediatrics*, 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-13-59>
- Fewtrell, M., Bronsky, J., Campoy, C., Domellöf, M., Embleton, N., Fidler Mis, N., Hojsak, I., Hulst, J. M., Indrio, F., Lapillonne, A., & Molgaard, C. (2017). Complementary feeding: A Position paper

by the european society for paediatric gastroenterology, hepatology, and nutrition (ESPGHAN) Committee on Nutrition. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 64(1), 119-132. <https://doi.org/10.1097/mpg.0000000000001454>

Fisher, K. (2019). The high-risk newborn and family. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rogers (Eds.), *Wong's nursing care of infant and children* (11th ed., p. 270). Elsevier.

Fisher, J., Rowe, H., Hiscock, H., Jordan, B., Bayer, J., Colahan, A., & Amery, V. (2011). *Understanding and responding to unsettled infant behaviour: A discussion paper for the Australian research alliance for children and youth*. https://www.aracy.org.au/publications-resources/command/download_file/id/158/filename/Understanding_and_responding_to_unsettled_infant_behaviour.pdf

Frota, M. A., Silva, P. F. R. da, Moraes, S. R. de, Martins, E. M. da C. S., Chaves, E. M. C., & Silva, C. A. B. da. (2013). Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. *Escola Anna Nery*, 17(2), 277-283. <https://doi.org/10.1590/s1414-81452013000200011>

Fujiwara, T. (2015). Effectiveness of public health practices against shaken baby syndrome/abusive head trauma in Japan. *Public Health*, 129(5), 475-482. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2015.01.018>

Fujiwara, T., Yamaoka, Y., & Morisaki, N. (2016). Self-reported prevalence and risk factors for shaking and smothering among mothers of 4-month-old infants in Japan. *Journal of Epidemiology*, 26(1), 4-13. <https://doi.org/10.2188/jea.je20140216>

Fujiwara, T., Isumi, A., Sampei, M., Miyazaki, Y., Yamada, F., Noma, H., Ogita, K., & Mitsuda, N. (2020). Effectiveness of an educational video in maternity wards to prevent self-reported shaking and smothering during the first week of age: A cluster randomized controlled trial. *Prevention Science*, 21(8), 1028-1036. <https://doi.org/10.1007/s11121-020-01145-z>

Fundação Calouste Gulbenkian. (2016). *Health in Portugal: A challenge for the future. The gulbenkian platform for a sustainable health system*. Future for Health: https://gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2016/03/PGIS_BrochuraSumarioExecutivoHealthPortugues.pdf

Gardner, S. L., Hines, M. E., & NYP, M. (2016a). Respiratory Diseases. In S. L. Gardner, B. S. Carter, M. E. Hines, & J. A. Hernández (Eds.), *Merenstein & gardener's handbook of neonatal intensive care* (8th ed., p. 707). Elsevier.

Gardner, S. L., Goldson, E., & Hernández, J. A. (2016b). The neonate and the environment Impact on development. In S. L. Gardner, B. S. Carter, M. E. Hines, & J. A. Hernández (Eds.), *Merenstein & gardener's handook of neonatal intensive care* (8th ed., p. 269). Elsevier.

Gardner, S. L., & Hernández, J. A. (2016). Heat Balance. In S. L. Gardner, B. S. Carter, M. E. Hines, & J. A. Hernández (Eds.), *Merentein & gardner's handbook of neonatal intensive care* (8th ed., pp. 105-125). Elsevier.

Gardner, S. L., & Lawrence, R. A. (2016). Metabolic and Nutritional Care of the Neonate. In S. L. Gardner, B. S. Carter, M. E. Hines, & J. A. Hernández (Eds.), *Merenstein & gardner's handbook of neonatal intensive care* (8th ed., pp. 428-429). Elsevier

George, J. P. (2014). *Prematuros*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Gomes, A. R., Trindade, C., Vaz, F., & Trigo, R. (2019). Triagem em Pediatria uma opção: Canadian pediatric triage and acuity scale. *Cuid´arte Revista de Enfermagem*, 7-11.

Gordon, M., Gohil, J., & Banks, S. S. (2019). Parent training programmes for managing infantile colic. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012459.pub2>

Gowen Jr., C. W. (2019). Fetal and neonatal medicine. In K.J.Marcdante, R.M. Kliegman (Eds.) *Nelson essentials of pediatrics* (8th ed., pp. 234-235). Elsevier.

Guimarães, N. M., Freitas, A. C., & Morais, L. (2017). Bronquiolite aguda. In A. C. Afonso, H. Mansilha, & M. P. Coelho (Eds.), *Saúde infantil e juvenil manual prático* (1st ed., pp. 133-138). Lidel.

Gwinn, B. R., & Seidman, J. (2004). *Information therapy: The lx evidence base-using information therapy to cross the quality chasm*. <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=c51b28acd4d90e4353c719fa506edccea4831ab39>

Haddad, T., & Yee, D. (2011). Basic principles of antineoplastic therapies. In F. Dirbas, & C. Scott-Conner (eds.), *Breast surgical techniques and interdisciplinary management* (pp. 707-715). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6076-4>

Harrington, J. W., Logan, S., Harwell, C., Gardner, J., Swingle, J., McGuire, E., & Santos, R. (2012). Effective analgesia using physical interventions for infant immunizations. *Pediatrics*, 129(5), 815-822. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1607>

Hartling, L., Bialy, L. M., Vandermeer, B., Tjosvold, L., Johnson, D. W., Plint, A. C., Klassen, T. P., Patel, H., & Fernandes, R. M. (2011). Epinephrine for bronchiolitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003123.pub310.1002/14651858.CD003123.pub3>.

Hiner, J., Pyka, J., Burks, C., Pisegna, L., & Gador, R. A. (2012). Preventing infant abductions: An infant security program transitioned into an interdisciplinary model. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 26(1), 47-56. <https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e31824003a2>

Hines, M. E., Gardner, S. L., & Agarwal, R. (2016). Pain and pain relief. In S. L. Gardner, B. S. Carter, M. E. Hines, & J. A. Hernández (Eds.), *Merenstein & gardner's handbook of neonatal intensive care* (8th ed., pp. 218-227). Elsevier.

Hiraoka, D., Miyasaka, M., & Nomura, M. (2019). A possible mechanism of stress-relieving effects of spousal presence and implications for future infant cry research. *Parenting: Science and Practice*, 19(1-2), 34-38. <https://doi.org/10.1080/15295192.2019.1555424>

Høifødt, R. S., Nordahl, D., Landsem, I. P., Csifcsák, G., Bohne, A., Pfuhl, G., Rognmo, K., Braarud, H. C., Goksøyr, A., Moe, V., Slinning, K., & Wang, C. E. A. (2020). Newborn behavioral observation, maternal stress, depressive symptoms and the mother-infant relationship: results from the northern babies longitudinal study (NorBaby). *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02669-y>

Holt, N. (2018). Cancer. Anesthesia and co-existing disease. In R. Hines, & K. Marschall (Eds.), *Stoelting's anesthesia and co-existing Disease* (8th ed., pp. 585-610). Elsevier.

Hopkins, B. (2001). Development of crying: The origin and change problems. In R. G. Barr, I. St. James-Robert, & M. R. Keefe (Eds.), *New evidence on unexplained early infant crying: It's origin, nature and management* (1st ed., p. 71). https://harlempeds.org/wp-content/uploads/2020/127infant_crying_2.pdf

Humphreys, K. L., Zeanah, C. H., & Scheeringa, M. S. (2015). Infant Development: The first 3 years of Life. *Psychiatry*, 134-158. <https://doi.org/10.1002/9781118753378.ch9>

Iftikhar, N., MD. (2020). Dunstan baby language. *Healthline*. <https://www.healthline.com/health/baby/dunstan-baby-language>

Índice terapêutico. (2023). *Cloreto de potássio*. Índice toda a saúde. <https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/cloreto-de-potassio/informacao-geral>

Infarmed. (2010a). *Resumo das características do medicamento ampicilina*. Infomed. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medimento.xhtml>

Infarmed. (2010b). *Resumo das características do medicamento gluconato de cálcio*. Infomed. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medimento.xhtml>

Infarmed. (2014). *Resumo das características do medicamento amicacina*. Infomed Base de dados de medicamentos de uso humano : Infarmed. (2021a). Pesquisa de preço de medicamentos. <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/servicos-on-line/pesquisa-do-medimento>

Infarmed. (2016a). *Resumo das características do medicamento adrenalina*. Infomed Base de dados de medicamentos de uso humano. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medimento.xhtml>

Infarmed. (2016b). *Resumo das características do medicamento rifamicina*. Infomed Base de dados de medicamentos de uso humano. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

Infarmed. (2018a). *Resumo das características do medicamento complexo hidróxido ferrico-polimaltose*. Infomed: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>

Infarmed. (2018b). *Resumo das características do medicamento sulfato de magnésio*. Infomed. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>

Infarmed. (2019a). *Resumo das características do medicamento cetomaxima*. Infomed. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>

Infarmed. (2023a). *Resumo das características do medicamento - fluconazol*. Infomed - Base de dados de medicamentos de uso humano. https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml?jsessionid=njBxG9QRYjSn0Mp_4pqGhXPOnGwM-Df90rQbTdx7.fo2

Infarmed. (2023b). *Resumo das características do medicamento - colecalciferol*. Infomed - Base de dados de medicamentos de uso humano. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>

Infarmed. (2023c). *Resumo das características do medicamento - gabapentina*. Infomed Base de dados de medicamentos de uso humano. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>

Infarmed. (2023d). *Resumo das características do medicamento - morfina*. Infomed Base de dados de medicamentos de uso humano. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>

Infarmed. (2023e). *Resumo das características do medicamento ibuprofeno*. Infomed Base de dados de medicamentos de uso humano. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>

International Council of Nurses. (2019). ICNP Browser. *International Council of Nurses*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Estatísticas demográficas 2020*. INE: https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=530368318&att_display=n&att_download=y

International Agency for Research on Cancer. (2023). *Cancer today*. International Agency for Research on Cancer - World Health Organization. https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2020&mode=population&mode_population=countries&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic

=5&prevalence=0&population_group=5&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=2&nb_items=

Isumi, A., & Fujiwara, T. (2017). Synergistic effects of unintended pregnancy and young motherhood on shaking and smothering of infants among caregivers in Nagoya City, Japan. *Frontiers in Public Health*, 5 (245). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00245>

Johnson, J. Y., & Keogh, J. (2010). *Enfermagem pediátrica desmistificada: Um Guia de autoaprendizagem*. Lusodidacta.

Jollye, S., & Summers, D. (2010). Management of respiratory disorders. In G. Boxwell (Eds.), *Neonatal intensive care nursing* (2nd ed., pp. 121-126). Routledge.

Jones, B. (2012). The challenge of quality care for family caregivers in pediatric cancer care. *Seminars in Oncology Nursing*. 28 (4), 213-220. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23107178/>

Karp, H. (2014). *O bebê mais feliz do mundo* (1st ed.). Livros D'hoje/Publicações Dom Quichote.

Karp, H. (2023a). *How To Swaddle a Baby*. Happiest Baby. <https://www.happiestbaby.com/blogs/baby/dudu-swaddle>

Karp, H. (2023b). *The 5 S's for Soothing Babies*. Happiest Baby. <https://www.happiestbaby.com/blogs/baby/the-5-s-s-for-soothing-babies>

Kid, M., & Rodgers, C. C. (2019). Health promotion of the infant and family. Em M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. Rodgers (Eds.), *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed., p. 338-348). Elsevier.

Kilby, L., Everett, E., Powis, K., & Kyte, E. (2019). The preterm and low birthweight infant. In G. Boxwell, J. Petty, & L. Kaiser (Eds.), *Neonatal intensive care nursing* (2rd Edition). Routledge.

Kitzinger, S. (2005). *Porque chora o meu bebé?* Porto Editora.

Krasnick, B., Goedegebuure, S., & Fields, R. (2021). Tumor biology and tumor markers. In Townsend, Beauchamp, Evers, & Mattox (Eds.), *Textbook of surgery*. The biological basics of modern surgical practice (21 ed., pp. 656-686). Elsevier.

Kundu, A. K., Dolan-Oves, R., Dimmers, M. A., Towle, C., & Doorenbos, A. Z. (2013). Reiki training for caregivers of hospitalized pediatric patients: A pilot program. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 19(1), 50-54. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2012.08.001>

Lahti, K., Vänskä, M., Qouta, S. R., Diab, S. Y., Perko, K., & Punamäki, R. (2019). Maternal experience of their infants' crying in the context of war trauma: Determinants and consequences. *Infant Mental Health Journal*. <https://doi.org/10.1002/imhj.21768>

Leal, L. A., Camelo, S. H. H., Faleiros, F., & Ribeiro, N. M. (2022). Refletindo sobre a tomada de

decisão como competência do enfermeiro hospitalar [Reflecting on decision-making as a competence of the hospital nurse] [Reflexionando sobre la toma de decisiones como competencia del enfermero que trabaja en hospital]. *Revista Enfermagem UERJ*, 30(1), e69420. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2022.69420>

Lehtonen, L. A., & Rautava, P. T. (1996). Infantile colic: Natural history and treatment. *Current Problems in Pediatrics*, 26(3), 79-85. [https://doi.org/10.1016/s0045-9380\(96\)80015-6](https://doi.org/10.1016/s0045-9380(96)80015-6)

Leite, A. M., Malheiro, A. F., Alves, D. S., Cunha, H. E., & Sá-Chaves, T. J. (2023). Supervisão clínica de enfermeiros como estratégia para a qualidade dos cuidados: revisão integrativa. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 69. <https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=13&sid=25581757-9622-45a8-bbb2-475b6ed05372%40redis&bdata=jkF1dGhUeXBIPWlwLHNoaWlmbGFuZz1wdC1wdCZzaXRIPWVob3N0LWxpdmU%3d#AN=174551471&db=ccm>

Levine, D. A. (2019). Growth and development. In K. J. Marcante, & R. M. Kliegman (Eds.), *Nelson essentials of pediatrics* (8th ed., pp. 11-13). Elsevier.

Liao, S.-C., Chou, W., Lin, J.-H., Chen, P.-Y., & Chow, J. C. (2018). Investigation of the early prediction of infants' temperament based on infant cries evoked by external pain stimuli. *Early Child Development and Care*, 190(8), 1286-1298. <https://doi.org/10.1080/03004430.2018.1530993>

Liaw, J.-J., Zeng, W.-P., Yang, L., Yuh, Y.-S., Yin, T., & Yang, M.-H. (2011). Nonnutritive sucking and oral sucrose relieve neonatal pain during intramuscular injection of hepatitis vaccine. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(6), 918-930. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2011.02.016>

Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S., Sequeira, M. S., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: Uma revisão narrativa da literatura. *Gestão E Desenvolvimento*, (30), 557-578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>

Makimoto, M., Kawasaki, Y., Inomata, S., Tamura, K., & Yoshida, T. (2017). Early upper lip pressure ulcer in a preterm neonate. *Pediatrics International*, 59(5), 633-634. <https://doi.org/10.1111/ped.13246>

Martin, S. D., Maxtin, M., Smalling, K., & Park, S. (2019). Pain assessment and management in children. In M. J. Hockenberry, D. Willson, & C. C. Rodgers (Eds.), *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed., p. 142). Elsevier.

Martins, H., & Periquito, I. (2019). Cuidados para/e em casa: O recém-nascido de risco e a sua família na comunidade... 48.º Congresso Português de Neonatologia, (p. 5). Lisboa. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2020/02/Cuidados-em-casa.pdf>

- Matijasic, N., & Premilovac, Z. P. (2018). Inconsolable crying in infants: Differential diagnosis in the pediatric emergency department. *Clinical Pediatrics*, 58(2), 1-7. doi:10.1177/000992281879838
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances In Nursing Science*, 12-28.
- Meleis, A. I. (2010). Transitions as a nursing theory. In A. I. Meleis (Eds.), *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice* (p. 11). Springer Publishing Company.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: Development & progress* (5th ed.). Wolters Kluwer - Lippincott Williams & Wilkins.
- Melo, R. L. S., Barbosa, D. F. R., do Nascimento, J. T. ., de Melo, K. A., & Oliveira, P. C. (2020). Atividade lúdica como técnica não farmacológica para alívio da dor em crianças com patologias oncológicas: “Vamos brincar”. *Revista Multidisciplinar Em Saúde*, 1(2), 47. <https://editoraime.com.br/revistas/index.php/rem/article/view/229>
- Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2012). PARECER N.º 6 / 2012. *Formação sobre massagem para os pais com os filhos internados na unidade de cuidados intensivos neonatais*. Ordem dos Enfermeiros.
- Merck, T., & McElfresh, P. B. (2019). Family-centered care of the child during illness and hospitalization. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. C. Rodgers (Eds.), *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed., p. 658). Elsevier.
- Midulla, F., Petrarca, L., Frassanito, A., Di Mattia, G., Zicari, A. M., & Nenna, R. (2018). Bronchiolitis clinics and medical treatment. *Minerva Pediatrica*, 70(6). <https://doi.org/10.23736/s0026-4946.18.05334-3>
- Ministério da Saúde. (2023). *Câncer infantojuvenil*. Instituto Nacional De Cancer - INCA. <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/infantojuvenil>.
- Ministério Público. (2013). *Lei n. 971/2013. Acesso às profissões no âmbito das terapêuticas não convencionais*. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=2629&tabela=leis&so_miolo=
- Missler, M., van Straten, A., Denissen, J., Donker, T., & Beijers, R. (2020). Effectiveness of a psycho-educational intervention for expecting parents to prevent postpartum parenting stress, depression and anxiety: A randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03341-9>
- Mitchell, D. J. (1994). Toward a definition of information therapy. Proceedings. *Symposium on Computer Applications in Medical Care*, 71-75. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7950018/>

- Möller, E. L., De Vente, W., & Rodenburg, R. (2019). Infant crying and the calming response: Parental versus mechanical soothing using swaddling, sound, and movement. *PLOS ONE*, 14(4), e0214548. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214548>
- Monteiro, A. J., & Cerqueira, C. (2020). Modelo de parceria de cuidados de Anne Casey. In A. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo (eds.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (1st ed., p. 33). Lidel.
- Müller, I., Ghio, D., Mobey, J., Jones, H., Hornsey, S., Dobson, A. S., Maund, E., & Santer, M. (2022). Parental perceptions and experiences of infant crying: A systematic review and synthesis of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 79(2), 403–417. <https://doi.org/10.1111/jan.15492>
- Murray, L., Tran, T., Thang, V. V., Cass, L., & Fisher, J. (2017). How do caregivers understand and respond to unsettled infant behaviour in Vietnam? A qualitative study. *Child: care, health and development*, 44(1), 62-70. doi:10.1111/cch.12474
- National Cancer Institute. (2017). International classification of childhood cancer (ICCC)- Recode third edition ICD-O-3/IARC. *National Cancer Institute - surveillance, epidemiology, and end results program*: <https://seer.cancer.gov/iccc/iccc-iarc-2017.html>
- National Health Service. (2023). *Colic*. Better Health Start for Life: <https://www.nhs.uk/start-for-life/baby/feeding-your-baby/breastfeeding/breastfeeding-challenges/colic/>
- Neifert, M., & Bunik, M. (2013). Overcoming clinical barriers to exclusive breastfeeding. *Pediatric Clinics of North America*, 60(1), 115–145.
- Neto, F. M. (2014). *A transição para a alimentação oral no recém-nascido prematuro*. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/9733>
- Netto, I. S. B., Leite, C. Q., Gonzales, T. S., Da Silva, C. S., Santos, A. D. S. P. D., Ferreira, Y. Q., De Negreiros, M. E. R., Lérias, B. Y. B., & Santos, B. F. D. (2022). A ludoterapia no tratamento oncológico infantil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 15(7), e10605. <https://doi.org/10.25248/reas.e10605.2022>
- Neves, M. A. (2002). A tomada de decisão em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 6 (2), 25-35.
- Nugent, J. K. (2013). The competent newborn and the neonatal behavioral assessment state: T. Berry Brazelton's legacy. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 26, 173–179. doi: 10.1111/jcap.12043.
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise dos casos*. Ordem dos Enfermeiros:

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf

Nutricia. (2023). *Aptamil FMS*. <https://nutricia.pt/portfolio/aptamil-fms/>

Nutricia. (2023). *Aptamil suplemento proteico*. <https://nutricia.pt/portfolio/aptamil-suplemento-proteico/>

Oliveira, G. F., Dantas, F. D., & Fonsêca, P. N. (2004). O impacto da hospitalização em crianças de 1 a 5 anos de idade. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 7(2), 37-54. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000200005&lng=pt&tlng=pt

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *O respeito dos direitos da criança no hospital*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_RespeitoDireitosCriancaHospital.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Ordem dos Enfermeiros, 4. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_Regulamento_PQCEE%20SaudeCriancaJovem.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Parecer n.º 16/2011. Conselho de Enfermagem 2010/2011*: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer18_2011CE_terapias%20alternativas%20contempladas_pratica_enfermagem_CIPE.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013a). *Guia orientador de boa prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. 1(6), 9-17. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodordocrianca.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013b). *Ordem defende formação em terapias não convencionais para enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/ordem-defende-forma%C3%A7%C3%A3o-em-terapias-n%C3%A3o-convencionais-para-enfermeiros/>

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Adaptação à parentalidade durante a hospitalização: Guia orientador de boa prática*. Ordem dos Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadepositiva_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Regulamento da formação profissional da Ordem dos*

Enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6153/regulamentofarmacoprofissionaloe.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Assembleia extraordinária do colégio de especialidade de saúde infantil e pediátrica: Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Parecer do Conselho de Enfermagem N.º 119/2018: Preparação de medicação*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10775/parecer-n%C2%BA-119-ce-09022018-prepara%C3%A7%C3%A3o-de-medica%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2021a). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados em enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2021b). *Parecer do Conselho de Enfermagem N.º 92/2021*. Ordem dos Enfermeiros.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22258/parecer-n%C2%BA-92-ce-enquadramento-legal-sobre-realiza%C3%A7%C3%A3o-de-ensinos-a-utentes-familiares-cuidadores.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2023a). *Guia orientador de boas práticas: Na administração de terapêuticas antineoplásicas sistémicas à pessoa com doença oncológica*. Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa. https://www.aeop.pt/ficheiros/gobp_doncologica_ok.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2023b). *Guia orientador de boas práticas: O sono na criança e no adolescente*. Papa-letras.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31188/gobp_sonobebeadolescente_v7-okn.pdf

Otero, M., Vera, R., González-Pérez, C., Ayala de la Peña, F., Peñuelas, A., & Quer, N. (2018). Recommendations by the spanish society of hospital pharmacy. The spanish society of oncology nursing and the spanish society of medical oncology for the safe management of antineoplastic medication in cancer patients. *Farmácia Hospitalar*, 42(6), pp. 261-268.
<https://dx.doi.org/10.7399/fh.11132>.

Papalia, D. E., & Martorell, G. (2021). *Desenvolvimento humano* (14.ª Ed.). McGraw Hill

Park, B. (2020). Cancer biology and genetics. In L. Goldman, & A. Schafer, Goldman-Cecil (Eds.), *Medicine* (26th ed., pp. 1199-1204). Elsevier.

Peace, J., & Brennan, P. (2009). Formalizing nursing knowledge: From theories and models to

ontologies. *Studies in Health Technololy and Informatics*, 146, 347-351. 10.3233/978-1-60750-024-7-347

Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do european health literacy survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 259-275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>

Pena, L. A. M., Andrade, A. F. S. M., Teles, W. S. , Da Silva, M. C., Torres, R. C., Da Silva, R. N., Barros, Â. M. M. S., Azevedo, M. V. C., Debbo, A., Santos, P. C. C., Calasans, T. a. S., & De Moraes, A. L. J. (2021). A importância da ludoterapia na assistência pediátrica. *Research, Society and Development*, 10(8), e31010817309. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17309>

Pereira, S., & Magalhães, T. (2011). Síndrome do shaken baby: Realidade ou ficção em Portugal? *Acta Médica Portuguesa*, 24(S2), 369-378. https://www.researchgate.net/publication/230628005_Shaken_Baby_Syndrome_fact_or_fiction_in_Portugal

Pereira-da-Silva, L., Virella, D., Frutuoso, S., Cunha, M., Rocha, G., & Pissarra, S. (2020). Recommendations of charts and reference values for assessing growth of preterm infants: Update by the Portuguese Neonatal Society. *Portuguese Journal of Pediatrics*, 73-78. doi:10.25754/pjp.2020.18888

Petty, J. (2015). Breathing and blood/blood taking. In J. Petty, *Bedside guide for neonatal care learning tools to support practice* (pp. 54-56). Palgrave.

Pires, R. A. (2017). *Crianças com cancro submetidas a quimioterapia: Necessidades dos pais após o regresso a casa*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/20891/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20de%20Mestrado%20Rita%20Pires.pdf>

Pollock, D., Peters, M. D. J., Khalil, H., McInerney, P., Alexander, L., Tricco, A. C., Evans, C., De Moraes, É. B., Godfrey, C., Pieper, D., Saran, A., Stern, C., & Munn, Z. (2022). Recommendations for the extraction, analysis, and presentation of results in scoping reviews. *JB1 Evidence Synthesis*, 21(3), 520-532. <https://doi.org/10.11124/jbies-22-00123>

Popik, E., Freitas, J., Oliveira, M., & Borges, T. (2017). Crescimento. In A. C. Afonso, H. Mansilha, & M. P. Coelho (Eds.), *Saúde infantil e juvenil manual prático* (1st ed., pp. 3-9). Lidel.

Portal do Serviço Nacional de Saúde. (2016). *Rede nacional de especialidade hospitalar e de referência materna, da criança e do adolescente*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Sa%C3%BAde-Materna-da-Crian%C3%A7a-e-do-Adolescente.pdf>

Portaria n.º147/2016 da Saúde. (2016). Diário da República, Série I.

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/147-2016-74483693>

Querido, D., Lourenço, M., Charepe, Z., Nunes, E., & Caldeira, S. (2020). Intervenções de enfermagem na promoção da vinculação do recém-nascido com necessidade de internamento – Scoping review. *Cadernos de Saúde*, 12, 63-64. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10263>

Raab, C. P. (2023). *Dentição*. Manual MDS: versão para profissionais de saúde: <https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/pediatria/miscel%C3%A2nea-de-dist%C3%BArbi-os-em-lactentes-e-crian%C3%A7as/denti%C3%A7%C3%A3o>

Ramos, S., & Trindade, L. (2011). Gestão do risco: Segurança do doente em ambiente hospitalar. *Core*: <https://core.ac.uk/download/pdf/71738002.pdf>

Ramos, M., Vilaça, S., & Mendes, G. (2020). O recém-nascido pré-termo. In M. Barbieri-Figueiredo, & A. L. Ramos (Eds.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (1.ª ed., pp. 118-134). Lidel.

Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência Materna, da Criança e do Adolescente. (2016). Portal do SNS: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Sa%C3%BAde-Materna-da-Crian%C3%A7a-e-do-Adolescente.pdf>

Regulamento n.º 422/2018. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Diário da República n.º 133/2018, Série II de 2018-07-12, n.º133, 2ª série, 19192-19194. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República eletrónico: <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>

Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, 4744-4750. Ordem dos Enfermeiros. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 743/2019. (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República n.º 184/2019, Série II de 2019-09-25, 128-155. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República eletrónico: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

Rego, A., & Coelho, P. (2016). Organizar a prestação de cuidados por "enfermeiro de referência" promove a qualidade. *Servir*, 59(5), 68-75. <https://doi.org/10.48492/servir025-6.23469>

Reid, T., & Freer, Y. (2010). Developmentally focused nursing care. In G. Boxwell (Eds.), *Neonatal intensive care nursing* (2nd ed., pp. 16-36). Routledge.

Reinthal, M., Andersson, S., Gustafsson, M., Plos, K., Lund, I., Lundeborg, T., & Rosén, K. G. (2008). Effects of minimal acupuncture in children with infantile colic – a Prospective, quasi-

randomised single blind controlled trial. *Acupuncture in Medicine*, 26(3), 171-182. <https://doi.org/10.1136/aim.26.3.171>

Ribeiro, J. A. (2022). *A neonatologia em Portugal*. (Tese de mestrado integrado em medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra). Repositório Científico da UC. <https://hdl.handle.net/10316/102485>

Reijneveld, S. A., Van Der Wal, M. F., Brugman, E., Sing, R. H., & Verloove-Vanhorick, S. (2004). Infant crying and abuse. *The Lancet*, 364(9442), 1340-1342. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(04\)17191-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(04)17191-2)

Rodrigues, S., Franchini, B., Graça, P., & Almeida, M. C. (2006). A new food guide for the Portuguese population: Development and technical considerations. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 38(3), 189-195. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2006.01.011>

Rozance, P. J., McGowan, J. E., Price-Douglas, W., & Hay, W. W. (2016). Glucose homeostasis. In S. L. Gardner, B. S. Carter, M. E. Hines, & J. A. Hernández (Eds.), *Merenstein's and gardner's handbook of neonatal intensive care* (8th ed., pp. 337-343). Elsevier

Ruthes, R. M., & Cunha, I. C. K. O. (2008). Entendendo as competências para aplicação na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(1), 109-112. <https://www.scielo.br/jj/reben/a/6T7PDPHS6QSKGswBb8TWjFm/?format=pdf&lang=pt>

Sá, P., & Paixão, F. (2013). Contributos para a clarificação do conceito de competência numa perspetiva integrada e sistémica. *Revista Portuguesa de Educação*, 26(1), 87. <https://doi.org/10.21814/rpe.2985>

Saha, B., Purkait, P. K., Mukherjee, J., Majumdar, A. K., Majumdar, B., & Singh, A. K. (2013). An embedded system for automatic classification of neonatal cry. *Point-of-Care Healthcare Technologies*. <https://doi.org/10.1109/pht.2013.6461331>

Santos, C. M., Pimenta, C. A., & Nobre, M. R. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latina Americana de Enfermagem*, 15(3). (pp.1-4). <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>

Santos, E. M. (2008). *Formação em serviço e desenvolvimento profissional: Desafios e constrangimentos no processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros*. (Tese de Mestrado: Universidade do Algarve). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/429/1/FORMA%C3%87%C3%83O%20EM%20SERVI%C3%87O%20E%20DESENVOLVIMENTO%20PROFISSIONAL.pdf>

Santos, C. & Figueiredo, M. (2013). Experiências dos familiares no processo de adaptação à doença oncológica na criança. *Revista de Enfermagem Referência*. III (9), 55-65. <http://hdl.handle.net/10400.26/33549>

Saraiva, H., & Sousa, A. (2022). *Cuidados diferenciados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lidel.

Schanler, R. J. (2015). Em tempo: Leite humano é a estratégia alimentar para prevenir a enterocolite necrosante. *Revista Paulista de Pediatria*, 33(2), 131-133. <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2015.01.001>

Schumacher, K. L., & Meleis, A. Ibrahim. (1994). Transitions: A central concept in nursing. Image: *The Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>

Sequeira, C., Sequeira, A., Carvalho, M., & Amaral, C. (2016). Comunicar com o recém-nascido. In C. Sequeira (Eds.), *Comunicação clínica e relação de ajuda* (pp. 191-192). Lidel.

Serviço Nacional de Saúde. (2023). *Urgência pediátrica*. <https://portal-chsj.min-saude.pt/pages/265>

Singh, Binu S. K., et al. (2021). Helping families of infants with persistent crying and sleep problems in a day-clinic. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1-7 <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.591389>.

Silva, T. P. , & Silva, L. J.(2010). Escalas de avaliação da dor utilizadas no recém-nascido, Revisão sistemática. *Acta Médica Portuguesa*, 23(3), 437-454. <https://www.actamedicaportuguesa.com/>

Silva, G. M. (2020). A criança do 1 aos 3 anos. In A. L. Ramos, & M. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 148-158). Lidel.

Silva, J., Pinheiro, M., Santos, S. P., Carvalho, A. M., & Teixeira, Â. (2020). *Manual de saúde infantil e juvenil*. https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2022/08/Manual_Saude_Infantil_Juvenil.pdf

Smith-Flores, A. S., & Powell, L. J. (2023). Joint reasoning about social affiliation and emotion. *Nature Reviews Psychology*, 2(6), 374-383. <https://doi.org/10.1038/s44159-023-00181-0>

Soares, E., Pereira-da-Silva, L., Cardoso, M., & Castro, M. J. (2015). Vitaminas, minerais e oligoelementos por via entérica no recém-nascido. Revisão do consenso nacional. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 56, 159-169.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2007). *Precauções baseadas na transmissão e tipos de isolamento*. Sociedade Portuguesa de Neonatologia. https://www.spp.pt/UserFiles/File/Infecciologia_Perinatal_2007/Infecciologia_Perinatal_Isolamento.pdf

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2014). *Consenso - Atuação no micronato*. Sociedade

Portuguesa de Neonatologia.
<https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Micronato.pdf>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). *Problemas respiratórios do bebé prematuro*. SPN.

<https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Os-problemas-respiratorios-do-prematuro1.pdf>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018). *Consenso clínico. O som na unidade de neonatologia*. Sociedade Portuguesa de Neonatologia.
<https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/05/O-Som-na-Unidade-de-Neonatologia.pdf>

Sousa, L. M., Marques, J. M., Firmino, C. F., Frade, F., Valentim, O. S., & Valentim, A. V. (2018). Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2(23), 31-39.
https://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE23_s2.pdf

Steliarova-Foucher, E., Stiller, C., Lacour, B., & Kaatsch, P. (2005). International classification of childhood cancer, third edition. *Cancer, Journal of the American Cancer Society* 103(7), 1457-1467. <https://doi.org/10.1002/cncr.20910>

Stewart, T. C., Polgar, D., Gilliland, J., Tanner, D. A., Girotti, M. J., Parry, N., & Fraser, D. D. (2011). Shaken baby syndrome and a triple-dose strategy for its prevention. *The Journal of Trauma*, 71(6), 1801-1807. <https://doi.org/10.1097/TA.0b013e31823c484a>

The incredible Years. (2024). *Evidence-based parenting programs | incredible years*. *The incredible years*. <https://www.incredibleyears.com/early-intervention-programs/parents>

The Joint Commission. (2018). *Developing a reporting culture: Learning from close calls and hazardous conditions*. Joint Commission.
https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_60_reporting_culture_final.pdf

Unesco. (2004). *The plurality of literacy and its implications for policies and programmes*. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000136246>

United Nations International Children's Emergency Fund. (2019). *Convenção sobre o direito da criança e protocolos facultativos*. UNICEF Portugal:
https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf

Van der Wal, M F, et al. (1998). Mothers' reports of infant crying and soothing in a multicultural population. *Archives of Disease in Childhood*, 79 (4), pp. 312-317, <https://doi.org/10.1136/ad.79.4.312>.

- Vasconcelos, A., Prior, C., Estevão, H., Loureiro, H. C., Ferreira, R., & Paiva, T. (2016). Recomendações SPS-SPP: Prática da sesta nas creches e infantários, públicos ou privados. *Sociedade Portuguesa de Pediatria*. https://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias_2017/VERSAO%20PROFISSIONAIS%20DE%20SAUDE_RECOMENDACOES%20SPS-SPP%20SESTA%20NA%20CRIANCA.pdf
- Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M., De Lima Trindade, L., Ribeiro, O. M. P. L., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278-295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>
- Verhage, M. L., Oosterman, M., & Schuengel, C. (2015). The linkage between infant negative temperament and parenting self-efficacy: The role of resilience against negative performance feedback. *British Journal of Developmental Psychology*, 33(4), 506-518. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12113>
- Vieira, S. M. C. (2018). *Utilização e evolução dos sistemas de informação em enfermagem: Influência na tomada de decisão e na qualidade dos cuidados de enfermagem* (Tese de Mestrado, Universidade do Minho). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://hdl.handle.net/1822/55867>
- Vilaça, S., & Ramos, M. (2020). O recém-nascido. In A. L. Ramos, & M. d. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (1.ª ed., pp. 111-112). Lidel.
- Wakap, S. N., Lambert, D., Olry, A., Rodwell, C., Gueydan, C., Lanneau, V., Murphy, D. N., Cam, Y. L., & Rath, A. (2019). Estimating cumulative point prevalence of rare diseases: Analysis of the orphanet database. *European Journal of Human Genetics*, 28(2), 165-173. <https://doi.org/10.1038/s41431-019-0508-0>
- Wheeler, B. J. (2019). Health promotion of the newborn. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & C. Rodgers (Eds.), *Wong's nursing care for infants and children* (11th ed., pp. 196-235). Elsevier.
- Wiley, M., Schultheis, A., Francis, B., Tiyyagura, G., Leventhal, J. M., Rutherford, H. J. V., Mayes, L. C., & Bechtel, K. (2020). Parents' perceptions of infant crying: A possible path to preventing abusive head trauma. *Academic Pediatrics*, 20(4), 448-454. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2019.10.009>
- Winston, R. M. L., & Chicot, R. (2016). The importance of early bonding on the long-term mental health and resilience of children. *London Journal of Primary Care*, 8(1), 12-14. <https://doi.org/10.1080/17571472.2015.1133012>
- World Health Organization. (2020). *Improving early childhood development*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374308/9789240004498-eng.pdf>
- World Health Organization. (2021). *WHO launches new tools to help countries build effective childhood cancer programmes*. World Health Organization:

<https://www.who.int/news/item/15-02-2021-who-launches-new-tools-to-help-countries-build-effective-childhood-cancer-programmes>

World Health Organization. (2022). *WHO recommendations for care of the preterm or low birth weight infant*. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/363697/9789240058262-eng.pdf>

World Health Organization. (2024). *Newborn Health*. World Health Organization: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/newborn-health>

Zeifman, D. M., & St James-Roberts, I. (2017). Parenting the crying infant. *Current Opinion in Psychology*, 15, 149–154. 10.1016/j.copsyc.2017.02.009

10. ANEXOS

Anexo I

Certifica-se que



Sandra Rodrigues

Participou no Curso **“NEOSPOT 2022 – Cuidados Especiais de Enfermagem Neonatal”**, no âmbito dos “Cursos de formação pós-graduada em Neonatologia”, realizado pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, em colaboração com o Serviço de Neonatologia do Centro Hospitalar e Universitário de São João, no dia 24 de maio de 2022, com avaliação de conhecimentos. Obteve a classificação de 90%.

Porto, 24 de maio de 2022

Pela Comissão Organizadora,



Diana Almeida

Anexo II

Certificado



Certifica-se que

Sandra Rodrigues

Participou no Curso "**Reanimação Neonatal**", realizado pelo Serviço de Neonatologia do Centro Hospitalar Universitário de São João em colaboração com a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, no dia 31 de maio de 2023, com avaliação de conhecimentos. Obteve a classificação de 82%.

Porto, 31 de maio de 2023

Pel 'A Comissão Organizadora

Anexo III

CUIDADOS DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICOS



A Associação de Estudantes da Escola Superior de Enfermagem do Porto certifica que **Sandra Rodrigues**, participou no Concurso de Pósteres do IV Congresso Científico AESEnfP, realizado nos dias 26 e 27 de novembro de 2022, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, cujo tema foi “**Cuidados de Enfermagem Pediátricos**”.

Bruna Sofia Andrade do Carmo
Associação de Estudantes da Escola Superior de Enfermagem do Porto
AESEnfP

Bruna Sofia Andrade do Carmo

Presidente da Direção da AESEnfP |

Presidente da Comissão Organizadora do IV Congresso Científico da AESEnfP



de EsenfP

Anexo IV

NursID Spring School 2023

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Sandra João Teixeira Rodrigues** participou no **NursID Spring School 2023**, realizado de 8 a 12 de maio de 2023, organizado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Atividades em que participou:

- Seminário 2 - Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - 8h
- Mostra de Projetos da ESEP/CINTESIS
- Apresentação de trabalhos – Comunicações Orais/Posters - 6h
- Apresentação dos Pitch Estudantes e Profissionais - 2h

ENFERMAGEM PORTO

POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

Anexo V

V Jornadas do Serviço de Pediatria e Neonatologia

16 e 17 de novembro de 2023

Auditório Municipal de Lousada

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE



SNS



CERTIFICADO

Certifica-se que

Sandra Rodrigues

Foi autora e narradora do Poster – “Úlcera por pressão no recém-nascido: etiologia, fatores de risco e estratégias preventivas” nas V Jornadas do Serviço de Pediatria e Neonatologia, que se realizaram no Auditório Municipal de Lousada, nos dias 16 e 17 de novembro de 2023.

Penafiel, 17 de novembro de 2023

O Conselho de Administração

José Ribeiro
Enfermeiro Diretor

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª Série), de 29 de Julho, da Ministra da Saúde | Av. Hospital Padre Américo n.º 210 | 4560-210 GUILHUFÉ - PENAFIEL | T: 255 147 527 | E: sefi@chts.min-saude.pt | NIPC - NIF: 508 318 262



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Centro Hospitalar do
Tâmega e Sousa, E.P.E.



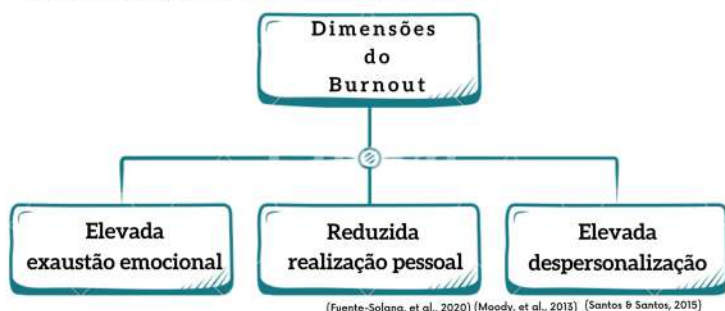
SERVIÇO DE ENSINO
FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

Anexo VI



1. INTRODUÇÃO

Na área da oncologia pediátrica, tem sido crescente a preocupação em investigar de que forma as condições de trabalho afetam o desenvolvimento do síndrome de burnout (Santos & Santos, 2015). Este trata-se de uma condição de saúde que surge após exposição contínua a stressores ocupacionais, provocando efeitos nefastos para o indivíduo, bem como para o ambiente em que este se insere (Fuente-Solana, et al., 2020) e atinge profissionais de saúde, que lidam com situações complexas e stressantes quase diariamente (Moody, et al., 2013). Assim, torna-se pertinente a seguinte questão de investigação: *"Qual o impacto das condições de trabalho no risco de burnout do enfermeiro de oncologia pediátrica"*.



2. OBJECTIVO

Identificar o impacto que as condições de trabalho têm no desenvolvimento de Burnout pelos enfermeiros de oncologia pediátrica.

3. METODOLOGIA

Pesquisa realizada a 17 de Março nas bases de dados: MEDLINE®, CINAHL® e SciELO, usando os descritores e palavras-chave: Oncology nursing; Pediatrics; Workplace; Workload; Risk Factors; Work-life balance; Burnout; Paediatric Oncology; Family-dynamics. A frase booleana utilizada foi (((("Oncology nursing") AND ("Paediatrics") OR ("Paediatric oncology")) AND (("Workplace") OR ("Workload") OR ("Risk factors")) AND ((("Work-life balance") OR (" Burnout") OR (" Family - dynamics")))). A pesquisa foi limitada ao período entre 2007 e 2023. Desta pesquisa obtiveram-se 3 artigos na base de dados MEDLINE®, 1 artigo na base de dados CINAHL® e 1 na base de dados SciELO. Um artigo foi eliminado por ser duplicado. Após leitura na íntegra por não responder à questão de investigação foi eliminado outro artigo. Total de 3 artigos analisados integralmente. Os critérios de inclusão utilizados englobaram artigos sobre enfermagem pediátrica oncológica e acesso ao texto integral. Os critérios de exclusão incluíram artigos que não respondiam à questão de investigação.

4. RESULTADOS



Fatores de Proteção



5. DISCUSSÃO

Tendo em conta a grande incidência e potencial devastador do burnout é necessário:

- o desenvolvimento e implementação de intervenções que protejam os trabalhadores dos seus efeitos nefastos (Fuente-Solana, et al., 2020)
- o estudo desta área de forma mais aprofundada, com a formulação de medidas mais robustas, criadas especificamente para situações de elevado burnout. (Moody, et al., 2013)

O curso de mindfulness demonstrou potencial na diminuição de stress e da ansiedade e aumento de paz interior. Contudo, não foi suficientemente eficaz para diminuir o burnout, quando utilizado isoladamente, devido à sua severidade. (Moody, et al., 2013)

A implementação de programas centrados nos enfermeiros, tais como: o relaxamento, mindfulness ou sobre casos complexos, com discussão aberta entre a equipa sobre situações mais exigentes a nível emocional são exemplo de intervenções, que podem ocorrer no contexto de trabalho e ser úteis enquanto método de redução do burnout nesta população. (Fuente-Solana, et al., 2020) (Santos & Santos, 2015)

6. CONCLUSÃO

A análise da literatura defende que os enfermeiros de oncologia pediátrica estão mais vulneráveis a sofrer de burnout. A sua prevenção pode evitar a diminuição da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. É urgente que as chefias valorizem a importância do bem estar dos enfermeiros. Sugere-se a implementação de medidas específicas com objetivo de prevenir/atenuar o impacto do burnout na equipa de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fuente-Solana, E. I., Pradas-Hernández, L., Ramiro-Salmerón, A., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J. L., Albendín-García, L., & Fuente, G. A.-D. (2020). Burnout Syndrome in Paediatric Oncology Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Healthcare*, 8(309), 1-12. doi:10.3390/healthcare8030309
- Moody, K., Kramer, D., Santizo, R., Magro, L., Wyshogrod, D., Ambrosio, J., . . . Stein, J. (2013). Helping the helpers: mindfulness training for burnout in pediatric oncology - a pilot program. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 275-284. doi:10.1177/1043454213504497
- Santos, A., & Santos, M. (2015). Estresse e burnout no trabalho em oncologia pediátrica: revisão integrativa da literatura. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(2), 437-456. doi:10.1590/1982-370300462014
- <https://sicnoticias.pt/programas/reportagem/2022-06-30-Burnout-Paragem-Obrigatoria-Portugal-com-maior-risco-43f20598>
- <https://br.pinterest.com/pin/388154061616696194/>



Anexo VII

Planeamento da Sessão “A gestão do choro do recém-nascido e lactente”			
Local: Sala dos pais, inserida na Unidade de Neonatologia			
Data: 14/10/2023	Hora: 14:30	Duração: 45 min	Recursos: Computador, manequim RN, lençol, cadeiras.
Professores orientadores: Professora Luísa Andrade e Professora Júlia Neto.			
Enfermeiros Tutores: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.			
Dinamizadores: Sandra Rodrigues.			
Observador: Enfermeiro tutor.			
Público-alvo: Pais de RN e lactentes que se encontrem internados nos Cuidados Intermédios da Unidade de Neonatologia.			
Número de Participantes: • Mínimo: 2 pais; • Máximo: 8 pais.			
Objetivo Geral: • Promover o conhecimento dos pais sobre a gestão do choro do RN/lactente.			
Objetivos específicos: • Reconhecer o choro como forma de comunicação do RN/lactente; • Identificar tipos e causas do choro do RN/lactente; • Conhecer os riscos associados à gestão ineficaz do choro inconsolável; • Descrever as estratégias promotoras do conforto do RN/lactente face ao choro;			

Executar estratégias promotoras do conforto do RN/lactente face ao choro;				
Fases	Conteúdo	Método(s)	Recursos	Duração
Introdução	- Apresentação da dinamizadora da sessão; - Apresentação do tema da sessão “A gestão do choro do RN e lactente”, cujo objetivo é a promoção do conhecimento dos pais sobre a gestão do choro do RN/lactente; - Momento quebra-gelo com apresentação de cada um dos pais, seguido de um momento interativo de escolha de uma palavra que acham que define o que sentem relativamente ao choro do RN.	Método interativo	Computador	10 min
Desenvolvimento	- Conceito de choro, enquanto forma de comunicação do RN/lactente; - Os principais tipos e causas de choro do RN/lactente; - O choro inconsolável enquanto parte do processo desenvolvimental normativo do RN; - Stresse e ansiedade parental face ao choro inconsolável do RN/lactente; - Riscos associados à gestão ineficaz dos pais perante o choro inconsolável do RN/lactente; - Estratégias promotoras de conforto do RN/lactente face ao choro; - Reflexo calmante do RN e método dos 5 S's (Swaddling, side or/stomach position, Shushing (Shhhh), Swinging, e Sucking) ou seja, a contenção, o posicionamento, o ruído branco, o embalar e o sugar;	Método expositivo e interativo Demonstração e treino de estratégias promotoras do conforto face ao choro	Computador e manequim	25 min

	- A importância do 4.º trimestre no desenvolvimento do RN.			
Conclusão	- Síntese dos conteúdos abordados; - Esclarecimento de questões; - Avaliar a consecução dos objetivos propostos.	Método interativo	Computador	10 min

Anexo VIII

Planeamento da Sessão “A gestão do choro do recém-nascido e do lactente”			
Local: Sala de reuniões da UCC.			
Data: 25/01/2024	Hora: 10:30	Duração: 60 minutos	Recursos: Computador, manequim RN, fralda de pano, cadeiras.
Professores orientadores: Professor Luísa Andrade e Professora Júlia Neto.			
Enfermeira Tutora: Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica			
Dinamizadora: Sandra Rodrigues			
Observador: Enfermeira tutora			
Público-alvo: Pais de RN e lactentes até aos três meses de idade, inscritos na USF e clientes da UCC onde foi realizado o estágio.			
Número de Participantes: - Mínimo: 2 pessoas; - Máximo: 12 pessoas, com os respetivos lactentes.			
Objetivo Geral: Promover o conhecimento dos pais sobre a gestão do choro do RN/lactente.			
Objetivos Específicos: - Reconhecer o choro como forma de comunicação do RN/lactente; - Identificar os tipos e as causas do choro do RN/lactente; - Conhecer os riscos associados à gestão ineficaz do choro inconsolável; - Descrever as estratégias promotoras do conforto do RN/lactente face ao choro;			

- Executar estratégias promotoras do conforto do RN/lactente face ao choro;

Fases	Conteúdo	Método(s)	Recursos	Duração
Introdução	- Apresentação da dinamizadora da sessão; - Apresentação do tema da sessão “A gestão do choro do RN/lactente” e explicação do objetivo da mesma;	Método interativo Estratégias: Momento quebra-gelo com apresentação de cada um dos pais, e escolha de uma palavra que melhor defina o que sentem relativamente ao choro do RN/lactente.	Computador	10 min
Desenvolvimento	- Conceito de choro, enquanto forma de comunicação do RN/lactente; - Os principais tipos e causas de choro do RN/lactente; - O choro inconsolável enquanto parte do processo desenvolvimental normativo do RN/lactente; - Stresse e ansiedade parental face ao choro inconsolável do RN/lactente; - Riscos associados à gestão ineficaz dos pais perante o choro inconsolável do RN/lactente; - Estratégias promotoras de conforto do RN/lactente face ao choro;	Método expositivo e interativo Demonstração e treino das estratégias de promoção do conforto face ao choro.	Computador e manequim	25 mins

	- Reflexo calmante e método dos 5 S's (Swadling, side/stomach position, Shushing, Swinging, e Sucking), ou seja, a contenção, o posicionamento, o ruído branco, o embalar e a sucção; - A importância do 4.º trimestre no desenvolvimento do RN/lactente.			
Conclusão	- Síntese dos conteúdos abordados; - Esclarecimento de questões; - Avaliar se os objetivos propostos foram cumpridos.	Método interativo	Computador	10 min

Anexo IX

A GESTÃO DO CHORO DO RECÉM-NASCIDO E LACTENTE

O QUE FAZER PARA AJUDAR
O SEU BEBÊ?

Aceda ao ebook
através do QR-code

