



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

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

Relatório de Estágio

**O ENFERMEIRO COMO PROMOTOR DO
DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

Um caminho reflexivo de Enfermeira Generalista a
Especialista: Formar no Cuidar para o Desenvolvimento
na Neonatologia.

Ana Sofia Sequeira Neves Sousa

LISBOA

Mai 2013



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

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

Relatório de Estágio

**O ENFERMEIRO COMO PROMOTOR DO
DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

Um caminho reflexivo de Enfermeira Generalista a
Especialista: Formar no Cuidar para o Desenvolvimento
na Neonatologia.

Ana Sousa

**Orientadora: Professora Doutora Maria
Manuela Barbosa de Soveral**

Coorientadora: Mestre Sónia Borges Rodrigues

LISBOA

Mai 2013



“O tempo da criança não volta atrás. É o que se pode fazer em certo momento que fica e que vai servir de alicerce para o futuro”.

Teresa Goldsmith (2002)

Às Crianças, Pais, Enfermeiros e dedicados Profissionais, que entraram na minha
vida e aos que já fazem parte da mesma: Pais, Família, Amigos, Pedro e Manuel
que me ensinaram bastante
Sem eles, este CAMINHO não teria sido possível!

ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direcção-Geral da Saúde

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

EFCNI - European Foundation for the Care of Newborn Infants

ENA - Emergency Nurses Association

Enf.^a - Enfermeira

GOBP - Guia Orientador de Boa Prática

NIDCAP - Newborn Individualized Development Care and Assessment Program

PC – Paralisia Cerebral

PNS – Plano Nacional de Saúde

Rn – Recém-nascido

Rns – Recém-nascidos

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SGS II - Schedule of Growing Skills II

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

RESUMO

O desenvolvimento infantil é um foco de atenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (EESIP).

Actualmente a Enfermagem de Saúde Infantil confronta-se com importantes desafios resultantes da situação atual das crianças em Portugal. Devido ao avanço da medicina e tecnologia, existem um elevado número de crianças com necessidades especiais ou com risco de atraso de desenvolvimento, que necessitam de intervenção precoce. Sendo fundamental uma atuação no sentido da promoção do desenvolvimento infantil.

O presente relatório apresenta o caminho reflexivo de Enfermeira Generalista a Especialista em que a aprendizagem se centrou na aquisição e desenvolvimento de competências para prestar cuidados especializados à Rn/criança/jovem e família, na procura da evidência científica e com base num modelo teórico de enfermagem, teoria de transições de Meleis, e numa atitude de permanente reflexão.

A promoção do desenvolvimento infantil é um dos focos de intervenção do EESIP em qualquer contexto em que a recém-nascido (Rn)/criança/família/pessoa significativa se encontre, em hospitais, centros de saúde, escola, casa e comunidade. Por conseguinte é fundamental a reflexão do papel do EESIP enquanto promotor do desenvolvimento infantil nos diferentes contextos de intervenção.

O desenvolvimento no ambiente extra-uterino, antes das trinte e sete semanas de gestação pode levar a trajectórias de desenvolvimento potencialmente desadaptativas. Logo é importante descobrir como e quando será crucial garantir a intervenção de enfermagem com base nos Cuidados para o Desenvolvimento.

Partindo de um diagnóstico em contexto de trabalho sobre a avaliação das intervenções promotoras do desenvolvimento infantil num serviço de Neonatologia foi pertinente o desenvolver de um Projeto de Melhoria Continua da Qualidade nos Cuidados para o Desenvolvimento.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Desenvolvimento Infantil, Transição, Cuidados para o Desenvolvimento.

ABSTRACT

Child development is a focus of the Nurse Specialist in Pediatrics and Child Health.

Currently Child Health Nursing is facing major challenges arising from the current situation of children in Portugal. Due to the advancement of medicine and technology, there are a high number of children with special needs or at risk of developmental delay, which require early intervention. It is fundamental then to promote child development.

This report presents the way reflective of the Generalist Nurse Specialist where learning is focused on the acquisition and development of skills to provide specialized care to newborn/child/young adult and family in search of scientific evidence and based on a theoretical model of nursing, theory of transitions Meleis, and an attitude toward reflection.

Promoting child development is a focus of the Nurse Specialist in Pediatrics and Child Health intervention in any context in which the newborn/child/family/significant other is found in hospitals, health centers, school, home and community. Therefore it is essential to reflect the role of EESIP as a promoter of child development in different areas of intervention.

The development in the extrauterine environment, before the thirty seven weeks of pregnancy can potentially lead to maladaptive developmental trajectories. It is important to find out how and when the nursing intervention should occur to ensure development.

Based on a diagnosis in the context of work on the evaluation of interventions promoting child development service in Neonatology was pertinent to develop a plan for the Continuous Improvement of Quality in Development Care.

Keywords: Nurse Specialist, Nursing Child Health and Pediatrics, Child Development, Transition, Developmental Care.

Índice

	Pág.
INTRODUÇÃO	9
1. PROBLEMÁTICA	11
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	19
3. DE GENERALISTA A ESPECIALISTA: UM CAMINHO REFLEXIVO	28
3.1. A Experiência nos Diferentes Contextos de Estágio	30
3.1.1. Promoção do desenvolvimento infantil num Serviço de Urgência Pediátrica	30
3.1.2. Promoção do desenvolvimento infantil na Comunidade	33
3.1.3. Promoção do desenvolvimento infantil na Criança com Necessidades Especiais	39
3.1.4. Promoção do desenvolvimento infantil na Prematuridade	44
3.2. Projeto de Melhoria Continua da Qualidade nos Cuidados para o Desenvolvimento numa Unidade de Neonatologia	50
4. OUTRAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA	54
5. CONCLUSÃO	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
APÊNDICES	69
Apêndice I – Cronograma de estágio	
Apêndice II – Planeamento dos objectivos	
Apêndice III – Entrevista sobre a Dinâmica Orgânico-Funcional do Serviço	
Apêndice IV – Plano de Sessão de Formação “Avaliação do Desenvolvimento Infantil”	
Apêndice V – Sessão de Formação “Avaliação do Desenvolvimento Infantil”	
Apêndice VI – Questionário de Avaliação da Sessão de Formação	
Apêndice VII – Questionário de Avaliação de Conhecimentos Adquiridos da Sessão de Formação	
Apêndice VIII – Escala de <i>Mary Sheridan</i> Modificada	
Apêndice IX – Reflexão “ Minimizar a Dor Neonatal.. É possível! Como ?”	
Apêndice X – Relatório dos Cuidados para o Desenvolvimento de um Pré-termo.	

Apêndice XI – Questionário “Intervenções Promotoras do Desenvolvimento Infantil: Perspectivas dos Enfermeiros de um Serviço de Neonatologia”

Apêndice XII – Plano de Sessão de Formação “Intervenções Promotoras do Desenvolvimento Infantil na Neonatologia”

Apêndice XIII – Sessão de Formação “Intervenções Promotoras do Desenvolvimento Infantil na Neonatologia”

Apêndice XIV – Projeto de Melhoria Continua da Qualidade nos Cuidados para o Desenvolvimento

Apêndice XV – Reflexão “Quando a vida se inicia e termina num instante ... Como e Quando Informar os Pais?”

INTRODUÇÃO

Os estágios constituem momentos em que o ser mobiliza, consolida e desenvolve diferentes tipos de saberes em enfermagem, o saber empírico, científico, ético, pessoal, estético e reflexivo.

O presente relatório insere-se na unidade curricular Estágio com Relatório do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Com a elaboração deste relatório pretendo analisar a experiência pessoal e profissional decorrida em contexto de estágio, com base no autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem, nas competências comuns e específicas do EESIP e na temática do projeto de estágio.

A temática selecionada foi a promoção do desenvolvimento infantil, nomeadamente os Cuidados para o Desenvolvimento. A escolha da temática emergiu do gosto pessoal, da vontade de aprofundar conhecimentos nesta área e do desejo de contribuir para a melhoria da qualidade do cuidar em enfermagem no meu contexto de trabalho.

A promoção de saúde constitui-se um foco de atenção importante dos enfermeiros, tal como o comprovam as conferências internacionais de *Otawa* (1986), *Sunsdalle* (1991), Bogotá (1992) e Jacarta (1997) bem como o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2011 (Ordem dos Enfermeiros, 2010a). Esta é referenciada pela Organização Mundial de Saúde e pela Ordem dos Enfermeiros como uma área de investimento, com particular relevo na saúde infantil (Loureiro, 2012).

Os contextos de estágio foram escolhidos no sentido de oferecerem o máximo de oportunidades de aprendizagem no desenvolvimento de competências do EESIP nos diferentes contextos da sua atuação, e em particular no domínio da promoção do desenvolvimento infantil. Deste modo, os estágios foram realizados num Serviço de Urgência Pediátrica, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), num Centro de Reabilitação de Crianças/Jovens com necessidades especiais, numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e numa Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais. O estágio decorreu na região de Lisboa e Algarve, no total

de 420 horas, distribuídas em 19 semanas, com início no mês de Outubro de 2012 e término no mês de Fevereiro de 2013 (Apêndice I).

O percurso de aprendizagem foi ancorado num quadro conceptual de enfermagem, a teoria das transições de Meleis (2010), num corpo científico relacionado com os Cuidados para o Desenvolvimento e os cuidados centrados na família, no uso da evidência científica na tomada de decisão, numa prática avançada respeitando as normas ético-deontológicas, padrões de qualidade da área da especialidade, e nos contributos teóricos de Benner (2001). Foi também norteador desta experiência, o Guia Orientador De Boa Prática (GOBP) em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente o volume 1, no Capítulo: Promover o Desenvolvimento Infantil na Criança (Ordem dos Enfermeiros, 2010b)

A metodologia usada na redação deste relatório é descritiva, analítica e reflexiva. A análise da prática desenvolve-se à luz da reflexão estruturada segundo Santos e Fernandes (2004).

O relatório de estágio é apresentado em quatro partes distintas. A primeira parte identifica a problemática, a segunda parte descreve o enquadramento conceptual, a terceira parte traça a descrição e a análise pormenorizada das actividades desenvolvidas na promoção do desenvolvimento infantil nos distintos contextos de estágio e quarta parte apresenta o delinear do Projeto de Melhoria Continua da Qualidade nos Cuidados para o Desenvolvimento numa Unidade de Neonatologia. O relatório destaca ainda outras competências comuns e específicas desenvolvidas do EESIP e finaliza com as considerações finais.

1. PROBLEMÁTICA

A infância é o período do desenvolvimento humano ao qual se atribui um relevo singular. Os processos de crescimento e desenvolvimento que nele se operam constituem pilares significativos para a vida adulta. O reconhecimento da importância e da complexidade destes processos são evidentes pelas diversas teorias que têm emergido ao longo dos tempos, que perspetivam o desenvolvimento da criança de formas diferentes e que nos permitem ter uma compreensão mais aprofundada do mesmo.

O desenvolvimento infantil é um foco de atenção dos enfermeiros. Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), este é definido como o “desenvolvimento humano: crescimento e desenvolvimento físico, mental e social progressivos, desde o nascimento e durante toda a infância” (Ordem dos Enfermeiros, 2011a, p.48). O desenvolvimento psicomotor, enquanto parte integrante do processo do desenvolvimento infantil, é caracterizado como um “processo natural e evolutivo. Integra a coordenação, comunicação, socialização e aspetos de mobilidade. Capacidade das pessoas para interagirem com o meio ambiente envolvente através de comportamentos” (Ordem dos Enfermeiros, 2011a, p.48).

O desenvolvimento da criança está sujeito a inúmeras influências que provêm da hereditariedade e do ambiente. Consideram-se influências importantes a família, o estatuto económico, o grupo étnico e a cultura (Papalia, Olds & Feldman, 2001). A complexidade prende-se com os inúmeros fatores que influenciam o desenvolvimento (Papalia, Olds & Feldman, 2001), constatando-se uma preocupação crescente com “o papel que as características dos contextos desempenham enquanto fatores de vulnerabilidade ou de promoção do desenvolvimento” (Pessanha, 2008, p. 2).

A Ordem dos Enfermeiros (2010b) citando Bellman, Lingam e Aukett (1996) afirma que promover o desenvolvimento infantil é ajudar a criança, em parceria com a família, na sua circunstância de vida e no seu tempo, a desenvolver-se dentro dos padrões esperados para a sua idade e respeitando a sua «singularidade».

Reconhecendo os prestadores de cuidados diretos como os principais promotores do desenvolvimento infantil (Ordem dos Enfermeiros, 2010b), subjacente a este conceito surge o de parentalidade. Segundo a CIPE, a parentalidade consiste em

assumir as responsabilidades de ser mãe ou pai; comportamentos destinados a facilitarem a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar, comportamentos para otimizar o crescimento e o desenvolvimento das crianças; a interiorização das expectativas dos indivíduos, amigos e sociedade quanto aos comportamentos do papel parental, adequados ou inadequados (Ordem dos Enfermeiros, 2011a , p.66).

Actualmente a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria confronta-se com desafios importantes resultantes da situação presente das crianças em Portugal. O elevado número de crianças com necessidades de saúde especiais ou em risco de desenvolvimento, em parte resultante dos avanços da medicina e tecnologia, exigem uma intervenção precoce adequada na infância (Ordem dos Enfermeiros, 2011b). Já o PNS de 2004-2010 identificava as crianças portadoras de deficiências ou que estão em risco de atraso grave de desenvolvimento como clientes que necessitam de uma atenção especializada, que deveria ser enquadrada com o reforço da intervenção precoce e a implementação dos centros de desenvolvimento infantil. Em consonância, também o atual PNS, de 2011-2016, identifica a promoção do desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes como uma área prioritária na saúde das crianças e dos adolescentes (Direcção-Geral da Saúde (DGS), 2012a).

Um dos focos de intervenção do EESIP é

a avaliação e promoção do crescimento e do desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial do desenvolvimento infantil, a gestão do bem-estar da criança e a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida das crianças e jovens, (...) (Ordem dos Enfermeiros, 2011b, p.2).

Dados recentes e significativos dos avanços na neonatologia referem que as taxas de sobrevivência dos recém-nascidos (Rns) pré-termos tem aumentado drasticamente mesmo para Rns de muito baixo peso e de extremo baixo peso (Als, 2009; Westrup, 2007). Os partos pré-termos, isto é, os nascimentos antes das 37 semanas de gestação, constituem um desafio cada vez maior (Als, 2009).

Os partos pré-termos constituem um dos fatores de risco para o desenvolvimento infantil, com impacto na saúde a longo termo, e uma realidade

cada vez mais acentuada, cuja incidência tem aumentado nos países ocidentais. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2012), em todo o mundo, 15 milhões dos 135 milhões de Rns nascidos em 2010, nasceram pré-termos e, em Portugal, a taxa de nascimentos pré-termos do mesmo ano aumentou para 7,7%.

A maioria dos bebés pré-termos apresenta um perfil de desenvolvimento normal. Contudo, o risco de problemas de desenvolvimento é consideravelmente mais elevado em comparação com a restante população (Warren & Bond, 2009). Os Rns pré-termos têm maior risco de admissão hospitalar, por dificuldade na alimentação, instabilidade da temperatura corporal, desidratação e icterícia. O aumento do risco de insucesso escolar, as dificuldades de aprendizagem, os problemas sociais e comportamentais são também problemas de desenvolvimento identificados nestas crianças (Samra, McGrath & Wehbe, 2011)

Quando uma criança nasce antes das 37 semanas de gestação, o crescimento acelerado do cérebro ocorre após o nascimento e sem a protecção do útero. As experiências são diferentes e são vários os factores de risco. Desde factores fisiológicos, psicossociais e ambientais, como a doença, os cuidados médicos, o ambiente, as características do cuidador e as suas interações que podem impedir a transição saudável do útero. Estes factores poderão afetar negativamente o progresso do crescimento e desenvolvimento infantil (White-Traut & Norr, 2009).

Eis que surgem algumas preocupações, ou seja, nascem cada vez mais bebés antes do tempo, salvam-se cada vez mais bebés e com uma menor idade gestacional, mas quais são as repercussões no seu desenvolvimento infantil? Como podemos cuidar destes bebés e família de forma a promover o seu desenvolvimento infantil?

A prematuridade

Cerca de 13 milhões de partos pré-termos ocorrem por ano em todo o mundo, com uma média de aproximadamente 9%. A incidência tem aumentado nos países ocidentais com o acréscimo da idade das grávidas e dos tratamentos de infertilidade (Als, 2009).

Em Portugal, registou-se uma descida da taxa de natalidade de 10,9 para 9,2 nados vivos por mil habitantes, valor mais reduzido de todo o período entre o ano de 2001 e 2011 (Instituto Nacional de Estatística, 2013). Entre 2001 e 2011, verificou-se um aumento da percentagem de nados vivos pré-termos de 5,6% para 7,4% em 2011. Tendência idêntica verificou-se com a percentagem dos nados vivos de baixo peso (peso inferior a 2500 gramas), que passou de 7,2% para 8,4% (Instituto Nacional de Estatística, 2013).

Ao longo do século XIX, observou-se um enorme avanço da medicina neonatal, apoiada em progressos farmacológicos e tecnológicos decisivos, permitindo salvar a vida de bebés de baixo peso, pré-termos ou doentes (Barros, 2001). Por conseguinte, assistiu-se a uma mudança significativa nos cuidados neonatais, a uma diminuição drástica das taxas de mortalidade perinatal (Barros, 2001) e a um aumento de índice de morbilidade (Ramalhão & Dupas, 2003).

A partir dos anos 80, surgiu uma diversidade de estudos sobre o acompanhamento de *follow-up* de Rns com início de vida nas unidades neonatais, que alertaram para a necessidade de refletir sobre os problemas físicos, cognitivos e emocionais que estas crianças viriam a apresentar ao longo do seu desenvolvimento. Estes estudos evidenciaram que os sucessos terapêuticos das unidades de cuidados intensivos neonatais não é o fim de um drama, mas um início de um percurso difícil e doloroso para a criança e sua família (Barros, 2001).

Repercussões da prematuridade no desenvolvimento

Para a *European Foundation for the Care of Newborn Infants* (EFCNI) (2008), os Rns pré-termos têm maior risco de desenvolvimento a curto e a longo prazo de complicações de saúde, como a paralisia cerebral (PC), as deficiências do tipo sensório-motor, as doenças respiratórias e os distúrbios de aprendizagem e de comportamento.

Seki e Balieiro (2009) referem, numa revisão da literatura, que nove estudos descrevem a prematuridade como fator de risco ao desenvolvimento normal da criança. Os autores salientam ainda as alterações neurológicas e comportamentais, tais como a resposta à dor e ao stresse, o défice de atenção, a conduta social tardia,

o fracasso escolar e o risco superior de complicações na vinculação pais-bebé, associados à prematuridade (Seki & Balieiro, 2009).

Em Portugal, apesar de não existirem estudos publicados acerca da evolução de Rns de muito baixo peso (menos de 1500gr) na idade escolar, avaliando por estudos internacionais, a prematuridade pode ser não só causa de sequelas como a PC, mas também de défices cognitivos, alterações neurossensoriais graves ou disfunções cerebrais como o atraso da linguagem, o défice de atenção, a hiperatividade e a labilidade emocional. Estes problemas aumentam o risco de insucesso escolar e as necessidades de apoio de educação especial, que persistem até à idade adulta (Cunha, Cadete & Virella, 2010).

Os Rns pré-termos de 34 a 36 semanas de gestação têm mais problemas quando comparados com Rns de termo. São exemplos a dificuldade em manter a temperatura adequada, a dificuldade na alimentação por sucção ineficaz, a longa permanência no hospital, o cérebro menor e menos desenvolvido aquando do nascimento, o aumento do risco de hiperatividade e de problemas de aprendizagem (UkHealthCare, 2008).

Além disso, a dinâmica familiar também é afectada pelo parto pré-termo. O desenvolvimento da vinculação pode encontrar-se comprometido quando o Rn necessita de cuidados intensivos neonatais, influenciando o seu desenvolvimento psicossocial e emocional (Ramalhão & Dupas, 2003; Scochi, Kokuday, Riul, Rossanez, Fonseca & Leite, 2003). Sendo os pais elementos cruciais no desenvolvimento da criança. O desenvolvimento infantil será influenciado pelo estabelecimento da vinculação. Tal como nos refere Brazelton (2010), o desenvolvimento das crianças é influenciado por aqueles que as rodeiam, desde pais, avós, amigos, pediatra e outros profissionais de saúde.

O enfermeiro como promotor do desenvolvimento infantil

A prática clínica direccionada para o acompanhamento do desenvolvimento infantil faz parte de um processo muito vasto de gestão e promoção de saúde da criança. Neste processo deverá estar implícito um programa estruturado de implementação de vigilância da criança em vários momentos do seu desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

Este programa deverá incluir uma avaliação do desenvolvimento psicomotor, realizada de uma forma estruturada, mensurada por um instrumento de avaliação, atuando ao nível da prevenção de potenciais problemas. Neste contexto, é essencial a existência de conhecimentos e a capacidade dos enfermeiros para comunicar com os pais, estabelecendo estratégias de parceria no que concerne a comportamentos de promoção do desenvolvimento infantil (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

Uma transição para a parentalidade apoiada pelos enfermeiros ao longo da infância, com o desenvolvimento das competências dos pais, melhora provavelmente a parentalidade, bem como a saúde e o desenvolvimento infantil (Gardner & Deatrck, 2006).

Numa revisão da literatura de Gardner e Deatrck (2006) foram identificadas cinco categorias de intervenções de enfermagem facilitadoras da transição para a parentalidade, designadamente a visita domiciliária, a educação individual, o aconselhamento/educação infantil, a intervenção em grupo e o contato pele-a-pele. De acordo com esta revisão da literatura a educação individual refere-se a intervenções como sessões de educação sobre as competências e cuidados ao Rn e a participação guiada no desenvolvimento das competências na alimentação (Gardner & Deatrck, 2006). As visitas domiciliárias integram um programa estruturado de visitação domiciliária de enfermagem de saúde infantil no primeiro ano de vida e visitas de mães voluntárias experientes. A intervenção em grupo integra uma intervenção multidisciplinar, durante um ano, como a participação de grupos de apoio de pais, contato telefónico mensal e visitas de instrução de cuidados infantis (Gardner & Deatrck, 2006).

Num estudo de Falbo, Andrade, Furtado e Melo (2012) que pretendia identificar as intervenções de enfermagem na promoção do desenvolvimento infantil, os resultados apontam o brincar como intervenção essencial ao desenvolvimento infantil. A actividade lúdica deverá ser explorada pela enfermagem por meio da arte, da música, dos brinquedos e do teatro. Estas alterações ambientais amenizam o stresse da hospitalização e reduzem o impacto do internamento hospitalar no desenvolvimento infantil (Falbo, Andrade, Furtado & Melo, 2012). Também a Ordem dos Enfermeiros (2010b) no GOBP refere que um dos princípios para promover o

desenvolvimento da criança é reconhecer o brincar como actividade basilar do desenvolvimento infantil.

Na Neonatologia, o enfermeiro apresenta necessidade de nas suas práticas de cuidados criar um ambiente envolvente mais apropriado para a promoção do desenvolvimento do Rn (Vasconcellos, 2005). Kornusky (2011) refere que os Cuidados para o Desenvolvimento foram concebidos entre 1980 e 1990 com o objectivo de diminuir o impacto negativo da unidade de cuidados neonatais nos pré-termos e de promover o normal desenvolvimento.

Numa revisão sistemática da literatura de Symington e Pinelli (2006) *apud* (Warren & Bond, 2010) sobre o “Cuidado ao Desenvolvimento como promoção do desenvolvimento e prevenção da morbilidade nos Rns pré-termos”, conclui-se que os benefícios clínicos mais consistentes foram demonstrados nos ensaios clínicos que aplicaram os cuidados individuais e de suporte ao desenvolvimento com base no programa Newborn Individualized Development Care and Assessment Program (NIDCAP) (Warren & Bond, 2010). Nestes estudos foram encontrados benefícios associados aos cuidados promotores do desenvolvimento: menos suporte respiratório, doença crónica pulmonar menos severa, aumento do crescimento, duração do internamento mais reduzida, menos custos hospitalares e melhoria no desenvolvimento aos 24 meses (Warren & Bond, 2010).

As primeiras experiências de uma mãe, quando os padrões de maternidades relativas à criança estão em formação, são cruciais (Walker *et al.* 1986, *apud* Meleis, 2010). Assim, uma transição positiva para a maternidade tem consequências importantes para o desenvolvimento das relações mãe-bebé (Shin, 2003, *apud* Meleis, 2010). A prematuridade e a hospitalização do Rn têm repercussões no estabelecimento da vinculação e ligação pais-filho e, por consequência, no desenvolvimento do papel parental. Facilitar a transição para a parentalidade na UCIN implica um conhecimento aprofundado sobre as intervenções de enfermagem facilitadoras da transição.

Resultante de uma revisão da literatura sobre intervenções de enfermagem facilitadoras do processo transicional, surge o esclarecimento de dúvidas, a informação e o apoio emocional (Mundy, 2010). Turan, Basbakkal e Ozbek (2008) afirmam ainda a importância dos cuidados centrados na família, evidenciando as

seguintes intervenções: acompanhar os pais na primeira visita à UCIN; informar e responder a questões acerca da situação da criança, dar apoio emocional, incentivar o toque e a prestação de cuidados e informar sobre os tratamentos e procedimentos a serem efetuados.

Em consenso com o referido pode-se dizer que os principais elementos da intervenção de enfermagem na promoção do desenvolvimento infantil são a avaliação do desenvolvimento psicomotor, realizada de uma forma estruturada, mensurada por um instrumento de avaliação, atuando ao nível da prevenção de potenciais problemas. A realização de visitas domiciliárias, a intervenção facilitadora da transição para a parentalidade em que os enfermeiros devem potenciar a relação pais/filho numa atitude empática, flexível e não prescritiva, e o brincar são também intervenções basilares.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Este capítulo tem como objetivo apresentar sumariamente o quadro teórico de Meleis (2010) no referente ao conceito de transições. A filosofia dos Cuidados para o Desenvolvimento sendo referências autores como Warren e Bond (2010), Als (2009) e Coughlin, Gibbins e Hoath (2009) e os cuidados centrados na família são também apresentados neste capítulo.

Teoria das Transições de Meleis: Uma Teoria de Médio – Alcance

A transição, para Meleis (2010) é a passagem de um estado, condição ou lugar, para outro. Esta refere-se ao processo e ao resultado de complexas interações pessoa-ambiente, podendo envolver mais do que uma pessoa, que está inserida no determinado contexto e situação (Meleis, 2010).

A transição denota mudança na situação de saúde, no ambiente relacional, nas expectativas e exige que a pessoa que se envolve no processo de resolver o acontecimento ou não acontecimento integre um novo conhecimento, de modo a alterar o seu comportamento e as definições de si própria no contexto social (Meleis, 2010).

As mudanças que ocorrem na vida das pessoas implicam uma adaptação que pode levar a um estado de vulnerabilidade (Meleis, Sawyer, Im, Schumacher, Messias & Schumacher, 2000). As transições são hoje aceites como um conceito central da enfermagem porque os pacientes que se encontram a viver um processo de transição tendem a estar mais vulneráveis aos riscos e, por conseguinte, a verem a sua saúde atingida. Descobrir esses riscos pode melhorar a compreensão do processo de transição (Meleis, 2010).

Meleis, Sawyer, Im, Schumacher, Messias e Schumacher (2000) referem que quando ocorrem situações de transição, os enfermeiros são os cuidadores principais do cliente/família por estarem atentos às necessidades e mudanças que as mesmas acarretam nas suas vidas e por os prepararem para melhor lidarem com essas transições, através da aprendizagem e aquisição de novas competências.

Os tipos de transições com os quais os enfermeiros são confrontados no trabalho com os clientes/famílias podem ser identificados como sendo de

desenvolvimento, saúde-doença, situacional e organizacional (Meleis, Sawyer, Im, Schumacher, Messias & Schumacher, 2000).

São transições de desenvolvimento e de tempo de vida: a gravidez, o nascimento, a parentalidade, a adolescência, a menopausa, o envelhecimento e a morte (Meleis, 2010). As famílias de Rns pré-termos internados na Unidade de Neonatologia parecem vivenciar pelo menos dois tipos de transições: a de desenvolvimento familiar, no caso da parentalidade, e a situacional, relacionada com a hospitalização.

O enfermeiro, ao ser facilitador da transição de desenvolvimento, a parentalidade, está a ser promotor do desenvolvimento infantil, pois uma transição positiva para a parentalidade tem consequências importantes para o desenvolvimento das relações mãe-bebé (Shin, 2003) *apud* Meleis (2010), o que se repercutirá no crescimento e desenvolvimento futuro da criança.

Segundo Meleis (2010), os enfermeiros devem ter em consideração todas as possíveis situações de mutação com relevância no contexto familiar, em vez de se focarem num único tipo específico de transição. No contexto familiar, a transição para a condição de pai e/ou mãe implica inerentemente transição para os papéis de irmão, avô/avó, tio/tia, e todos estes processos de mudança são dificultados pela prematuridade e pela necessidade de internamento do novo membro da família na UCIN. O nascimento de um Rn pré-termo é um momento difícil, por exemplo, para os irmãos, que necessitam do apoio de pais compreensivos (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2006).

Para compreender a experiência dos clientes durante as transições, o enfermeiro deve perceber as condições pessoais e ambientais que facilitam ou dificultam o processo de transição (Meleis, 2010). E, na interação com os clientes, o enfermeiro deverá conhecer a pessoa, as suas especificidades culturais, crenças e significados, de modo a compreender a sua experiência. As condições socioeconómicas e a sua estabilidade são também essenciais para que a pessoa/família possa satisfazer as suas necessidades quotidianas, à medida que vai evoluindo transaccionalmente durante o ciclo vital (Meleis, 2010).

A transição para a maternidade tem sido descrita como um processo de mudança pessoal e interpessoal, que ocorre quando uma mulher assume tarefas

maternas e se avalia como mãe (Pridham & Chang, 1992, *apud* Meleis, 2010). A transição para a maternidade em mães com crianças na UCIN é diferente da de mães com bebês saudáveis, experienciando maior dificuldade nesta transição (Shin, 2003) *apud* Meleis (2010). Sentimentos de decepção, medos sobre a sobrevivência do bebê e experiências maternas alteradas são relatados por estas mães (Affleck *et al.*, 1990; Affonso *et al.*, 1992, *apud* Meleis, 2010).

Para Meleis (2010), a preparação e o conhecimento constituem também fatores que podem facilitar ou inibir o processo de transição. Shin e White-Traut (2010), *apud* Meleis (2010), identificaram cinco fatores influenciadores na transição para a maternidade na UCIN a serem atenuados, como a atribuição do significado negativo, a incerteza, o preconceito social, a falta de oportunidade para contactar com o bebê e o ambiente da UCIN.

Segundo Shin (2003) *apud* Meleis (2010), a transição para a maternidade na UCIN pode ser muito distinta consoante o significado que a mãe atribui à situação de prematuridade, considerando que a atribuição de um significado muito negativo poderá dificultar ou mesmo inibir a transição. Este autor defende ainda a ideia de que existe um preconceito em relação à UCIN, pela conotação de complicações futuras e problemas no crescimento e desenvolvimento com as crianças prematuras internadas nestas unidades.

Shin e White-Traut (2010) *apud* Meleis (2010) referem também o ambiente da UCIN e a falta de oportunidade para contactar fisicamente com o seu filho, como fatores geradores de experiências emocionais, incluindo sentimentos como desapontamento, culpa, ansiedade e depressão.

Segundo Meleis (2010), uma transição saudável é caracterizada por padrões de resposta compostos por indicadores de processo e indicadores de resultado, sendo essencial para o enfermeiro a identificação destes indicadores. Estes indicadores permitem ao enfermeiro avaliar e intervir precocemente na prossecução do objetivo de facilitar uma transição saudável. O reflexo de uma experiência de transição saudável poderá ser traduzida numa progressiva capacidade para gerir as emoções iniciais e o desenvolvimento de uma relação de confiança/integração, interagindo com a equipa/ambiente multidisciplinar da UCIN. “Através da interação, os comportamentos desenvolvidos em resposta ao processo transicional, permitem

descobrir, identificar e clarificar o significado da transição”, afirma-nos (Meleis, 2010, p.61), e mais adiante: “A qualidade de vida das pessoas que experienciam transições pode ser refletida pelos níveis de mestria/domínio de novas habilidades necessárias para completar uma transição saudável e pelo desenvolvimento de uma identidade fluída e integrativa“ (Meleis, 2010, p.62).

Meleis (2010) refere que os papéis são apreendidos e incorporados de diversas maneiras, sendo uma dessas maneiras através da interação com pessoas ou grupos significativos. Os pais com bebés na UCIN precisam de sentir que não estão sozinhos e o valor dos grupos de apoio de pais é incomensurável para estes (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2006).

Os programas de visitas dos avós e irmãos também têm sido uma mais-valia no fornecimento de apoio emocional bem como os grupos de apoio, círculos de pais, onde partilham experiências, preocupações e sentimentos (Scochi, Kokuday, Riul, Rossanez, Fonseca & Leite, 2003). A maternidade tardia e o desenvolvimento do significado de família e da própria vida são consequências da transição para a maternidade na UCIN e, embora a ansiedade e a sensação de culpa continuem a existir, as mães desenvolvem um significado sobre a família e a própria vida (Able-Boone & Stevens, 1994; Emily, 1999; Owens, 2001; Shin, 2003) *apud* Meleis (2010).

O enfermeiro ao facilitar a transição para a parentalidade, presta Cuidados para o Desenvolvimento e assim promove o desenvolvimento infantil. A permanência dos enfermeiros junto das crianças diariamente e a sinergia de esforços da equipa multidisciplinar, incluindo os pais, permitem a interpretação das pistas de cada criança e a instituição individualizada dos cuidados (Vasconcellos, 2012).

A prestação dos Cuidados para o Desenvolvimento tem como objetivo fornecer cuidados de saúde de elevada qualidade e de forma completa aos pré-termos e/ou de risco, a fim de promover o melhor crescimento e desenvolvimento para estes e suas famílias (Silva, 2005).

Cuidados para o Desenvolvimento

Para Coughlin, Gibbins e Hoath (2009), a prática do Cuidado para o Desenvolvimento pode variar entre as unidades, mas o objetivo é fornecer um ambiente de cuidados estruturados que apoia, incentiva e orienta o desenvolvimento

do Rn prematuro e/ou doente. Esta prática reconhece as vulnerabilidades físicas, psicológicas e emocionais dos Rns pré-termos e/ou doentes e suas famílias, focando-se na minimização de complicações reais e potenciais, a curto e longo prazo, associadas à hospitalização (Coughlin, Gibbins & Hoath, 2009).

Os Cuidados para o Desenvolvimento consistem numa prática profissional, sendo uma oportunidade de educação e de pesquisa que os enfermeiros precisam explorar, avaliar e aperfeiçoar continuamente dentro de um ambiente de rápida mudança tecnológica (Coughlin, Gibbins & Hoath, 2009).

O Cuidado para o Desenvolvimento tem as suas raízes nos princípios da ciência de enfermagem, conforme descrito por *Florence Nightingale* (1860), indicando a responsabilidade das enfermeiras na criação e manutenção de um ambiente propício ao processo reparador (Coughlin Gibbins & Hoath, 2009). Estes princípios, em conjunto com o trabalho inicial de enfermeiros que trabalhavam em contexto de neonatologia e pediatras pioneiros, lançaram as bases teóricas para o trabalho de Als e colegas, que descrevem a complexa relação entre o cérebro em desenvolvimento nos prematuros e o ambiente tecnológico nas unidades de cuidados neonatais (Coughlin, Gibbins & Hoath, 2009).

Para Warren e Bond (2010), os Cuidados para o Desenvolvimento têm várias perspetivas. Engloba um cuidado humano em que a criança tem o direito de ser protegido da dor, de ser ouvida e de dormir, um cuidado centrado na família em que há parceria pais-profissionais, uma intervenção direta como o toque positivo, o método canguru, o ambiente envolvente e um cuidado individualizado baseado nas necessidades e progressos de cada criança e família.

Silva (2005) refere que os Cuidados para o Desenvolvimento englobam toda uma filosofia do cuidar, incluindo diversas atividades para adequar o ambiente e individualizar o cuidar do bebé pré-termo pela sua família e pela equipa, com base nas observações comportamentais.

Este Cuidado para o Desenvolvimento tem como objetivo promover a maior estabilização, organização e competência possível do bebé, ajudando-o na conservação de energia para crescer e se desenvolver. Não é só proteger o bebé dos estímulos inadequados, mas também, quando este estiver disponível e dentro da sua capacidade de processamento, fornecer estímulos contingentes. Estas

intervenções influenciam positivamente o desenvolvimento e a organização do sistema nervoso central, repercutindo-se num melhor desenvolvimento a curto e a longo prazo (Silva, 2005).

A principal teoria norteadora dos Cuidados para o Desenvolvimento é a teoria síncrono-ativa do desenvolvimento, desenvolvida por Als, desde 1982. Esta teoria é o fundamento do *NIDCAP*.

Nesta teoria há uma inter-relação dinâmica e de suporte mútuo entre os cinco subsistemas de desenvolvimento do Rn: o subsistema autónomo ou fisiológico, o motor, o de organização de estados, o subsistema de atenção e interação e o subsistema de autorregulação e equilíbrio. A teoria é designada por síncrono-ativa pois durante cada estágio de desenvolvimento os subsistemas desenvolvem-se independentemente e, ao mesmo tempo, interagem continuamente um com o outro e com o meio ambiente (Silva, 2006).

Para implementar os Cuidados para o Desenvolvimento foram concebidos o modelo de cuidados individualizados e centrado no desenvolvimento e o programa de avaliação para o Rn (Als & Gilkerson, 1997). O *NIDCAP* é o programa individualizado de avaliação e cuidados centrados no desenvolvimento do Rn que foi desenvolvido por Als e a sua equipa de colaboradores no início dos anos 80, como uma estratégia para responder às preocupações face ao impacto negativo do ambiente das UCIN nos Rns pré-termo. Com o passar do tempo, o conceito foi alargado, englobando, para além dos aspetos físicos do ambiente, todos os procedimentos de cuidar bem, tais como os aspetos sociais envolvidos (Santos, 2011).

Als (2009) salienta que o *NIDCAP* é uma abordagem comportamental individualizada para a prestação de cuidados, baseada na informação que o comportamento do Rn fornece. A partir daí, é possível formular um plano de cuidados que melhora e fortalece as forças do Rn e que o suporta em situações de sensibilidade e vulnerabilidade. O objetivo deste programa individualizado de cuidado centrado no desenvolvimento é melhorar, a longo prazo, as consequências da prematuridade nas crianças e famílias. Ainda segundo este autor, a integração deste programa reduz as complicações iatrogénicas do tratamento intensivo neonatal para bebés, bem como para os pais e profissionais, aumentando a

competência da criança, a confiança dos pais e a satisfação dos profissionais de saúde (Als, 2009).

Als *apud* Westrup (2007) refere que o bebé é um participante ativo que necessita de suporte de regulação e que o comportamento deste é a primeira forma de comunicar.

Há investigação que suporta a importância dos Cuidados para o Desenvolvimento nas unidades de cuidados neonatais. Num estudo realizado por Als e Gilkerson (1997) num grupo de maior risco, constituído por Rns ventilados de muito baixo peso, obteve-se uma evolução médica mais favorável com diminuição das hemorragias intraventriculares, menor severidade da doença crónica pulmonar, melhor crescimento, alta mais precoce e redução de custos de hospitalização. Als e colegas (2003) publicaram um estudo clínico controlado e randomizado nos USA que envolveu 92 crianças. Neste estudo encontraram resultados positivos significativos associados à aplicação do programa *NIDCAP*, tais como menor tempo dos Rns no ventilador, menor tempo na alimentação parentérica, maiores ganhos de peso, menos retinopias e redução dos custos hospitalares. Também encontraram benefícios na organização comportamental dos bebés e menos stresse na família.

Também o estudo de Aita e Snider (2003), encontrou efeitos positivos deste programa, nomeadamente, a melhoria na estabilidade fisiológica da criança, no ganho de peso, na organização comportamental, no desenvolvimento psicomotor e mental aos nove meses. A melhoria a curto prazo nos resultados fisiológicos, comportamentais, neurológicos e clínicos dos Rns, a diminuição da reatividade à dor destes durante os procedimentos, os pais apresentarem maior competência para cuidar do Rn e os profissionais treinados demonstrarem melhor desempenho na assistência ao Rn e valorizarem mais os estímulos ambientais, físicos e sociais, foram também benefícios identificados (Gaspardo, Martinez & Linhares, 2010).

Foram propostas pelas novas teorias dos Cuidados para o Desenvolvimento (Coughlin, Gibbins & Hoath 2009), cinco medidas fulcrais em áreas de cuidados transversais independentes da patologia da criança, como a proteção do sono, a avaliação e gestão da dor e do stresse, o suporte de desenvolvimento das atividades de vida diárias (posicionamento, integridade cutânea, alimentação oral), o cuidado centrado na família e o ambiente de cura/reparador, (*healing environment*).

Os cuidados centrados na família estão presentes nos cuidados para o desenvolvimento. Os mesmos autores sublinham que, no cuidado centrado na família, o acesso ao filho não é restrito, que há a avaliação do bem-estar físico e da competência e confiança na parentalidade e o acesso aos recursos de suporte às necessidades dos pais a curto e a longo prazo (Coughlin, Gibbins & Hoath, 2009).

Cuidados Centrados na Família

No regulamento das competências específicas do EESIP pode ler-se que o enfermeiro

utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados (...) trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, (...) procurando responder globalmente ao “mundo” da criança”; deve atuar na “avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil (Portugal, Presidência do Conselho de Ministros, 2011, p. 8653).

Estes princípios orientadores denotam o reconhecimento do papel central da família na vida da criança, devendo ser apoiada, respeitada e encorajada a potencializar as suas forças e capacidades de cuidar. Esta filosofia reconhece a família como a entidade que melhor conhece a criança, as suas necessidades e potencialidades (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2006).

A expressão cuidado centrado na família é frequentemente acompanhado por termos como parceria, colaboração e as famílias como “especialistas”. A definição de consenso das práticas dos cuidados centrados na família ainda não foi alcançada (Kuo, Houtrow, Arango, Kuhlthau, Simmons & Neff, 2012). No entanto, o acordo em relação aos princípios dos cuidados centrados na família, foi alcançado por grupos como *Family Voices*, *the Maternal and Child Health Bureau* *the American Academy of Pediatrics (AAP)* e *Institute for Patient- and Family-Centered Care*.

São princípios gerais dos cuidados centrados na família: a partilha de informações, em que a troca de informações é objetiva, aberta e imparcial; o respeito pelas diferenças, em que os cuidados são marcados pelo respeito à diversidade cultural, tradições linguísticas e às preferências; a parceria e a colaboração, em que as decisões são tomadas de acordo com as necessidades, pontos fortes e habilidades de todos os envolvidos, em que a família é envolvida na

escolha; a negociação; os cuidados são em contexto de família e na comunidade: o cuidado direto e a tomada de decisão refletem a criança no contexto da sua família, casa, escola e comunidade (Kuo, Houtrow, Arango, Kuhlthau, Simmons & Neff, 2012)

Como Als (2009) refere, um dos elementos chave do *NIDCAP* é o conforto para a família, devendo assegurar-se aos pais que eles são os principais cuidadores da criança, que são os primeiros a providenciar carinho e atenção, sendo fatores críticos para o desenvolvimento futuro da criança. O ambiente da UCIN deve favorecer o acompanhamento dos pais, não sendo meros visitantes, deve favorecer a amamentação, reduzir o nível de stresse decorrente da prematuridade e reduzir e evitar a depressão pós-parto (Als, 2009). Kornusky (2011) salienta que o Cuidado para o Desenvolvimento reconhece a família como parte importante da equipa de saúde.

Harrison (1993) fala dos princípios dos cuidados centrados na família no cuidado neonatal e enfatiza a importância de reconhecer e aceitar o apoio familiar no processo transacional saúde-doença. São princípios orientadores, uma comunicação livre, ética e honesta entre os pais e os profissionais, o acesso livre e precoce dos pais na UCIN; o facultar aos pais informações relativas ao tratamento e as discussões em grupo, uma linguagem acessível para que sejam capazes de fazer escolhas no tratamento; a ajuda aos pais a reconhecer e aliviar a dor; em suma, um trabalho conjunto entre pais e profissionais para garantir um ambiente apropriado para os Rns na UCIN e a promoção do acompanhamento a longo prazo dos Rns de risco.

3. DE GENERALISTA A ESPECIALISTA: UM CAMINHO REFLEXIVO

Este caminho de aprendizagem de Enfermeira (Enf.^a) Generalista a Especialista decorreu em cinco contextos de estágio distintos, num Serviço de Urgência Pediátrica, numa Unidade de Cuidados na Comunidade, num Centro de Reabilitação de Crianças e Jovens, numa UCIN e numa Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais, num total de 420 horas. A escolha dos mesmos foi realizada com base nas orientações emanadas pela Ordem dos Enfermeiros, em consonância com o projeto e pela proximidade geográfica da minha residência.

A definição dos objetivos foi estabelecida com base no autodiagnóstico das necessidades a nível das competências comuns e específicas do EESIP. Para cada objetivo específico, foram relacionadas as competências, as atividades, os recursos, identificado o local de estágio, bem como selecionados os indicadores de avaliação (Apêndice II).

Foram identificados os seguintes objetivos gerais:

1. Prestar cuidados especializados, para promover o desenvolvimento infantil do Rn/criança nos diferentes contextos de intervenção do EESIP.

2. Contribuir para a capacitação dos enfermeiros no exercício de intervenções promotoras do desenvolvimento infantil.

E, como objetivos específicos:

1.1. Analisar a dinâmica funcional dos diferentes locais de estágio, incluindo os modelos de intervenção de enfermagem e seus referenciais;

1.2. Capacitar os pais para a maximização do potencial desenvolvimento desde do nascimento até à juventude;

1.3. Avaliar o desenvolvimento infantil;

1.4. Analisar as práticas de cuidados na promoção do desenvolvimento infantil;

2.1. Ser facilitador da aprendizagem dos enfermeiros sobre as intervenções promotoras do desenvolvimento infantil em contexto de trabalho;

2.2. Desenvolver um Projeto de Melhoria de Qualidade nos Cuidados para o Desenvolvimento numa Unidade de Neonatologia.

Em todos os contextos de estágio, a primeira semana foi dedicada à consecução do objetivo 1.1., ou seja, analisar a dinâmica funcional dos diferentes locais de estágio, incluindo os modelos de intervenção de enfermagem e seus referenciais, relacionado com a competência comum do Enfermeiro Especialista no domínio da gestão dos cuidados (C2) Adapta a liderança e a gestão dos recursos e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados. Para tal, realizei visitas guiadas aos serviços, realizei entrevistas às enfermeiras tutoras (Apêndice III), elaborei a caracterização dos serviços tendo como documento orientador a Carta Hospitalar de Pediatria da Comissão Nacional de Saúde da Criança e Adolescente (Alto Comissariado de Saúde, 2009) e a Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal (Ministério da Saúde, 2006) e procedi à consulta das normas e protocolos, o que favoreceu a integração nos diferentes serviços.

De seguida, descreverei reflexivamente e de forma pormenorizada as atividades desenvolvidas nas diferentes realidades.

3.1. A Experiência nos Diferentes Contextos de Estágio

3.1.1. Promoção do desenvolvimento infantil num Serviço de Urgência Pediátrica

Iniciei este percurso de aprendizagem num Serviço de Urgência Pediátrica, para o qual identifiquei como objetivos avaliar a criança numa situação de urgência/emergência; estabelecer uma relação terapêutica com criança/jovem/família, utilizando técnicas de comunicação apropriadas às suas características e etapa de desenvolvimento; participar na prestação de cuidados de enfermagem durante uma situação de reanimação e analisar as práticas de cuidados na promoção do desenvolvimento infantil.

De acordo com a dinâmica do serviço e os objectivos anteriormente descritos, seleccionei o sector de triagem como o prioritário. Foi então neste sector que frequentemente prestei cuidados de enfermagem e rapidamente percebi que este poderá constituir um local ótimo para a promoção do desenvolvimento infantil.

No sentido de atingir o objetivo avaliar a criança numa situação de urgência/emergência foram cruciais actividades como a pesquisa bibliográfica sobre o Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester, a observação participante da Enf.^a perita na avaliação da criança com base neste sistema, a avaliação de Rn, crianças e jovens mobilizando este sistema de triagem e a identificação dos princípios de abordagem à Rn/criança e jovem de acordo com o estadio de desenvolvimento. Sobre o qual senti dificuldades pelo desconhecimento do sistema.

Outro dos objetivos delineados foi analisar as práticas dos cuidados na promoção do desenvolvimento infantil. Sendo visível que a maioria das crianças observadas na Urgência Pediátrica foram avaliadas como pouco urgentes, não apresentando lesões ou doenças graves, o enfermeiro pode encontrar talvez a única oportunidade de proporcionar cuidados de saúde à criança/família num simples episódio de urgência. Tornam-se, por conseguinte, oportunidades únicas e imprevisíveis, as quais sendo palco de emoções fortes, de stresse e de ansiedade, não devem ser descuradas. Para a *Emergency Nurses Association* (ENA) (2004), cada enfermeiro encontra na criança/família uma oportunidade para a educação, aconselhamento e cuidados antecipatórios.

Na prática, aquando da triagem, informei os pais sobre cuidados de alimentação, esclarecimento de dúvidas sobre amamentação, massagem para alívio de cólicas e promoção do sono, arrefecimento externo, tipo e dose de antipiréticos a administrar em caso de febre e sobre cuidados de segurança. Transmitindo assim orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil. Também neste momento, fiquei desperta para o pedido do Boletim de Saúde infantil e Juvenil, para avaliar os antecedentes pessoais, por vezes, ocultados pelos pais e a vigilância em termos de imunização, também ela uma área funcional do desenvolvimento infantil.

Neste serviço existe um placar com folhetos com diversas informações sobre cuidados a ter com a higiene, o sono, a alimentação, ou seja, sobre diversas áreas funcionais do desenvolvimento infantil, os quais tive a oportunidade de, quando detetada essa necessidade, facultar aos pais.

Num episódio de urgência, pais/crianças vivenciam as transições de saúde-doença e situacional face à hospitalização. Numa relação com a criança/família num serviço de urgência, o enfermeiro, para ser promotor do desenvolvimento infantil, deverá compreender que o desenvolvimento infantil é influenciado por inúmeros fatores e que também estes afectam a forma de lidar com a transição saúde-doença e situacional. São princípios na promoção do desenvolvimento infantil, que cada criança é única e tem o seu próprio ritmo, o desenvolvimento é multidimensional e que existem fatores que influenciam o desenvolvimento infantil como biológicos, psicológicos, ambientais, hereditários e sociais (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

Os profissionais de enfermagem, agentes que desempenham o papel de promotores do crescimento e do desenvolvimento infantil, devem conhecer a criança no seu contexto social e familiar, para despertar os seus potenciais (Ravelli & Motta, 2005).

No contexto de urgência, com crianças na sala de tratamentos e internadas na unidade de curta duração proporcionei-lhes o brincar. Fiquei mais desperta e sensível para a importância do brincar, enquanto actividade basilar do desenvolvimento infantil. Para ENA (2004), ao brincar a criança pratica as capacidades adquiridas, mas também aprende e adquire novas capacidades. O

brincar estimula o desenvolvimento físico, psicológico, social e moral e ajuda no aperfeiçoamento das habilidades psicomotoras (Ravelli & Motta, 2005).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010b), o enfermeiro tem a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde para a avaliação e promoção do desenvolvimento infantil. E, neste contexto de estágio, numa avaliação de uma criança de 24 meses de idade na sala de triagem, foi detetada a presença de sinais de alarme no desenvolvimento infantil, possivelmente um atraso de desenvolvimento, que poderia passar despercebido. Só um enfermeiro munido de experiência e conhecimentos sobre crescimento e desenvolvimento está atento ao mesmo. No ambiente de urgência a monitorização do desenvolvimento infantil através de um instrumento de avaliação poderá ser de difícil aplicação por não constituir um ambiente de confiança e nem um horário adequado à criança e família. Face à deteção desta situação de risco, a família/criança foi encaminhada para a comunidade, para o seu centro de saúde.

Neste serviço de urgência existe uma ficha de referenciação à equipa de intervenção precoce de uma Unidade de Cuidados na Comunidade e a referenciação com os outros centros de saúde é feito por contato telefónico, não existindo nenhum protocolo nem enfermeiro de referência. Numa conversa informal com a Enf.^a Chefe e Tutora, sinalizámos a importância do desenvolvimento de um protocolo de referenciação para a comunidade no âmbito do desenvolvimento infantil.

Para uma prestação de cuidados de qualidade à criança/família foi imperioso a atualização de conhecimentos sobre o crescimento e o desenvolvimento, essencial na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil. Tal, como refere ENA (2004), os conhecimentos importantes de um enfermeiro no serviço de urgência incluem o crescimento e desenvolvimento, a triagem pediátrica e a capacidade de identificação, a abordagem pediátrica e as doenças mais comuns na infância. Logo, é fundamental a cada enfermeiro que cuida de crianças em contexto hospitalar um vasto conjunto de saberes e competências que lhes permita promover um desenvolvimento infantil harmonioso (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

O encontro circunstancial do enfermeiro com a criança/família poderá ocorrer num simples episódio de urgência, o qual poderá constituir uma oportunidade única,

que não poderá ser negligenciada. Um clima de afetividade, com a presença e o reconhecimento do papel dos pais, com a promoção de actividades lúdicas, uma oportunidade de informar sobre as diferentes áreas funcionais, alimentação, imunização, higiene, sono, afetos, sexualidade, constituirá um momento único na promoção de um desenvolvimento infantil salutar. São também em situações de urgência que, muitas vezes, podem ser detetadas situações de risco. Estas, uma vez encaminhadas, poderão ser facilmente seguidas e resolvidas.

3.1.2. Promoção do desenvolvimento infantil na Comunidade

O EESIP presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, considerando as especificidades desenvolvimentais das etapas do ciclo vital, respondendo eficazmente e promovendo a maximização do potencial desde a vinculação até à juventude. Este trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa em qualquer contexto em que ela se encontre, hospitais, cuidados continuados, escola, casa, comunidade e centros de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011b). Como tal, não poderia descurar a oportunidade de vivenciar experiências formativas numa Unidade de Cuidados na Comunidade.

Na Unidade de Cuidados na Comunidade, com o objetivo de capacitar os pais para a maximização do potencial desenvolvimento infanto-juvenil, participei num Projeto integrado no Programa de Intervenção Precoce intitulado como Projeto de Estimulação Psicomotora Precoce nos pré-termos.

De acordo com a legislação, a Comissão Coordenadora do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, definiu como critérios de elegibilidade para a Intervenção Precoce na Infância as crianças dos 0 aos 6 anos e respectivas famílias, que apresentem condições previstas nos seguintes grupos: um com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam o normal funcionamento e a participação nas actividades típicas, e outro com risco grave de atraso de desenvolvimento pela existência de condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança (DGS, 2012b).

O Projecto de Estimulação Psicomotora Precoce nos pré-termos visa um conjunto dinâmico de actividades e de recursos humanos (fisioterapeuta, EESIP, terapeuta ocupacional e pais) e ambiente inovador, destinado a proporcionar à criança pré-termo, até 33 semanas de gestação ou com muito baixo peso à nascença (menos de 1500gr), experiências significativas para alcançar o seu pleno desenvolvimento. É realizada uma sessão de estimulação precoce, incluindo massagem infantil, por semana com a duração de 60 minutos e de acordo com o ritmo de cada criança.

A participação no Projeto de Estimulação Psicomotora Precoce nos pré-termos constituiu um momento ideal na promoção do desenvolvimento infantil, onde demonstrei conhecimentos sobre as competências dos latentes na promoção de um comportamento interativo e desenvolvi atividades promotoras com os pais. Esta experiência foi ao encontro do que nos refere Brazelton (2010), que salienta que quando se confirmam as capacidades e preferências do bebé, os pais adquirem mais confiança na sua própria capacidade para compreendê-lo e para cuidarem dele.

Foi de extrema importância a observação compartilhada das competências dos latentes de 3 meses de idade com os pais. Os estudos demonstram que depois de uma observação compartilhada, os pais ficam significativamente mais sensíveis às respostas comportamentais do bebé, ficando mais envolvidos ao longo do seu primeiro ano de vida (Brazelton, 2010). E, ainda segundo o mesmo autor, os pais de crianças prematuras precisam de ajuda para se concentrarem nas capacidades de desenvolvimento do seu filho, em vez de se concentrarem no que ele podia ter sido (Brazelton, 2010). Este é um processo moroso, mas quando eles conseguem concentrar-se no que o filho tem, toda a energia pode reforçar o crescimento e o desenvolvimento potencial da criança (Brazelton, 2010).

Nestes momentos houve ainda oportunidade de transmitir orientações antecipatórias na prevenção das doenças respiratórias, acerca da alimentação, da higiene e do vestuário, do sono e do repouso, ou seja, das áreas funcionais para o desenvolvimento infantil. Também foram importantes o esclarecimento de dúvidas dos pais e a sua capacitação para os comportamentos associados à maximização

do potencial desenvolvimento infantil, atendendo ao seu ambiente natural, o apoio e estímulo à função parental.

A existência de um projeto desta natureza é de extrema relevância na área da promoção do desenvolvimento infantil na prematuridade, uma vez que a prematuridade é um fator de risco no desenvolvimento. Liu, Bann, Lester, Tronick, Das e Lagasse (2010), salientam que as primeiras experiências das crianças podem ter efeitos sobre o crescimento e desenvolvimento ao longo da vida.

A prevenção de experiências adversas e o planeamento de intervenções precoces são essenciais para responder às necessidades especiais dos Rns pré-termo. Também a participação do cuidador é importante ao fornecer um meio ambiente que promova o crescimento e o desenvolvimento ideal e minimiza os riscos de resultados adversos. As crianças que apresentam fraco desempenho neurocomportamental no período perinatal cedo correm maior risco de alterações no desenvolvimento a longo prazo (Liu, Bann, Lester, Tronick, Das & Lagasse, 2010).

Brazelton (2010) salienta que há, cada vez mais, provas da flexibilidade do sistema nervoso de um bebé prematuro, sendo grandes as capacidades do sistema nervoso desses bebés imaturos. Os pais merecem saber como é que conseguirão comunicar com o bebé e como podem ajudá-lo a desenvolver as suas próprias capacidades. À medida que um Rn de risco se desenvolve pode aprender com insucesso ou sucesso. Quanto mais precoce for a nossa intervenção, mais possibilidade de sucesso terá (Brazelton, 2010).

Outras das atividades que desenvolvi foi a visita domiciliária no âmbito do Programa do Cantinho da Amamentação. Esta tem como objectivos: proteger e promover o aleitamento materno, esclarecer dúvidas e apoiar as mães com dificuldades na amamentação. Realizar o exame físico ao Rn, incluindo a avaliação do peso, avaliar a dinâmica familiar, avaliar as condições habitacionais, despistar factores de risco e proceder à educação para a saúde de acordo com as necessidades detectadas.

É realizada pela Enf.^a a todas os Rn/pais de duas freguesias do respetivo concelho. Após a receção da notícia de nascimento, a Enf.^a contacta telefonicamente a família, explica o porquê da visita e negocia o horário. Constatei que a atuação da Enf.^a no domicílio é muito distinta em relação à do ambiente

hospitalar, sendo uma excelente oportunidade em que se observa e interage com as famílias num ambiente que lhes é familiar. Engel (2002) refere que, ao visitar a casa, o enfermeiro passa a ser capaz de avaliar as condições de segurança, de higiene, e a existência de sistemas de apoio e de estímulo às atividades lúdicas dentro do ambiente da família. Um ambiente adequado para o enfermeiro enquanto promotor do desenvolvimento infantil (Engel, 2002). Schwarz *et al.* (2012) salienta que os programas de visitas domiciliárias têm sido apresentados como benéficos na promoção do desenvolvimento ideal da criança e na resiliência familiar.

A identificação e a análise crítica dos instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil utilizados pelos enfermeiros neste contexto foi outra das actividades desenvolvidas. Durante o período de estágio, assisti e realizei consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil e constatei que os enfermeiros avaliam o desenvolvimento infantil através da avaliação clínica informal, isto é, não aplicam instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil. Estudos prévios mostraram que a técnica mais frequentemente usada em cuidados de saúde primários para a avaliação do desenvolvimento é a avaliação clínica informal. Esta avaliação clínica isolada deteta menos de 30% das crianças com problemas de desenvolvimento, enquanto os instrumentos de rastreio standarizados têm sensibilidade e especificidade entre os 70% e 90% na identificação destas situações (DGS, 2012b).

Para a DGS (2012b), o conhecimento e aplicação de testes mais simples, por parte dos profissionais, nomeadamente a escala de avaliação de desenvolvimento de *Mary Sheridan*, largamente usada há várias décadas, que integra atualmente os programas informáticos utilizados nos CSP, poderá permitir um melhor conhecimento dos parâmetros normais do desenvolvimento e dos seus amplos limites.

No âmbito do programa de intervenção precoce, a EESIP efetua a avaliação do desenvolvimento infantil com recurso à escala de avaliação das competências de desenvolvimento dos 0 aos 5 anos de idade – *Schedule of Growing Skills II (SGS II)*, sendo este um dos testes identificados no GOBP da Ordem dos Enfermeiros na temática da promoção do desenvolvimento infantil.

A escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil *SGS II* é um procedimento de rastreio do desenvolvimento usado no âmbito dos programas

de vigilância e promoção da saúde infantil (Bellman, Lingam & Aukett, 2003). É um teste identificado na literatura mundial pela sua sensibilidade e especificidade, sendo de aplicação rápida, de fácil visualização através de uma síntese gráfica do desenvolvimento, é um teste de rastreio preciso e fiável. Apesar de esta escala não estar validada para a população portuguesa, é usada nas consultas de desenvolvimento de vários hospitais portugueses e na região autónoma da Madeira, onde, de um modo sistemático, é aplicada pelos enfermeiros nas consultas de vigilância decorrentes do Programa de Saúde Infantil e Juvenil (Ordem dos Enfermeiros, 2010c).

Comparando com a Escala de *Mary Sheridan* recomendada pela DGS e existente no sistema de apoio à prática de enfermagem, a escala *SGSII*, esta é mais completa, pois avalia de forma mais extensiva as áreas de desenvolvimento da criança, demora mais tempo na sua aplicação e exige maior treino e competência por parte de quem aplica o teste.

Numa conversa informal com a Enf.^a coordenadora e a tutora sinalizámos o desenvolvimento infantil como uma área prioritária e com necessidade de formação no serviço. Face a esta e à análise crítica realizada, achei pertinente planear e realizar uma sessão de formação subordinada ao tema “Avaliação do Desenvolvimento Infantil” no sentido de procurar a adoção de boas práticas na avaliação do desenvolvimento infantil nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil. De salientar que foi elaborada conjuntamente com uma colega da especialidade, numa aprendizagem em cooperação.

Para tal foi feita a divulgação prévia deste momento formativo na Sede do Centro de Saúde, nas diferentes extensões e na UCC, através de um cartaz informativo. Na realização desta sessão de formação foram desenvolvidas atividades como a elaboração do plano de sessão (Apêndice IV), da respectiva sessão de formação (Apêndice V), de um questionário de avaliação da sessão de formação (Apêndice VI), outro de avaliação de conhecimentos adquiridos (Apêndice VII), a construção de um instrumento de apoio a Escala da *Mary Sheridan* Modificada (Apêndice VIII) e de uma mala com o material necessário na aplicação da escala.

Encontrei uma equipa com interesse, motivação, mas com fracos conhecimentos teóricos sobre o desenvolvimento infantil, constatando que esta noção está enraizada sobretudo nos aspetos do desenvolvimento físico (crescimento), como por exemplo, a monitorização do peso corporal, o perímetro cefálico e a altura. De salientar que houve necessidade e interesse por parte dos enfermeiros na repetição da sessão de formação para o dia seguinte pela impossibilidade de alguns assistirem.

Durante a sessão, foram apresentados os referenciais do trabalho e da nossa prática, nomeadamente o GOBP da Ordem dos Enfermeiros e o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil da DGS (2012b), sendo estes desconhecidos pela maioria dos participantes. Existiram momentos de reflexão e de partilha de experiências, a salientar a demonstração do algoritmo da avaliação do desenvolvimento infantil do GOBP e a discussão da referenciação para a EESIP, em caso de deteção de perfil de desenvolvimento alterado nas crianças.

Nas sessões participaram o total de 16 enfermeiros, 72,7% da equipa. Os resultados da avaliação da sessão revelaram que a maioria dos enfermeiros se considera muito satisfeita com a globalidade da sessão de formação. Já no que concerne à participação do grupo, a opinião divide-se entre a muita satisfação e a satisfação.

Assim, esta actividade permitiu o desenvolvimento de competências no sentido de promover a formação em serviço, de refletir e de analisar na e sobre a prática relacionada com o desenvolvimento infantil, de uma forma crítica e fundamentada. Importa ainda realçar a importância na aquisição de conhecimentos e habilidades dos enfermeiros na avaliação do desenvolvimento infantil e na análise das suas práticas.

Um outro objetivo delineado, neste estágio, foi avaliar o desenvolvimento infantil com recurso a uma escala validada, nomeadamente a *SGS II*, sob a supervisão da Enf.^a perita. Para tal, foi essencial a observação e a pesquisa bibliográfica sobre as diferentes escalas de avaliação do desenvolvimento infantil. Avaliei o desenvolvimento de duas crianças, uma de três meses e outra de quatro anos de idade com recurso a escala *SGS II*. Sobre as avaliações elaborei um trabalho escrito. Esta experiência foi enriquecedora no sentido em que houve um

confronto entre a teoria e a prática. A teoria oferece o que pode ser explicado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender na teoria. É com a experiência e o domínio que a competência se transforma e esta mudança leva a um melhoramento das atuações (Benner, 2001).

A avaliação do desenvolvimento infantil com recurso a um instrumento de avaliação permitiu um conhecimento profundo das diferentes áreas de desenvolvimento e o traçar de um perfil de desenvolvimento da criança. Apesar de ter exigido um conhecimento e treino anterior à aplicação, senti a falta da prática e do conhecimento sólido sobre o mesmo.

A comunidade constitui um lugar de excelência para a promoção da saúde e, assim também, assume extrema importância na promoção do desenvolvimento infantil. Quase todas as oportunidades de contato Enf.^a/pais/criança na comunidade proporcionam o estabelecimento de estratégias de melhoria no que se refere a comportamentos de promoção do desenvolvimento infantil.

A visita domiciliária, a intervenção facilitadora da parentalidade (Gardner & Deatrick, 2006), a participação no Projeto de Estimulação Psicomotora Precoce nos pré-termos, a avaliação do desenvolvimento psicomotor, realizada de uma forma estruturada, mensurada por um instrumento de avaliação, a articulação entre os diversos agentes da comunidade, constituíram e constituem oportunidades únicas na promoção do desenvolvimento infantil.

3.1.3. Promoção do desenvolvimento infantil na Criança com Necessidades Especiais

Considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar do EESIP, este estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da optimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade.

Devido às especificidades inerentes a uma criança com necessidades especiais, e por toda a componente psicológica que as mesmas acarretam, é exigido aos enfermeiros cuidados holísticos de forma a podermos ajudar estas crianças e

famílias a viverem da forma mais positiva possível. O EESIP tem um papel fundamental enquanto facilitador de informação, bem como catalisador de mudanças e de desenvolvimento de estratégias internas.

Como tal, seleccionei como contexto de estágio um Centro de Reabilitação de Crianças e Jovens com Necessidades Especiais.

As crianças com necessidades especiais são

crianças que apresentam ou que se encontram em maior risco de apresentar uma condição crónica física, evolutiva, comportamental, e que também precisam de serviços de saúde e de outros serviços relacionados de um determinado tipo ou quantidade além do que as crianças geralmente necessitam (Msall *et al.*, 2003, Newacheck *et al.*, 1998 citado em Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2006, p.550).

As crianças com necessidades especiais são aquelas a quem o apoio e a transmissão de confiança nas suas potencialidades são fundamentais. Folha (2010) lembra que qualquer criança tem necessidade de ser amada e respeitada, de ter uma envolvente que promova o desenvolvimento de todo o seu potencial e de crescer num contexto com sensibilidade às suas particularidades.

As crianças com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento e as suas famílias devem beneficiar de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), criado pelo decreto de lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro (DGS, 2012b).

A investigação e a experiência prática têm evidenciado que a intervenção precoce minimiza os efeitos adversos dos fatores de risco associados aos atrasos de desenvolvimento ou à deficiência e facilita a promoção do desenvolvimento infantil (Dunst, 2004).

A infância é um período de atividade exploratória por essência, em que a restrição motora condiciona as várias áreas do desenvolvimento. Os contextos, apoios, oportunidades e experiências de vida serão determinantes no desenvolvimento de todo o potencial da criança (Folha, 2010).

Para atingir o objetivo capacitar os pais para a maximização do potencial desenvolvimento infantil desde o nascimento até à juventude, assisti e colaborei em visitas domiciliárias. A visita domiciliária é realizada a crianças com necessidades especiais e família como forma de transição do internamento hospitalar para o centro de reabilitação na comunidade. Esta intervenção é centrada na família com o objetivo de avaliar o desenvolvimento da criança, promover a saúde mental da

pais/família e criança, reforçar o bem-estar parental para o vínculo com o bebé e promover o bem-estar físico, mental e social da criança. Não existe um tempo pré-definido, sendo de acordo com cada criança e família. Sabe-se que as crianças com necessidades especiais podem, durante os primeiros meses de vida ou mesmo os primeiros anos, ter uma capacidade de resposta mais reduzida e interacções mais difíceis e menos satisfatórias com os pais (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

Segundo a DGS (2012b) é de particular importância desenvolver meios que possibilitem a visita domiciliária, elemento fundamental na vigilância e promoção da saúde, nomeadamente nos dias seguintes à alta da maternidade, nas situações de doença prolongada ou crónica e nas situações de risco.

Realizei várias visitas domiciliárias a uma família com um latente de um mês de idade, com o diagnóstico de encefalopatia hipóxico-isquémica, uma possível paralisia cerebral. Nestas visitas domiciliárias foi importante a reflexão e análise do papel do enfermeiro como promotor do desenvolvimento infantil. Foi realizada uma intervenção no sentido da sensibilização dos pais para as capacidades desenvolvimentais e interactivas do seu filho, tornando os pais mais atentos e estimulantes, o que poderá melhorar a qualidade das interacções futuras (Seabra-Santos, 2001). Também nesta intervenção houve fornecimento de informações sobre a alimentação, o posicionamento, o sono, o repouso e os afetos, ou seja, sobre as áreas funcionais do desenvolvimento infantil, por se terem identificado como necessidades de conhecimento dos pais.

Para Meleis (2010), a preparação e o conhecimento são factores que podem facilitar ou inibir o processo de transição, logo é importante informar os pais. Os enfermeiros são facilitadores de informação, de que o bebé é possuidor de determinadas competências comportamentais que lhe permitem interagir eficazmente com os pais e o mundo.

Muitas vezes, os pais das crianças com necessidades especiais apenas se focalizam nas limitações, não reconhecendo as potencialidades do filho. Se a família for ajudada a adquirir uma postura proactiva perante a situação, estaremos a ajudá-las a derrubar as próprias barreiras internas que se erguem perante as limitações. Neste sentido, o reforço positivo das competências e qualidades da criança com

necessidades especiais foi uma constante. Esta atuação contribui para a promoção da vinculação que irá influenciar o desenvolvimento futuro da criança.

Na intervenção da Enf.^a junto da criança com necessidades especiais, esteve presente um cuidado centrado na família, em que a relação pais/Enf.^a foi sustentada por crenças e valores de que a família, sobretudo os pais, são os melhores prestadores de cuidados das crianças, respeitando e valorizando a sua experiência e o seu contributo nos cuidados ao filho.

A evidência presente numa revisão da literatura de King, Teplick, King e Rosenbaum (2004) suporta a importância dos cuidados centrados na família para as crianças com PC, com foco na reabilitação na comunidade e nos serviços de saúde.

Estes autores salientam que para fornecer cuidados centrados na família, deverá ser de uma forma pessoal, com envolvimento, respeito, com a abordagem dos pontos fortes e necessidades da criança e da família, com recurso à melhor informação disponível, com respostas honestas às perguntas da família, deixando sempre espaço para a esperança, com a revelação da existência de programas de reabilitação e evitando a fragmentação de cuidados (King, Teplick, King & Rosenbaum, 2004).

Na visita domiciliária, foi reconhecida uma intervenção centrada na família no sentido da integração social, do bem-estar dos pais e do estimular a vida na sociedade, corroborando com Ordem dos Enfermeiros (2010b), que defende que os enfermeiros devem incentivar os pais a usufruir os momentos de lazer e repouso. O enfermeiro, responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de dar quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade e contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa, alíneas (a) e (b) do artigo 89º do Código Deontológico dos Enfermeiros) (Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, 2009).

As crianças com perturbações do desenvolvimento, deficiência ou doença crónica exigem, de fato, cuidados acrescidos, nomeadamente a continuidade de intervenção de vários serviços e que seja assumida a função de “charneira”, de preferência pelo médico assistente ou pelo EESIP ou enfermeiro de família (DGS, 2012b).

A observação das actividades educativas e lúdicas numa sala do Núcleo de Intervenção Precoce Integrada foi uma das actividades desenvolvidas neste contexto de estágio. Os Núcleos de Intervenção Precoce correspondem a equipas de intervenção precoce diretas, constituídas por pessoal docente, preferencialmente educadoras de infância, psicóloga, terapeutas, pessoal médico e enfermagem e técnicos de serviço social. A especificidade de certas situações pode porém implicar o recurso a outros serviços ou técnicos. Esta equipa multidisciplinar, era composta por educadora de infância, assistentes operacionais, terapeuta da fala, fisioterapeuta, assistente social e EESIP.

Neste contexto foi visível a importância do brincar, uma actividade basilar no desenvolvimento infantil. A conversa, o diálogo, a partilha de experiências e vivências que estabeleci com estes profissionais, muitos com longa experiência, foi e será de extrema importância no enriquecimento a nível pessoal e profissional.

Sendo a comunicação parte do desenvolvimento psicomotor e um foco de atenção de enfermagem que poderá não estar adequado em crianças com necessidades especiais, achei pertinente conhecer e observar as actividades na Unidade de Técnicas Aumentativas e Alternativas de Comunicação. Conhecia de uma forma muito rudimentar a existência dos diferentes tipos de comunicação em crianças com necessidades especiais, mas foi no centro que tive o primeiro contacto com a comunicação aumentativa e alternativa e tecnologias de apoio. Foi ótimo ver estas crianças a aprender, a brincar, a jogar, a participar em canções, histórias, leitura e escrita, de uma forma diferente é certo, mas igual no sentido de atribuição do significado.

Esta actividade foi essencial, e enquanto futura EESIP no comunicar com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

Para além da comunicação, também os afetos e a sexualidade são áreas funcionais do desenvolvimento infantil. Nesse sentido achei importante assistir a uma sessão de formação integrada no projeto designado por “Privacidades”, que tem com o objetivo contribuir para o desenvolvimento da saúde sexual de jovens com PC e outras situações neurológicas afins. A sexualidade bem construída leva ao desenvolvimento da personalidade e, conseqüentemente, à capacidade de

estabelecer relações afetivas estáveis ao longo da vida (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

Com o objetivo de contribuir para o conhecimento científico nas áreas de alterações do neurodesenvolvimento e da PC, este serviço colabora no Programa Nacional de Vigilância da PC integrado na rede europeia *Surveillance of Cerebral Palsy in Europe*. Tive a oportunidade de colaborar neste projeto e fui convidada para ser um elemento referenciador do Hospital onde exerço funções, pois não há nenhuma referência desta área de residência. Esta actividade irá permitir que atue como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos, identificar lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação, investigar e colaborar em estudos de investigação, uma competência comum do EESIP.

A criança com necessidades especiais é, acima de tudo, uma criança. Existe um conjunto vasto e diversificado de autores com diferentes pontos de vista e diferentes formas de olhar para estas crianças; no entanto, cada vez mais, as suas preocupações encontram um ponto comum na promoção da sua qualidade de vida, bem como na sua inclusão e participação social (Folha, 2010).

O EESIP tem um papel basilar como promotor do desenvolvimento infantil na criança com necessidades especiais e família que se repercutirá na sua vida futura.

A intervenção do EESIP na comunidade parece toda ela ser em torno da promoção do desenvolvimento infantil, pois ao reforçar as competências e qualidades na criança com necessidades especiais, ao promover a vinculação pais/filhos, ao ajudar a encontrar recursos na comunidade necessários, ao fomentar as relações sociais evitando o isolamento social, ao fornecer informação sobre as áreas funcionais do desenvolvimento infantil, como a alimentação, a higiene e o repouso, a sexualidade e os afetos, está a ser promotor do desenvolvimento infantil.

3.1.4. Promoção do desenvolvimento infantil na Prematuridade

O EESIP presta cuidados específicos em resposta às necessidades da criança/família no ciclo de vida, promovendo a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do Rn doente ou com necessidades especiais. Este

demonstra conhecimentos sobre competências do Rn para promover o comportamento interactivo, utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/Rn e promove a amamentação (Ordem dos Enfermeiros, 2010c). Como tal seleccionei como contexto de estágio a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, uma unidade de referência para o meu contexto de trabalho, em programa de creditação *NIDCAP* e com a orientação de uma Enf.^a perita em desenvolvimento creditada pela *NIDCAP Federation*.

Inicialmente delineei como objetivo analisar as práticas de cuidados na promoção do desenvolvimento infantil, nomeadamente nos Cuidados para o Desenvolvimento. Como tal foram essenciais actividades como a observação das intervenções com base nesta filosofia, o esclarecimento de dúvidas sobre a prática dos mesmos com a Enf.^a tutora e a equipa multidisciplinar, uma revisão da evidência sobre os Cuidados Para o Desenvolvimento, nomeadamente o *NIDCAP*, a construção de documentos de síntese, a análise e a identificação de oportunidades de aprendizagem na área.

Ao longo do estágio encontrei uma equipa multidisciplinar sensível à manutenção de um ambiente promotor do desenvolvimento infantil, demonstrando cuidados em relação à luz, ao ruído, à proteção do sono, ao controlo da dor neonatal e à inclusão dos pais nos cuidados.

Apesar do aparato tecnológico, incubadoras sofisticadas, seringas infusoras, monitores, ventiladores, habitual numa unidade, percebi que nesta unidade reinava um som baixo, as vozes suaves dos profissionais e dos pais e predominava a luz natural. O que parecia distinto da realidade muitas vezes descrita na literatura, em que as unidades são frequentemente muito movimentadas, com muitas pessoas a desempenharem diferentes funções e com aspeto "muito ocupado", com alarmes a tocar e, por vezes, com luzes estranhas (Gomes, 2008). Nesta unidade existe um instrumento de medição do som do ambiente, útil no controlo da intensidade do ruído.

Claro que existem profissionais de saúde mais sensíveis a esta filosofia que outros, tal como salienta Warren e Bond (2010) todos os enfermeiros são diferentes, alguns levam os princípios muito facilmente, enquanto outros são menos confiantes ou mais definidos nos seus caminhos.

No sentido de atingir o objetivo capacitar os pais para a maximização do potencial desenvolvimento infantil prestei cuidados ao Rn e família com base na filosofia dos Cuidados para o Desenvolvimento, com a supervisão da Enf.^a perita. Observei a Enf.^a tutora na prestação de cuidados com base nesta filosofia, em que o bebé é quem lidera o cuidado, corroborando com Warren e Bond (2010). Esta abordagem permitiu um conhecimento profundo do comportamento do Rn, em que é este que desempenha um papel ativo nos seus próprios cuidados e o planeamento destes baseia-se nas informações fornecidas pelo seu comportamento.

Cuidar do bebé pré-termo de acordo com o que ele nos demonstra exige muito de nós: prática, conhecimento, competência e investimento.

Neste contexto de estágio considero que estive num nível de proficiente de acordo com Benner (2001), pois lido com Rns pré-termos e doentes numa unidade de cuidados intermédios, ao longo de sete anos de exercício profissional e apresento planificação consciente com grande eficiência na organização. Por outro lado, também percebo e compreendo as situações como parte de um todo, tomando decisões baseadas em compreensões mais holísticas e aprendo com a experiência.

Neste estágio e na minha prática comecei a olhar para o Rn de uma forma diferente, observando-o de maneira a conhecer as suas formas únicas de comunicação, respeitando-o na sua qualidade de indivíduo, criando segurança e ensinando-lhe confiança, numa atitude de preocupação e de valorização em relação à qualidade do desenvolvimento.

Outra actividade desenvolvida foi o uso de estratégias para promover o contato físico pais/filhos. Incentivei o toque calmo e suave e o método canguru. O método canguru ou o contato pele-a-pele precoce e duradouro entre os pais e o seu filho favorecem a formação de vínculos afetivos e um melhor desenvolvimento do bebé (Lamy, Gomes, Gianini & Henning, 2005).

Outra das actividades foi a promoção da amamentação, que para além de todos os seus benefícios imunológicos, ao nível do crescimento e desenvolvimento da criança, permite a promoção da ligação mãe-filho e vinculação (Scochi, Kokuday, Riul, Rossanez, Fonseca & Leite, 2003). Tal como refere a Ordem dos Enfermeiros (2010b), a amamentação/alimentação é uma das áreas funcionais para o desenvolvimento infantil, em que quando se fala de aleitamento materno para além

do fator nutritivo, imunológico e anti-infeccioso, é uma forma insubstituível de relação mãe-filho.

Foi notória a prática da filosofia dos Cuidados para o Desenvolvimento na unidade, que engloba também, os cuidados centrados na família, em que é assegurado aos pais que eles são os principais cuidadores da criança, que são os primeiros a providenciar carinho e atenção, sendo fatores críticos para o desenvolvimento futuro da criança.

Na unidade existe uma reunião multidisciplinar (médico, enfermeiro) com os pais de Rns internados na UCIN na primeira semana de vida, em que são fornecidas informações clínicas e gerais, sobre os cuidados ao bebê (direito à informação, importância da sua presença diária, observação do bebê e a aprendizagem da linguagem, fotografias, atividades que eles podem fazer, confortar, acarinhar, dar colo, cantar, a higiene e a alimentação), Cuidados para o Desenvolvimento (o ambiente, luz, ruído, posicionamento, conforto, colo e canguru), amamentação e aleitação.

Tronchin e Tsunehiro (2006) descrevem a primeira visita como sendo um momento inesquecível para a família, devido ao aparato tecnológico para assegurar a vida do bebê, à aparência do bebê e ao primeiro contacto com os profissionais de saúde, devendo este ser acompanhado pelo enfermeiro. O enfermeiro é considerado pelos pais como um tutor, guardião e facilitador do processo transicional, sendo-lhe atribuído o significado de *Role Model*, constituindo, deste modo, um dos principais fatores a influenciar as suas experiências na UCIN (Reis, Rempel, Scott, Brady-Fryer & Van Aerde, 2010).

Também existem nesta unidade os momentos de partilha, em que uma vez por mês, são discutidos temas propostos pelos pais e em que participam a Enf.^a Chefe, o coordenador da unidade e a psicóloga. Os temas propostos pelos pais são essencialmente dúvidas em relação aos seus filhos em termos de crescimento e desenvolvimento e uma partilha de sentimentos. Num desses momentos tive a oportunidade de participar. Sem dúvida que constituem condições facilitadoras com transmissão de conhecimento e informação aos pais na ajuda desta transição. Resultante de uma revisão da literatura sobre intervenções de enfermagem facilitadoras do processo transicional, o esclarecimento de dúvidas, a informação e

apoio emocional surgiram como intervenções, bem como o proporcionar da visita dos avós e dos irmãos, apesar de na unidade ser em dias fixos da semana (Mundy, 2010).

Tive a oportunidade de desenvolver a minha competência técnica em diversos procedimentos invasivos, como a punção venosa periférica, a punção do calcanhar, inserção do cateter epicutâneo-cava, a entubação gástrica, ou seja, o desenvolvimento de um tipo de saber, *savoir-faire* (saber-fazer) que engloba as competências práticas (Nunes, 2010). A realização destas técnicas foi com base na evidência científica e associando os princípios da preparação da criança e família, antes, durante e após os procedimentos. Não descurando assim, também importante, a reflexão de como se faz e porquê. Para além de manter a atualização de conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, há que nunca esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas (artigo 88º do Código Deontológico dos Enfermeiros) (Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, 2009).

Para Coughlin, Gibbins e Hoath (2009), uma das cinco medidas fulcrais dos Cuidados para o Desenvolvimento é a avaliação e gestão da dor. E, sempre que se preveja a ocorrência de dor ou a avaliação evidencie a sua presença, o enfermeiro tem o dever de agir na promoção de cuidados que a eliminem ou reduzam para níveis considerados aceitáveis pela pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

E, no sentido de me tornar competente naquilo que se faz e como se faz, propus-me realizar uma reflexão estruturada a partir de uma situação particularmente significativa experimentada. O tema desta reflexão é a utilização de medidas não farmacológicas de controlo da dor na entubação gástrica de um Rn pré-termo (Apêndice IX).

Um estudo de Batalha (2010) sobre as intervenções não farmacológicas no controlo de dor em cuidados intensivos neonatais, conclui que os enfermeiros usam com frequência e eficácia as medidas não farmacológicas de conforto, massagem e posicionamentos, mas outras técnicas deveriam ser incrementadas com o uso de sacarose, glicose ou aleitamento materno. Evidências científicas sugerem que a exposição repetida e prolongada da dor pode alterar o desenvolvimento do cérebro e consequentemente o comportamento da criança e adolescente a longo prazo

(Aquino & Christoffel, 2010). Por conseguinte o controlo da dor é uma intervenção promotora do desenvolvimento infantil.

Pereira (1995) citado em Santos e Fernandes (2004), salienta que a reflexão sobre as práticas tem como objetivo aumentar a confiança de cada profissional no seu desempenho, melhorar a aptidão para fazer certo à primeira vez, da próxima vez, abordar a enfermagem de modo mais crítico, intencional e sistemático e obter conhecimentos adicionais a partir das experiências práticas. E, assim desenvolvi competências comuns do EESIP, como (A1) Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, (D1) Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade e (D2) Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Durante estes dias, houve um dia especial dedicado à observação comportamental de um Rn prematuro de 31 semanas e a elaboração do relatório. É utilizada uma ficha de avaliação e registo dos sinais comunicativos do Rn antes, durante e após os cuidados. A observação comportamental foi desenvolvida com base na escala de avaliação comportamental para pré-termos APIB (*Assessment of Preterm Infant's Behavior*). Os comportamentos observados estão organizados pelo sistema autónomo, motor e de organização de estados (atenção e interação). Realizei a observação comportamental, conseguindo identificar alguns sinais comunicativos mais evidentes do Rn. Percebendo a dificuldade que há em interpretar o comportamento do Rn e de descobrir como ele se sente e como lida com o ambiente envolvente. Intervenção importante enquanto futura EESIP que é quem tem um conhecimento profundo de quem cuida.

O mais vantajoso foi a discussão com a Enf.^a tutora acerca da observação e a elaboração do relatório. As observações fornecem a base para relatórios clínicos escritos, que descrevem os pontos fortes, as sensibilidades, os limiares de stresse e os esforços da criança para se regular a si mesma (Als, 2009).

Tive a oportunidade de elaborar conjuntamente com a Enf.^a tutora um relatório (Apêndice X). Estes relatórios são importantes pois fornecem a descrição do ambiente envolvente e do comportamento da criança antes, durante e após da prestação de cuidados. É descrita a interação durante a prestação de cuidados, os esforços, as respostas do bebé assim como os esforços do cuidador para o ajudar.

Este relatório termina com sugestões relativas à prestação de cuidados e as modificações do meio ambiente, de modo a melhor adaptar os cuidados aos comportamentos do bebé e a favorecer o seu desenvolvimento. Este relatório é partilhado com o prestador de cuidados e com os pais e é colocado no processo clínico. Um aspeto importante a salientar foi a partilha do relatório com a Enf.^a que prestou cuidados ao Rn observado. Em que houve uma reflexão da prática, ou seja, uma reflexão na acção, com elevado impacto na mudança de comportamentos do enfermeiro.

Als (2009) refere que a observação detalhada do comportamento do Rn parece ser o melhor guia para os profissionais promoverem de forma continuada os cuidados individualizados e de suporte ao desenvolvimento.

Uma intervenção centrada no comportamento do Rn com base na observação e adaptada às necessidades e progressos de cada criança e família, centrada na família com a participação e interação pais-filho, uma intervenção direta em que se incentiva o toque, o método canguru e a amamentação, é uma intervenção promotora do desenvolvimento infantil. Logo, o enfermeiro ao proporcionar todos estes cuidados está a desenvolver um cuidado promotor do desenvolvimento infantil, corroborando com Aita e Snider (2003) que o Cuidado para o Desenvolvimento promove o desenvolvimento infantil.

3.2. - Projeto de Melhoria Continua da Qualidade nos Cuidados para o Desenvolvimento numa Unidade de Neonatologia.

O último estágio decorreu em contexto de trabalho. Um dos objectivos deste estágio consistiu em desenvolver um projeto de Melhoria Contínua da Qualidade nos Cuidados para o Desenvolvimento. Este objetivo enquadra-se no desenvolvimento de competências comuns do EESIP, (B2) Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade. (B2.2) Planeia programas de melhoria contínua.

Uma das etapas iniciais do planeamento deste projeto consistiu em conhecer como avaliam os enfermeiros desta unidade a implementação e a prioridade de mudança de práticas de promoção do desenvolvimento infantil, atingindo assim a competência comum do EESIP (D) Domínio do desenvolvimento das aprendizagens

profissionais. (D2) Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. (D.2.1) Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade. Neste sentido foi realizado um trabalho de investigação de natureza exploratório-descritiva com abordagem quantitativa.

O trabalho de investigação realizado teve como principal objetivo conhecer a perspetiva dos enfermeiros na avaliação das intervenções promotoras do desenvolvimento infantil de uma unidade de Neonatologia. Este também procurou identificar as medidas fulcrais nos Cuidados para o Desenvolvimento, que possam ser objeto de intervenção num projeto de melhoria contínua da qualidade.

Foi solicitada formalmente a autorização para a realização do trabalho de investigação ao Conselho de Administração do Hospital e Enf.^a chefe da unidade de Neonatologia. A amostra do estudo foi constituída por dezanove enfermeiros, 90,4% dos enfermeiros que integram a equipa de enfermagem, à exceção da Enf.^a investigadora e a Enf.^a chefe. Foi garantida a confidencialidade dos dados obtidos, clarificado o objetivo e enquadramento do estudo e a participação voluntária dos participantes através da obtenção do consentimento informado.

O instrumento de colheita de dados é um questionário elaborado de uma tradução e adaptação de “*Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice*” de Coughlin, Gibbins & Hoath, 2009) (Apêndice XI). O período de aplicação do questionário decorreu de 24 de Janeiro a 1 Fevereiro de 2013.

Os dados foram sujeitos a tratamento estatístico descritivo com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 20.

Uma outra actividade desenvolvida foi a elaboração de uma sessão intitulada “Intervenções Promotoras do Desenvolvimento Infantil na Neonatologia”. Foi elaborado o plano de sessão que pode ser consultado no Apêndice XII. Nesta sessão foram clarificados conceitos relacionados com os Cuidados para o Desenvolvimento e apresentados os resultados do estudo. Esta foi realizada em momentos não formais após as passagens de turno. Repetida em quatro sessões de sessenta minutos no período de uma semana, a um total de catorze enfermeiros, 66,6%. Optei por esta metodologia de apresentação pelo facto de permitir uma maior

interação e participação do grupo, aspeto esse referido pelas colegas, aquando da avaliação da sessão. Esta metodologia imprimiu alguma informalidade e possibilitou uma sessão de reflexão, de debate de situações concretas e de identificação de estratégias de melhoria no nosso dia-a-dia na unidade (Apêndice XIII).

Os resultados obtidos revelam uma enorme discrepância das perspetivas dos enfermeiros em relação às práticas promotoras do desenvolvimento infantil, o que pode ser significado da falta de clarificação de conceitos e de uniformização das práticas na Neonatologia. Verifica-se uma consciencialização da equipa em relação à necessidade de mudança, pois não houve qualquer resposta no item em que a mudança não é necessária. Concluindo-se, assim, que há uma predisposição da equipa no sentido da melhoria dos cuidados. As duas medidas fulcrais dos Cuidados para o Desenvolvimento identificadas como prioridade de melhoria foram o ambiente de cura/reparador e a avaliação e gestão da dor/stresse. Os resultados do questionário são apresentados em pormenor no Apêndice XIV.

Para a avaliação da sessão de formação, foi aplicado um questionário (Apêndice VI), com o objetivo de perceber o grau de satisfação dos formandos relativamente à gestão das expectativas e à metodologia da sessão. Os resultados obtidos foram coesos no grau de satisfação em relação à gestão de expectativas, em que a maioria manifestou muita satisfação bem como na metodologia da sessão.

Com este trabalho de investigação senti que houve uma consciencialização da prática por parte da equipa de enfermagem e uma notável recetividade ao tema, o que foi facilitador do desenvolvimento do projeto. Numa seleção conjunta, os enfermeiros identificaram como estratégias de melhoria: a formação de um grupo de trabalho composto por oito enfermeiros dinamizadores; uma formação intitulada “A partilha da realidade de uma UCIN no *NIDCAP*”, ministrada por um elemento de referência do *NIDCAP* a 18 Abril de 2013; uma formação sobre “Dor em Neonatologia”, ministrada por duas enfermeiras do grupo de trabalho do projeto em Maio de 2013; a elaboração de um dossier com informação pertinente e com atualização permanente da evidência científica sobre a temática, disponível na unidade; a proposta de elaboração de uma Norma de Procedimento de Enfermagem sobre os Cuidados para o Desenvolvimento; a criação de um *email* como veículo de

comunicação entre a equipa e a formação aos assistentes operacionais em relação ao ambiente reparador/cura, nomeadamente à gestão do ruído e luz.

Para a compilação de toda esta informação foi elaborado um documento escrito sobre o Projeto de Melhoria Continua da Qualidade nos Cuidados para o Desenvolvimento na Neonatologia (Apêndice XIV).

4. OUTRAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Ao longo deste caminho reflexivo de Enf.^a Generalista a Especialista tive a oportunidade de desenvolver outras competências comuns e específicas do EESIP, que não estão associadas directamente com o tema do projeto. Estas competências são apresentadas neste capítulo, assim como diversas actividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio.

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, (A1) Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e (A2) Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, uma competência comum do EESIP foi uma constante neste caminho de aprendizagem reflexivo.

Na realidade da criança com necessidades especiais senti necessidade de aprofundar conhecimentos sobre os seus direitos, deveres e legislação. É crucial o respeito pela individualidade de cada criança, pelas suas necessidades e características pessoais e pelos seus direitos e igualdade de oportunidades, promovendo os apoios específicos para compensar as dificuldades (Andrada, 2004). Agi sempre no respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes e na excelência do exercício da profissão em geral e na relação com outros profissionais (artigo 78º do Código Deontológico dos Enfermeiros) (Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, 2009).

O enfermeiro, no seu exercício, assume o dever de cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa, de salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso e de salvaguardar os direitos da pessoa com deficiência e colaborar ativamente na sua reinserção social (artigo 81º do Código Deontológico dos Enfermeiros) (Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, 2009).

Outra atividade colaborativa nesta competência foi a vivência de uma transição do desenvolvimento, a morte de um Rn na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais, sobre a qual elaborei uma reflexão crítica estruturada (Apêndice XV), sendo posteriormente lida e partilhada em momento de passagem

de turno à equipa de enfermagem, um momento único e especial de reflexão na ação. Uma criança nunca deve morrer, mas as crianças morrem, e, muitas vezes, em circunstâncias trágicas em que todas as tentativas para salvar, curar ou sustentar a vida falharam (Poles & Bouso, 2011). Desta forma foi possível **Promover a protecção dos direitos humanos (A2.1) e Gerir na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou dignidade do doente (A2.2)**, uma competência comum do EESIP.

Ainda neste âmbito, na UCIN vivenciei uma situação de um Rn prematuro de 26 semanas com hemorragia cerebral de nível IV, a quem foi feita uma avaliação de critérios de morte cerebral. Após decisão em equipa e com os pais, iniciaram-se os cuidados paliativos. Um dia as suas funções vitais monitorizadas começaram a ser incompatíveis com a vida e encaminhou-a para a morte e não foi reanimada. A decisão de “não reanimar” foi decidida em equipa e contou com a participação do enfermeiro e dos pais, sendo escrita em diário clínico. Foi importante a leitura do parecer do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (91-2009), sobre o papel do enfermeiro na tomada de decisão de não reanimar em UCIN. Foi assumida a suspensão dos cuidados face a um prognóstico infausto, compreensível pela atitude eticamente fundamentada no respeito pela vida.

No domínio da Melhoria da Qualidade (B1) Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas e institucionais na área da governação clínica (B2) Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade. (B3) Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. Apesar de não ter sido planeado como atividade de estágio, fui convidada pela chefia do local de trabalho a ingressar o Laboratório de Formação de Formadores do Curso de Suporte de Vida Pediátrico do Hospital. Nos dois últimos dias de estágio estive presente neste em que colaborei na construção de instrumentos pedagógicos do curso e em workshops, como fazer uma palestra, como ensinar uma competência específica e como gerir um caso clínico/avaliação. Uma outra actividade desenvolvida ocorreu a 17 de Novembro, no âmbito das Comemorações do Dia Mundial da Prematuridade. Na qual participei com a apresentação do trabalho do projeto de relatório intitulado “A Promoção do Desenvolvimento Infantil na UCEN do CHBA: Um Futuro! Uma Realidade?”.

No domínio da **Gestão dos Cuidados (C1) Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação e (C2) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados**. Foi importante em contexto laboral a reflexão do foco de atenção Desenvolvimento Infantil raramente usado na Neonatologia, bem como o reconhecimento de quando referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente na área de intervenção precoce.

No domínio das **Aprendizagens Profissionais (D1) Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade; (D2) Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento**, rentabilizei as oportunidades de aprendizagem e nos diferentes contextos assisti a diversas formações. Na comunidade assisti a uma formação intitulada “Intervenção precoce: Perturbações do Desenvolvimento na Infância”, uma partilha de experiências na área da intervenção precoce. Na Urgência Pediátrica, foi sobre o Transporte Intra-hospitalar Pediátrico, ministrada por uma Enf.^a, uma mais-valia na consolidação dos conhecimentos técnico-científicos nesta área. Na UCIN presenciei a sessão relacionada com a temática do projeto “Os Cuidados Individualizados e de Suporte ao Desenvolvimento”, essencial no consolidar de conhecimentos teórico-científicos e de perceber a realidade desta prática numa unidade em programa de creditação *NIDCAP*. No sector das competências **específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (1) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde, (E1.1) Implemente e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem**, foram importantes as actividades desenvolvidas maioritariamente na comunidade e no centro de reabilitação. O conhecimento da rede de recursos comunitários, dos diferentes agentes da comunidade foi e será de extrema importância na minha prática diária, fundamental no encaminhamento e informação de pais/crianças. Estas experiências permitiram melhorar a minha articulação entre os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários, priorizando a melhoria na continuidade dos cuidados. Na UCC tive a oportunidade de assistir e colaborar em reuniões multidisciplinares da equipa de intervenção precoce, uma delas na elaboração do plano individual de intervenção

precoce (PIIP), com a presença de vários profissionais e família. Esta intervenção vai ao encontro do Artigo. 80º, Do dever para com a comunidade do Código Deontológico dos Enfermeiros, em que o enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde, assume o dever de colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade (c). (Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, 2009).

Ao longo das diversas realidades, desenvolvi esforços e actividades no sentido de atingir a **competência presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, nomeadamente comunica com a criança e família de uma forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura**. Considerando que todos os momentos de contacto, que estabeleci com a criança/ família nos diversos contextos de estágios foram cruciais. Também uma pesquisa bibliográfica acerca das técnicas de comunicação de acordo com a faixa etária e estágio de desenvolvimento e os medos mais comuns em cada faixa etária foi marcante.

Para meu constrangimento, no Serviço de Urgência Pediátrica, não houve nenhuma situação de reanimação. Contudo, não foi impeditivo para realizar outras actividades, também elas importantes no objetivo de participar na prestação de cuidados numa situação de reanimação, relacionada com a competência específica **(E2) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (E.2) Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados**. Neste serviço estive escalada na sala de reanimação com a oportunidade de manusear os diferentes equipamentos, pois diariamente o enfermeiro da reanimação fica responsável pela gestão da sala de reanimação. Também, na UCIN preparei a unidade de urgência várias vezes, actividade a cargo do enfermeiro responsável pela unidade, com a verificação e reposição do material no carro de urgência, a preparação da incubadora com temperatura adequada e todo o material necessário e testado.

5. CONCLUSÃO

Findo este caminho reflexivo, considero ter atingido os objetivos, apesar de ambiciosos na globalidade, sendo fundamentais os diferentes campos de estágios, ambientes inovadores e reveladores de novas aprendizagens e conhecimentos.

Penso que neste processo formativo houve uma progressão no sentido de perita, revelando um processo de autoformação, fundamentado a prática de enfermagem numa atitude reflexiva, numa prática baseada na evidência científica e num modelo teórico de enfermagem.

Ao longo das diferentes realidades reflecti sobre o papel do enfermeiro enquanto promotor do desenvolvimento infantil, concluindo que o encontro entre o enfermeiro/Rn/criança/jovem/família em qualquer ambiente em que ele trabalhe em casa, no hospital ou na comunidade deverá constituir um momento óptimo na promoção do desenvolvimento infantil. Percebi que as intervenções de enfermagem no sentido da promoção do desenvolvimento infantil são realizadas pelos enfermeiros, mas nem sempre ocorrem com intencionalidade e assentes na evidência científica.

Numa avaliação final deste processo formativo, senti algumas dificuldades, nomeadamente o lidar com o stresse e a ansiedade dos pais em contexto de urgência e cuidados intensivos; o desconhecimento dos diferentes sistemas informáticos, como o Sistema de Triagem de Manchester; a reação ao imprevisto, a conjugação da rápida observação e avaliação do estado físico, psíquico e social da criança/família e a definição de prioridades na sala de triagem; a conjugação da observação do bebé com a gestão dos estímulos ambientais e a gestão da participação dos pais nos cuidados, os ambientes formativos e os contextos distintos da minha prática diária.

Por outro lado, o contato prévio com alguns serviços como a Urgência Pediátrica e a UCIN, o conhecimento da equipa multidisciplinar em alguns contextos, a experiência em lidar com o Rn/criança/família em situação de doença aguda/crónica no internamento, a facilidade em estabelecer uma relação terapêutica com os mesmos, a participação ativa na prestação de cuidados constituíram condições facilitadoras neste caminho de aprendizagem.

A forma de superação prendeu-se com o treino, a prática das diferentes intervenções de enfermagem, a procura da evidência científica sobre os diferentes temas e uma atitude reflexiva promovendo um comportamento de mudança. Também a discussão e a reflexão diária das intervenções de enfermagem e a partilha de conhecimentos, experiências, dúvidas, com os enfermeiros, equipa multidisciplinar e pais/família constituíram estratégias facilitadoras da aprendizagem.

Sendo a prematuridade um factor de risco para o desenvolvimento infantil, esta merece especial atenção do EESIP, pois os cuidados prestados nas unidades de cuidados neonatais influenciarão o desenvolvimento infantil futuro. Como tal, selecionei os Cuidados para Desenvolvimento como a área prioritária do trabalho de projeto.

Iniciei um Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade nos Cuidados para o Desenvolvimento em contexto de trabalho, seleccionando em conjunto com a equipa de enfermagem estratégias de melhoria. Existirá uma continuidade deste projeto com o objetivo de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de excelência de apoio ao desenvolvimento e centrados na família ao Rn e família na Neonatologia.

Para além do crescimento pessoal e profissional, posso afirmar que este caminho contribuiu para uma mudança no passar de cuidar de... para cuidar com... fornecendo uma intervenção humanizada, individualizada ao Rn/criança/família. Também levou à minha mudança no ser, sentir e estar, prestando cuidados de enfermagem com um nível mais aprofundado de conhecimentos, habilidades, atuando junto do Rn/criança/jovem e família/pessoa significativa em diferentes situações de transição.

Sei que este caminho não termina aqui, sendo um marco importante na procura da excelência do cuidar no meu dia-a-dia!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aita, M. & Snider, L. (2003). The art of development care in the NICU: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 223-232. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2003.02526.
- Als, H. & Gilkerson, L. (1997). Apoio na Área do Desenvolvimento em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 28(2), 165-172.
- Als, H. (2009). Newborn Individualized Development Care and Assessment Program (NIDCAP): new frontier for neonatal and perinatal medicine. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*, 2(3), 135-147. DOI: 10.3233/NPM-2009-0061.x
- Alto Comissariado de Saúde (2009). *Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008*. Lisboa. Acedido em 20-11-2012. Disponível em <http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/projectos/crsmca/Documents/Comiss%C3%A3o%20Nacional%20da%20Sa%C3%BAde%20da%20Crian%C3%A7a%20e%20do%20Adolescente%202004%20A%202008.pdf>
- Andrada, M.G. (2004). *A criança com problemas de desenvolvimento: Falar com a família*. Instituto Científico de Formação e Investigação: Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral.
- Aquino, F.M. & Christoffel, M.M.(2010). Dor Neonatal: Medidas não farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem. *Revista Rene*, 11, Número Especial, 169-177. Acedido em 20-12-2012. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/483/pdf>
- Barros, L. (2001). A Unidade de Cuidados Intensivos de Desenvolvimento como Unidade de Promoção do Desenvolvimento. In M.C. Canavarro *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. (pp.295-316). Coimbra: Quarteto.

- Batalha, L.M.C. (2010 Dezembro). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Referência*, III Série (2), 73-80. Acedido em 20-12-2012. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a08.pdf>
- Bellman, M., Lingam, S. & Aukett, A. (2003). *Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil dos 0 aos 5 anos*. Lisboa: CEGOC-TEA, Lda.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto.
- Brazelton, T. B. (2010). *O Grande Livro da Criança: desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. (12ª ed.). Lisboa: Presença.
- Coughlin, M., Gibbins, S. & Hoath, S. (2009 October). Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), 2239-2248. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2009.05052.x
- Cunha, M., Cadete, A. & Virella, D. (2010). Acompanhamento dos RMMBP em Portugal. *Revista Acta Pediátrica Portuguesa*. 41(4), 155-161.
- Dunst, C.J. (2004). Revisiting "Rethinking early intervention". In M.A. Feldman *Early intervention the essencial readings*. (pp.262-283).Oxford: Blackwell Pub, Ltd.
- Emergency Nurses Association. (2004). *Emergency Nursing Pediatric Course*. (3.º ed.). Revised Printing.
- Engel, J. (2002). *Avaliação em Pediatria*. (3.ºed.). Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores.
- European Foundation for the Care of Newborn Infants. (2008). *Impact of prematurity across Europe*. Acedido em 09-06-2012. Disponível em: http://www.efcni.org/fileadmin/Daten/Web/Position_Papers_Fact_sheets/Informationsblatt_Fr_Niebler.pdf

- Falbo, B.C.P., Andrade, R.D., Furtado, M. C. & Melo, D.F. (2012 Jan-Feb.). Stimulus to child development: knowledge production in nursing. *Revista Brasileira de Enfermeiros*, 65(1), 148-154. Acedido em 22-11-2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000100022&script=sci_abstract
- Folha, T. (2010). *Paralisia Cerebral na Região de Lisboa e Vale do Tejo: Factores de risco, caracterização multidimensional, inclusão social*. Universidade Nova de Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Dissertação de Mestrado. Lisboa.
- Gardner, M. R. C. & Deatrick, J. A. (2006 Jan-Mar). Understanding interventions and outcomes in mothers of infants. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 29(1), 25-44. Acedido em 20-09-2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16537279>
- Gaspardo, C.M., Martinez, F.E. & Linhares, M.B.M. (2010). Developmental care: protection approach for early development of preterm infants. *Revista Paulista de Pediatria*, 28 (1), 77-85. Acedido em 20-09-2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822010000100013&script=sci_abstract
- Gomes, P. (2008). *O ambiente da unidade de cuidados intensivos neonatais*. Sociedade Portuguesa de Pediatria: Secção da Neonatologia, 1-3. Acedido em 20-12-2012. Disponível em: [http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/File/O%20ambiente%20nas%20Unidades%20Cuidados%20Intensivos%20Neonatais\(1\).pdf](http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/File/O%20ambiente%20nas%20Unidades%20Cuidados%20Intensivos%20Neonatais(1).pdf)
- Harrison, H. (1993 November 1). The Principles for Family - Centered Neonatal Care. *Pediatrics*, 92(5), 643-650. Acedido em 05-05-2012. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/92/5/643.abstract>
- Hockenberry, M.J., Wilson, D. & Wilkelstein, M.L. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (7ª ed.). Lisboa: Mosby Elsevier.

- Instituto Nacional de Estatística, IP. (2013). *Estatísticas demográficas 2011*. Lisboa. Acedido em 03-06-2012. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=156022440&PUBLICACOESmodo=2
- King, S., Teplick, R., King, G. & Rosenbaum, P. (2004 Mar). Family- Centered Service for Children With Cerebral Palsy and Their Families: A Review of the Literature. *Seminars in Pediatric Neurology*, 11(1), 78-86. Acedido em 20-11-2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15132256>
- Kornusky, J. (2011 October). Developmental Care of the Newborn. *Evidence-Based Care Sheet*. Cinhal Information Systems.
- Kuo, D. Z., Houtrow, J. A., Arango, P., Kuhlthau, K. A., Simmons, J. M. & Neff, J. M. (2012 February). Family-Centered Care. *Maternal and Child Health Journal*, 16(2), 297-305. Acedido em 20-01-2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3262132/>
- Lamy, Z. C., Gomes, M. A., Gianini, N. O. M. & Henning, M. A (2005). Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru a proposta brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 659-668. Acedido em 20-11-2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/630/63010322.pdf>
- Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. *Diário da República I Série*, N.º 180 (16-08-2009), 6528-6550.
- Liu, J., Bann, C., Lester, B., Tronick, E., Das, A. & Lagasse, L. (2010). Neonatal neurobehavior predicts medical and behavioral outcome. *Pediatrics*, 125(1), 90- 98. DOI:10.1542/peds.2009-0204.
- Loureiro, F. (2012 Outubro-Novembro). Promoção de Saúde Num Serviço de Internamento de Pediatria. *Nursing*. 284-285, Ano 24, 5-9.

- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L., Im, E., Schumacher, K., Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12-28. Acedido em 03-05-2012. Disponível em: <http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/toc/2000/09000>
- Ministério da Saúde. (2006). *Programa Nacional de Saúde Materna e Neonatal*. Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal Organização Perinatal Nacional. Lisboa. Acedido em 21-11-2012. Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/3B954880-DAE9-4D5B-BD5E-E80350EC8239/0/orgperinatal.pdf>
- Mundy, C. (2010 March). Assessment of family needs in neonatal intensive care units. *American Journal Of Critical Care*, 19(2), 156-163. DOI: 10.4037/ajcc2010130
- Nunes, L. (2010 Julho-Setembro). Do Perito e do Conhecimento em Enfermagem: Uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. *Percursos*, (17), 3-9. Acedido em 20-05-2012. Disponível em <http://pt.scribd.com/doc/97271862/Percursos-n17>
- Ordem dos Enfermeiros (2008). Dor: Guia Orientador de Boa Prática. Cadernos OE, Série 1, nº.1. Acedido em 28-05-2012. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). Áreas prioritárias para investigação em Enfermagem & Relatório Bienal: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2010b). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Promover o Desenvolvimento Infantil na criança. Cadernos OE, Série 1, nº.3, vol.1. Acedido em 28-05-2012. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicações/Documents/texto_SaudeInfantilPediatria_Area_publica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010c). *Parecer MCEESIP n.º 04/2010*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 1-3.
- Ordem dos Enfermeiros (2011a Fevereiro). *CIPE Versão 2. Classificação Internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros (2011b Julho 16). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem da Criança e do Jovem. Acedido em 03-06-2012. Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt/colegios/.../PQCEESaudeCriancaJovem
- Organização Mundial de Saúde. (2012). *15 Million babies born too soon*. Acedido em 3-06-2012. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/preterm_20120502/en/index.html
- Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2001). *O Mundo da Criança*. Amadora: McGraw-Hill.
- Pessanha, M. (2008). *Vulnerabilidade e Resiliência no desenvolvimento dos indivíduos: influência da Qualidade dos Contextos de Socialização no Desenvolvimento das Crianças*. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Poles, K. & Bousso, R. S. (2011 Sep). Dignified death: Concept development involving nurses and doctors in Pediatric Intensive Care Unit. *Nursing Ethics*, 18(5), 694–709. DOI: 10.1177/0969733011408043

- Portugal, Presidência do Conselho de Ministros (2011, Fevereiro 18). Regulamento n.º123/2011. *Diário da República*, 2.ªSérie (35), 8653-8655.
- Portugal. Direcção-Geral da Saúde (2012a). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa. Acedido em 20-10-2012. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/>
- Portugal. Direcção-Geral da Saúde (2012b). Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional. Lisboa. Acedido em 20-10-2012. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=22610>
- Ramalhão, A. B. & Dupas, G. (2003). Living the ambivalence: the meaning of visit for parents with their interned newborn in a intensive care unit. *Revista Acta Paulista de Enfermagem*,16(3), 41-50. Acedido em 30-11-2012. Disponível em: <http://www.unifesp.br/acta/sum.php?volume=16&numero=3&item=res5.htm>
- Ravelli, A. P. X. & Motta, M. G. C. (2005). O lúdico e o desenvolvimento infantil: um enfoque na música e no cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermeiros*, 58(5), 611-613. Acedido em 20-10-2012. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/21013>
- Reis, M., Rempel, G., Scott, S., Brady-Fryer, B. & Van Aerde, J. (2010 November-December). Developing nurse/parent relationships in the NICU through negotiated partnership. *Journal Of Obstetric, Gynecologic, And Neonatal Nursing*, 39 (6), 675-683. **DOI:**10.1111/j.155R2-6909.2010.01189.x
- Samra, H. A., McGrath,J. M. & Wehbe, M. (2011 July1). An Integrated Review of Developmental Outcomes and Late-Preterm Birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 40(4), 399-411. **DOI:**10.1111/j.1552-6909.2011.01270.x
- Santos, A. O. (2011). NIDCAP: uma filosofia de cuidados. *Nascer e Crescer: Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, XX(1), 26-31. Acedido em 20-05-2012. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/nas/v20n1/v20n1a06.pdf>

- Santos, E. & Fernandes, A. (2004 Março). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Referência*, (11), 59-62. Acedido em 20-05-2012. Disponível em: http://www.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2064&id_revista=5&id_edicao=10
- Schwarz, D.F., O'Sullivan, A.L., Guinn, J. Mautone, J.A., Carlson, E.C., Zhao, H., (...), Radcliffe, J. (2012). Promoting Early Intervention Referral Through a randomized controlled home-visiting program. *Journal of Early Intervention*, 34(1), 20-39. DOI: 10.1177/1053815112451849
- Scochi, C. G., Kokuday, M. L., Riul, M. J., Rossanez, L. S., Fonseca, L. M. & Leite, A. M. (2003). Encouraging mother-child attachment in prematurity situations: nursing interventions at the Ribeirão Preto Clinical Hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(4), 539-543. Acedido em 20-05-2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000400018&script=sci_abstract
- Seabra-Santos, M.J. (2001). Conhecer as competências do recém-nascido. In M.C. Canavarro. *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. (pp.133-160). Coimbra: Quarteto.
- SeKi, T. N. & Balieiro, M. M. F. (2009 Dezembro). Cuidados Voltados para o Desenvolvimento: Pesquisa Bibliográfica. *Revista Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 9(2), 67-75. Acedido em 20-09-12. Disponível em: <http://www.sobep.org.br/revista/component/zine/article/119-cuidados-voltados-ao-desenvolvimento-do-prematureo-pesquisa-bibliografica.html>
- Silva, R. N. M. (2005). Cuidados voltados para o desenvolvimento do bebé pré-termo na UTI Neonatal. *Avanços em Perinatologia*. Rio de Janeiro: Alves Filho & Trindade, Manoel de Carvalho e José Maria de Andrade Lopes Editores, 35-50. Acedido em 30-05-2012. Disponível em <http://www.portalneonatal.com.br/cuidado-neonatal-individualizado/arquivos/Cuidadosvoltadosparaodesenvolvementodopre-termo.pdf>

- Silva, R. N. M. (2006 Junho). *Cuidados Voltados para o Desenvolvimento do Bebê pré-termo: uma abordagem prática*, 1-30. Acedido em 30-05-2012. Disponível em <http://portalneonatal.com.br/cuidado-neonatal-individualizado/arquivos/CUIDADOSVOLTADOSPARAOESENVOLVIMENTO.pdf>.
- Tronchin, D. M. R. & Tsunehiro, M. A. (2006). Cuidar e conviver com o filho prematuro: A experiência do pai. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(1), 93-101. Acedido em 20-06-2012. Disponível em <http://www.redalyc.org/pdf/2814/281421858013.pdf>
- Turan, T., Basbakkal, Z. & Özbek, S. (2008). Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. *Journal Of Clinical Nursing*, 17(21), 2856-2866. DOI: 10.1111/j.1365-702.2008.02307.x
- UKHealthCare. (2008). *The Problem with Late-Preterm Birth*. Kentucky's Health Information Resource. Acedido em 03-05-2012. Disponível em: http://ukhealthcare.uky.edu/uploadedfiles/Fact_Sheet_Late_Preterm_Birth_Problems.pdf
- Vasconcellos, T. (2005). Promoção do desenvolvimento nos recém-nascidos. *Jornal do HSFX: A Ponte*, (21), 4-6. Acedido em 20-06-2012. Disponível em http://www.hsfxavier.min-saude.pt/Downloads_HSA/HSFX/Comunica%C3%A7%C3%A3o%20e%20Imagem/A%20Ponte/Ano%202005/ponte21-Set2005.pdf
- Vasconcellos, T. (2012). Enfermagem em Neonatologia: Cuidados para o Desenvolvimento. *Neonatologia, Manual Prático*. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Hospital de São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE.
- Warren, I. & Bond, C. (2010). *A Guide to Infant Development in the Newborn Nursery*. (5th ed.). Londres: Copyright Inga Warren and Cherry Bond.

Westrup, B. (2007). Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) - Family-centered developmentally supportive care. *Early Human Development*, 83(7),443-449. **DOI:** 10.1016/j.earlhumdev.2007.03.006

White-Traut, R. & Norr, K. (2009 Jul-Aug). An ecological model for premature. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 38(4), 478-489. **DOI:** 10.1111/j.1552-6909.2009.01046.x.

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma de estágio

ANOS	2012												2013													
MESES	Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro					Fevereiro			Março					
SEMANAS	1 A 5	8 A 12	15 A 19	22 A 26	29 A 2	5 A 9	12 A 16	19 A 23	26 A 30	3 A 7	10 A 14	17 A 19	20 A 2	3 A 4	7 A 11	14 A 18	21 A 25	28 A 1	4 A 8	11 A 15	18 A 22	25 A 1	4 A 8			
Urgência Pediátrica				S 23									F É R I A S N A T A L										Elaboração e Apresentação do Relatório			
Unidade de Cuidados na Comunidade							S 20																			
Centro de Reabilitação de Crianças e Jovens																										
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais												S 18					S 15									
Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais																										

	Semana dedicada à introdução do estágio (1/10/12) e preparação da experiência com orientação do docente
S e OT	Seminários e Orientação tutorial (14-16h)

Apêndice II – Planejamento dos objetivos

Competência Comum: C- Domínio da gestão dos cuidados. C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Objetivo Específico: 1.1. Analisar a dinâmica funcional dos diferentes locais de estágio, incluindo os modelos de intervenção de enfermagem e seus referenciais.

Atividades	Recursos	Tempo/Local	Indicadores de Avaliação
<ul style="list-style-type: none">- Conhecimento do espaço físico do serviço através de uma visita guiada com Enf.^a chefe ou Enf.^a tutora.- Realização de uma entrevista semiestruturada à Enf.^a tutora, utilizando o guião de entrevista previamente elaborado.- Identificação dos modelos de prestação de cuidados de enfermagem.- Análise dos modelos de prestação de cuidados de enfermagem.- Identificação dos referenciais de enfermagem (cuidados não traumáticos/ centrados na família) na prática.- Consulta do guia de acolhimento aos pais.- Consulta de documentos (normas ou protocolos).- Conhecimento de projetos do serviço.- Registo dos dados obtidos na consulta dos documentos e na entrevista.	<ul style="list-style-type: none">- Enf.^a Chefe.- Enf.^a tutora.-Guião de Entrevista- Normas e Protocolos do serviço.Equipa de enfermagem	<p>1.º Semana</p> <p>Urgência Pediátrica</p> <p>Unidade de Cuidados na Comunidade</p> <p>Centro de Reabilitação</p> <p>Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais</p>	<ul style="list-style-type: none">- Portefólios (Diários de aprendizagem, Entrevista Pesquisas).- Relatório final.

Competência Específica: E.3.- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Objetivo Específico: 1.2. Avaliar a criança numa situação de urgência/ emergência

Atividades	Recursos	Tempo/Local	Indicadores de Avaliação
<ul style="list-style-type: none">- Pesquisa Bibliográfica sobre a avaliação da criança numa situação urgência e emergência.- Pesquisa bibliográfica sobre o Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester.- Observação participante da Enf.^a perita na avaliação da criança baseada no Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester.- Avaliação de Rn, crianças e jovens mobilizando o Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester- Identificação dos princípios de abordagem à RN/criança e jovem de acordo com o estadio de desenvolvimento.- Planeamento de intervenções de enfermagem, face aos problemas/alterações identificadas- Identificação rápida dos problemas e focos de instabilidade na criança Jovem e família.- Encaminhamento de crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais. Identificação de situações de risco para a criança (Maus-tratos, negligência e privação, abuso e comportamentos de risco)- Facilitação da aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.	<ul style="list-style-type: none">- Sistema de Triagem de Prioridades de Manchester- Enf.^a tutora.- Grelha de observação- Crianças/Pais	<p>3.º dia 4.º dia 5.º dia Urgência Pediátrica</p>	<ul style="list-style-type: none">- Portefólio “ Urgência Pediátrica” (Diários de aprendizagem, Entrevistas, Pesquisas).- Relatório final

E.3.3- Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e cultura.

Objetivo Específico: 1.3. Estabelecer uma relação terapêutica com criança/jovem/família, utilizando técnicas de comunicação apropriadas às suas características e etapa de desenvolvimento.

Atividades	Recursos	Tempo/Local	Indicadores de Avaliação
<ul style="list-style-type: none">- Pesquisa bibliográfica acerca das técnicas de comunicação em cada faixa etária e estadio de desenvolvimento.- Elaboração de uma tabela com técnicas de comunicação de acordo com a idade e a etapa de desenvolvimento.- Interação com as crianças/família nas diferentes idades durante a triagem e na sala de tratamentos (técnicas de comunicação).- Registo e análise de uma interação com uma criança/família (idade, etapa de desenvolvimento, comunicação, atividade desenvolvida).- Identificação da faixa etária que mais recorre ao serviço de urgência pediátrica de acordo com a época do ano, e os focos de atenção de enfermagem mais frequentes.- Comunicação com a criança e família em situação de stresse (urgência).	<ul style="list-style-type: none">- Enf.^a tutora.- Crianças/Pais.- Sala de tratamentos- Sala de Triagem- Documento de registo da interação.- Tabela	<p>6.ºdia 7.ºdia 8.ºdia 9.ºdia Urgência Pediátrica Ao longo dos outros contextos de estágio</p>	<ul style="list-style-type: none">- Portefólio “ Urgência Pediátrica” (Diários de aprendizagem, Entrevistas, Pesquisas).- Relatório final

Competência Específica: E2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade E.2. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.

Objetivo Específico: 1.4. Participar na prestação de cuidados de enfermagem durante uma situação de reanimação.

Atividades	Recursos	Tempo / Local	Indicadores de Avaliação
<ul style="list-style-type: none">- Revisão Bibliográfica sobre Suporte Básico e Avançado Neonatal e Pediátrico.- Conhecimento das normas e protocolos de reanimação neonatal e pediátrica.- Conhecimento do espaço e da sua organização (a dinâmica da sala de reanimação.)- Manuseamento e treino com os materiais de urgência (carro de urgência/ventiladores)- Observação participante de uma criança em situação de emergência.- Registo da observação.- Intervenção em situação de reanimação.- Análise da intervenção da equipa, nomeadamente do EESIP (tutora e minha enquanto formanda)	<ul style="list-style-type: none">- Enf.^a tutora.- Sala de reanimação- Crianças/Pais.	<p>Ao longo do estágio.</p> <p>Urgência Pediátrica Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais</p>	<ul style="list-style-type: none">- Portefólios dos diferentes contextos de estágio.- Relatório final

Competência Específica. E.3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança e do jovem. E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil

Objetivo Específico: 1.5. Capacitar os pais para a maximização do potencial desenvolvimento desde do nascimento até à juventude;

Atividades	Recursos	Tempo/Local	Indicadores de Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Orientações antecipatórias às famílias. - Envolvimento dos pais na promoção do desenvolvimento. - Realização de visitas domiciliárias. - Aprofundamento dos conhecimentos sobre modelo <i>Touchpoints</i>. - Participação ativa no Projeto de Estimulação Psicomotora Precoce nos Pré-termos semanalmente. - Análise das actividades realizadas semanalmente. - Utilização de estratégias motivadoras para a promoção do desenvolvimento. - Promoção de uma relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada. - Adequação do suporte familiar e comunitário. - Observação da dinâmica do funcionamento da equipa transdisciplinar nos vários contextos (comunidade, 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiros tutores, peritos. - Bases de dados electrónicas. - Pais/Rn/crianças/jovens Legislação relevante: <i>Diário da República, 1.ª série — N.º 193 — 6 de Outubro de 2009</i> Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro - Bibliografia: Brazelton, T.B. (2010). <i>O Grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e comportamental durante</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Unidade de Cuidados na Comunidade Centro de Reabilitação Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais 	<ul style="list-style-type: none"> - Portefólio “<i>Cuidados Pediátricos na Comunidade</i>” (Bibliografia, Diários de aprendizagem) - Análise das intervenções para promover o desenvolvimento infantil. - Análise das visitas domiciliárias. - Envolve a família na promoção do desenvolvimento infantil. - Ensina sobre as competências do Rn/ Criança e sinais de alarme.

<p>escola, domicílio).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observação da intervenção de enfermagem no seio da equipa. - Participação nas actividades da equipa, sempre que possível. - Análise e esclarecimento de dúvidas com as enfermeiras tutoras. - Colaboração com as enfermeiras junto da criança/família com necessidades especiais. - Diagnóstico de necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem. - Adquisição de conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança. - Prestação de cuidados individualizados e de suporte ao desenvolvimento com supervisão da Enf.^a tutora. - Observação participante nas reuniões de partilha mensais. - Observação participante na reunião com a presença do médico e enfermeiro, realizada na primeira semana de vida. - Aquisição de conhecimentos sobre as competências do Rn para promover o comportamento interactivo. - Utilização de estratégias para promover o contacto físico pais/Rn (toque, método canguru). - Promoção da amamentação. 	<p><i>os primeiros anos</i>. Lisboa: Editorial Presença.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Relatório Final. - Portefólio “<i>Promover o Desenvolvimento Infantil na Criança com Deficiência</i>” (Bibliografia, Diários de aprendizagem). - Envolve a família na promoção do desenvolvimento infantil. - Ensina sobre as competências e potencialidades do Rn/ Criança.
--	--	--	---

Competência Específica: E3 – Presta cuidados específicos em resposta as necessidades do ciclo de vida e ao desenvolvimento da criança e do jovem E3.1- Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.

Objetivo Específico: 1.6. Avaliar o desenvolvimento infantil;

Atividades	Recursos	Tempo / Local	Indicadores de Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Aquisição de conhecimento sobre avaliação do desenvolvimento infantil. - Observação de enfermeiros peritos em avaliação do desenvolvimento infantil. - Pesquisa bibliográfica sobre as diferentes escalas de avaliação do desenvolvimento infantil, nomeadamente a <i>SGSII</i>. - Aquisição de conhecimentos sobre avaliação do desenvolvimento segundo o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2012 – DGS. - Aplicação da escala de avaliação de desenvolvimento a crianças/família sob supervisão do enfermeiro perito. - Reflexão sobre uma aplicação prática da escala de avaliação do desenvolvimento infantil (<i>SGSII</i>). 	<ul style="list-style-type: none"> . Enfermeiros orientadores, peritos. - Bases de dados eletrónicas. - Guião da Entrevista - Bibliografia. - Bellman, M., Lingam, S. & Aukett, A. (2003). <i>Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil- dos 0-5 anos</i>. Lisboa: CEGOC-TEA Lda. - Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guia Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Promover o Desenvolvimento Infantil na criança. Cadernos OE, Série 1, nº.3, vol.1. http://www.ordemenfermeiros.pt/publicações/Documentos/texto_SaudeInfantilPediatria_Area_publica.pdf 	<p>(A combinar)</p> <p>Unidade de Cuidados na Comunidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Portefólio “<i>Cuidados Pediátricos na Comunidade</i>” (Pesquisas bibliográficas, Entrevistas, Diários de aprendizagem-reflexão). - Relatório final.

Competências comuns do EESIP- D2- Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. D.2.3 . Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho

Objetivo Específico: 1.7. Analisar as práticas de cuidados na promoção do desenvolvimento infantil.

Atividades	Recursos	Tempo /Local	Indicadores de Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Análise crítica das intervenções do enfermeiro na promoção do desenvolvimento infantil tendo como base o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros no Guia Orientador de Boa Prática. - Observação das intervenções nos Cuidados para o Desenvolvimento, com base no preconizado por Warren e Bond (2010) - Esclarecimento de dúvidas sobre a prática dos Cuidados para o Desenvolvimento com a Enf.^a tutora. - Revisão da evidência sobre o tema dos cuidados para o desenvolvimento - Construção de documentos de síntese e análise. - Integração dos conhecimentos nesta área e operacionaliza-los em novos comportamentos na prestação de cuidados. - Identificação de oportunidades de aprendizagem (Formação em serviço). 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipa - Bases de dados electrónicas Pais/Rn/crianças. 	<p>Ao longo do estágio</p> <p>Serviço de Urgência Pediátrica</p> <p>Unidade de Cuidados na Comunidade</p> <p>Centro de Reabilitação</p> <p>Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais</p> <p>Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Análise das intervenções com vista aos Cuidados para o Desenvolvimento. - Portefólios dos diferentes contextos de estágio. - Relatório Final.

Competência Comum: D- Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. D2- Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. D.2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade.

Objetivo Específico: 2.1. Conhecer como avaliam os enfermeiros a prática das intervenções promotoras do desenvolvimento infantil.

Atividades	Recursos	Tempo/Local	Indicadores de Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração do questionário como diagnóstico das necessidades de formação. - Aplicação do questionário. - Análise dos dados do questionário. - Elaboração de uma sessão de esclarecimento acerca dos resultados do questionário. - Avaliação da sessão de formação - Análise dos registos CIPE com especial atenção para o Foco de atenção Desenvolvimento Infantil. - Pesquisa bibliográfica sobre formação em adultos, prática baseada na evidência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeiro tutor. - Questionário. - Meios tecnológicos de apoio à realização de formação e investigação. - REPE – Decreto–Lei nº.161/96 de 4 Setembro. - Bibliografia 	1.º Semana Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostica necessidades formativas através de um questionário. - Resultados do questionário - Atua como formadora em contexto de trabalho, favorecendo a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros - Avaliação do impacto da sessão (Questionário) - Portefólio de Formação.

Competência Comum: B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade - B 2.2 Planeia programas de melhoria

Objetivo Específico: 2.2 Envolver os enfermeiros na elaboração de um plano de acção no sentido da implementação, manutenção e melhoria das práticas de promoção do desenvolvimento infantil

Atividades	Recursos	Tempo /Local	Indicadores de Avaliação
<ul style="list-style-type: none">- Planeamento de uma sessão de reflexão das práticas (Discussão do papel do enfermeiro enquanto promotor do desenvolvimento infantil)- Identificação consensual das medidas fulcrais dos Cuidados para o Desenvolvimento como prioridade de melhoria.- Selecção conjunta de estratégias de melhoria.- Avaliação da sessão.- Planeamento do Projecto de Melhoria Continua da Qualidade.	<ul style="list-style-type: none">- Equipa de enfermagem- Enf.^a Chefe- Bibliografia <p>Ordem dos Enfermeiros. (22 de Outubro de 2001). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.</p> <p>http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeCriancaJovem.pdf</p> <ul style="list-style-type: none">- Meios tecnológicos de apoio à realização de formação e investigação.	<p>Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais</p> <p>4.º Semana</p>	<ul style="list-style-type: none">- Relatório Final.

Competência Específica: A1- Desenvolve uma prática profissional ética no seu campo de intervenção.

Objetivo Específico: 2.3. Desenvolver a minha competência reflexiva enquanto futura especialista em EESIP

Atividades	Recursos	Tempo/local	Indicadores de Avaliação
<p>- Elaboração de reflexões escritas estruturadas semanalmente, de acordo com o Guia para a Reflexão Estruturada de Santos e Fernandes, 2004.</p> <p>- Análise das situações significativas em que a autonomia de julgamento fundamentado teve reflexo na tomada de decisão.</p>	<p>- Enfermeiras tutoras.</p> <p>- Pais</p> <p>- Rn/crianças/jovens</p> <p>- Equipa de Enfermagem</p>	<p>Ao longo do estágio.</p> <p>Em todos os contextos de estágio</p>	<p>- Portefólios dos diferentes contextos de estágio.</p> <p>- Relatório final</p>

Apêndice III – Entrevista sobre a Dinâmica Orgânico-
Funcional do Serviço

Guião de Entrevista

Entrevista à Enf.^a Especialista Tutora ou Enf.^a Chefe acerca da dinâmica orgânico-funcional dos serviços.

Questões:

- Qual a área de abrangência do serviço?
- Caracterização organofuncional: N.º de enfermeiros, N.º de médicos, N.º assistentes operacionais, Outros técnicos:
- Qual a organização do n.º de enfermeiros em cada turno? Rácio Enf.^a /Criança/ Família.
- Como é a organização do trabalho de equipa?
- Qual o modelo de prestação de cuidados de enfermagem vigente no serviço?
- Quais os diagnósticos/focos de atenção de enfermagem mais frequentes? - Quais os referenciais de enfermagem e o modelo teórico que sustenta a prática de enfermagem? (Padrões de Qualidade/C.C. Família/C. Não traumáticos)

(ex.º C. não traumáticos: o que fazem para o fazer cumprir? Usam escalas? Objetivos do Instrumento – o quê? Para quê? Em que se basearam?)

Apêndice IV – Plano de Sessão de Formação “
Avaliação do Desenvolvimento Infantil”

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO UCC

Tema: Avaliação do desenvolvimento infantil

Formadores	Ana Sousa	Local: Sala de reuniões
		Data: 21 de Novembro de 2012
		Duração prevista da sessão: 60 minutos

Destinatários: Equipa de Enfermagem da UCC e UCSP I e II

Objectivo Geral: Sensibilizar para a avaliação do desenvolvimento infantil com recurso à escala *Mary Sheridan Modificada* em contexto de consulta de vigilância de saúde infantil.

Específicos:

- Evidenciar o papel do enfermeiro na avaliação do desenvolvimento infantil;
- Identificar as vantagens da avaliação do desenvolvimento infantil;
- Apresentar o teste rastreio Mary Sheridan;
- Mencionar a lista do material constituinte da escala;
- Nomear as estratégias da avaliação do desenvolvimento infantil;
- Analisar as recomendações práticas fundamentais na avaliação do desenvolvimento infantil.

Conteúdos	Meios e Métodos Auxiliares de Exposição	Tempo
A importância do enfermeiro na avaliação do desenvolvimento infantil	Método Expositivo com participação e Meios audiovisuais (Computador e <i>Datashow</i>)	5`
A forma de avaliação do desenvolvimento infantil em contexto de consulta	Discussão em grupo	10`
Vantagens da avaliação do desenvolvimento infantil	Método Expositivo com participação e Meios audiovisuais (Computador e <i>Datashow</i>)	35`
Características do teste de rastreio <i>Mary Sheridan</i>		
Lista do material sugerido para a utilização da escala.		
Demonstração de um caso prático		
Estratégias a desenvolver na avaliação do desenvolvimento		
Recomendações práticas		
Partilha de experiências, comentários e sugestões		
Avaliação de conhecimentos	Questionário	5`
Avaliação da Sessão:	Questionário	5`

Apêndice V – Sessão de Formação “Avaliação do
Desenvolvimento Infantil”

Avaliação do Desenvolvimento Infantil ...

Ana Sousa
Ana Pinheiro
Enfermeiras da Especialidade em Saúde Infantil e Pediatria
Enf. Tutora: ESIP · Teresa Teixeira

- Adquirir conhecimentos teórico-práticos sobre avaliação do desenvolvimento infantil.
- Identificar a importância do enfermeiro na avaliação do desenvolvimento infantil.
- Sensibilizar os enfermeiros para a avaliação de desenvolvimento infantil com recurso a escala de *Mary Sheridan Modificada* nos CSP.



Objetivos



A avaliação desse percurso, a deteção precoce de quaisquer perturbações, e das implicações que estas têm na qualidade de vida e no sucesso educacional e integração social da criança, são objetivos da vigilância de saúde e infantil nos CSP (DGS, 2012).



Têm um papel preponderante na educação e no aconselhamento aos pais. É da sua competência avaliar o estado de saúde, crescimento e nível de desenvolvimento da criança através das consultas de enfermagem (Ordem das Enfermeiras, 2010).

Enfermeiro ..Criança .. Família

É urgente, tornar a criança feliz "já", favorecer o seu desenvolvimento porque "é" no momento presente e "é" um ser global que merece ser respeitado à medida de todas as suas competências.

Pensarmos o "desenvolvimento" é refletirmos num caminho que se vai fazendo e, vai num sentido de maior autonomia, bem-estar e dignidade (Ordem das Enfermeiras, 2010).



Promover o desenvolvimento infantil é ajudar a criança, em parceria com a família, na sua circunstância de vida e no seu tempo, a desenvolver-se dentro dos padrões esperados para a sua idade, respeitando o seu ritmo (Bellman, Lingam & Aukett, 2003).

Enfermeiro ..Criança .. Família



Art. 80. Do dever para com a comunidade b) "Participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detectados"

c) "Colaborar com outros profissionais em programas que respondam as necessidades da comunidade"

Artigo 83. a) "Co-responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico"

Art.76º do Decreto de Lei nº.104/93 de 21 de Abril.

"Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, como o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar, adaptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem"

"O rigor técnico-científico na implementação das intervenções de enfermagem"

"A referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais de diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde."

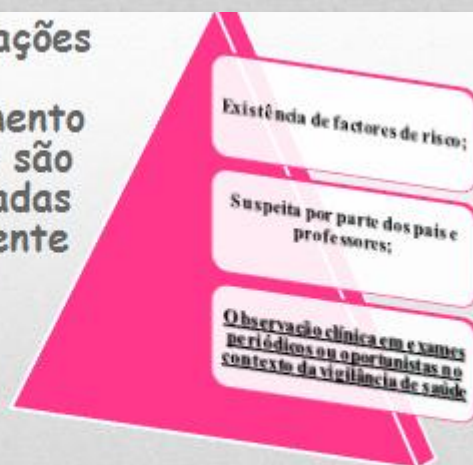


Como é que avaliam o desenvolvimento infantil??

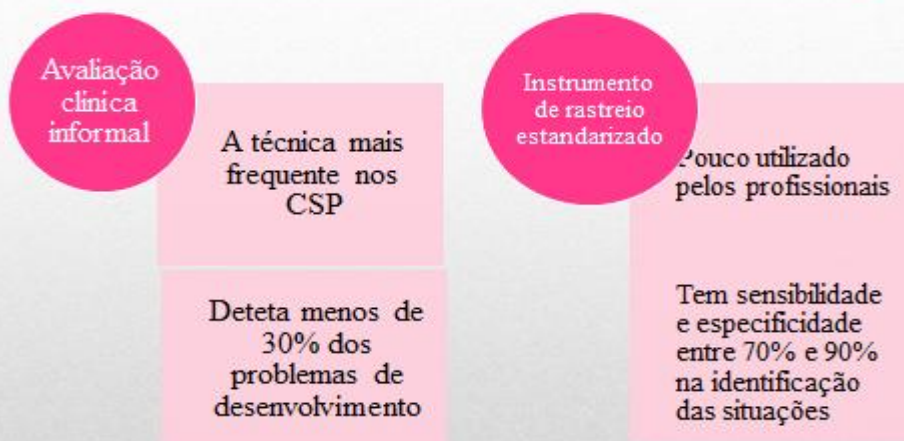
- É essencial a **uniformização de critérios de avaliação** do desenvolvimento psicomotor em cuidados de saúde primários;
- Rentabilizar os recursos, evitando referências **desnecessárias** a consultas ou centros especializados
- Aproveitar o conhecimento único proporcionado pelos exames regulares de vigilância de saúde infantil executados pela equipa.

Porquê avaliar o desenvolvimento Infantil?

- As perturbações do desenvolvimento psicomotor são diagnosticadas habitualmente por:



Como é que avaliam o desenvolvimento infantil??



(DGS, 2012)

Como é que avaliam o desenvolvimento infantil??

- É essencial a **uniformização de critérios de avaliação** do desenvolvimento psicomotor em cuidados de saúde primários;
- Rentabilizar os recursos, evitando referências **desnecessárias** a consultas ou centros especializados
- Aproveitar o conhecimento único proporcionado pelos exames regulares de vigilância de saúde infantil executados pela equipa.

Porquê avaliar o desenvolvimento Infantil?



Escala de Avaliação de desenvolvimento de Mary Sheridan

Avalia o desenvolvimento da criança dos 0 aos 5 anos de idade.

Abrange os períodos de tempo em que as modificações e as aquisições são mais numerosas e mais rápidas.



4-6 semanas	9 meses	2 anos	5 anos
3 meses	12 meses	3 anos	
6 meses	18 meses	4 anos	

Escala de Avaliação do desenvolvimento Mary Sheridan

Escala de
Avaliação de
desenvolvimento
de Mary
Sheridan

4 áreas de competência:
Postura e Motricidade Global; Visão e Motricidade Fina; Audição e
linguagem, Comportamento e Adaptação Social.

Quadros de avaliação do desenvolvimento nas diferentes faixas
etárias

Quadros com notas explicativas em relação à aplicação,

Quadros com actividades promotoras do desenvolvimento, nas
diferentes faixas etárias. Quadros com os sinais de alarme

Escala de Avaliação do desenvolvimento Mary Sheridan

- Bola
- Roca
- Cubos (20)
- Pinos ou clip
- Boneco
- Colher, garfo e escova de cabelo
- Livro com figuras
- Copo / caneca com asa
- Bola pequena
- Painel com 10 cores + cartões de correspondência



Escala de Avaliação do desenvolvimento Mary Sheridan

Escala de
Avaliação de
desenvolvimento
de Mary
Sheridan

4 áreas de competência:
Postura e Motricidade Global; Visão e Motricidade Fina; Audição e
linguagem, Comportamento e Adaptação Social.

Quadros de avaliação do desenvolvimento nas diferentes faixas
etárias

Quadros com notas explicativas em relação à aplicação,

Quadros com actividades promotoras do desenvolvimento, nas
diferentes faixas etárias. Quadros com os sinais de alarme

Escala de Avaliação do desenvolvimento Mary Sheridan

Idade	Parâmetros a avaliar	Material
3 A C U A S	<ul style="list-style-type: none"> • Pode despir-se mas só se lhe desabotoarem o vestuário • Vai sozinho à casa de banho • Come com colher e garfo 	Cubos
V M F	<ul style="list-style-type: none"> • Constrói torre de 9 cubos • Imita (3 anos: construir ponte em frente à criança) e copia (3A1/2: não construir em frente à criança) a ponte de 3 cubos • Copia o círculo (não desenhar em frente à criança, apenas mostrar círculo já desenhado) • Imita a cruz • Combina 2 cores, geralmente o vermelho e o amarelo (confunde o azul e o verde) <ul style="list-style-type: none"> ○ Não é obrigatório nomear a cor, mas sim corresponder • Desenha figura humana: cabeça mais uma ou duas partes do corpo (mesmo em locais errados) 	Cubos / Painel de cores
P M G	<ul style="list-style-type: none"> • Equilíbrio momentâneo num pé • Atira bola acima da linha do ombro • Sobee escadas alternadamente mas desce com os 2 pés no mesmo degrau 	Bola pequena
A L	<ul style="list-style-type: none"> • Diz o nome completo e o sexo • Vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos <ul style="list-style-type: none"> ○ Diz frases com 4 palavras • Defeitos de articulação e imaturidade na linguagem <ul style="list-style-type: none"> ○ Hesitações e repetições de sílabas e palavras no discurso 	

Tabela 1.- notas explicativas

Quadro 4. SINAIS DE ALARME - 18 M - 5 Anos

18 MESES	2 ANOS	4-5 ANOS
<input type="checkbox"/> Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas. <input type="checkbox"/> Anda sempre na ponta dos pés. <input type="checkbox"/> Assimetrias. <input type="checkbox"/> Não faz pinça - não pega em nenhum objeto entre o polegar e o indicador. <input type="checkbox"/> Não responde quando o chamam. <input type="checkbox"/> Não vocaliza espontaneamente. <input type="checkbox"/> Não se interessa pelo o que o rodízio, não estabelece contacto. <input type="checkbox"/> Deita os objetos fora. Leva-os sistematicamente à boca. <input type="checkbox"/> Estrabismo.	<input type="checkbox"/> Não anda sozinho. <input type="checkbox"/> Deita os objetos fora. <input type="checkbox"/> Não constrói nada. <input type="checkbox"/> Não parece compreender o que se lhe diz. <input type="checkbox"/> Não pronuncia palavras inteligíveis. <input type="checkbox"/> Não se interessa pelo que está em seu redor. <input type="checkbox"/> Não estabelece contacto. <input type="checkbox"/> Não procura imitar. <input type="checkbox"/> Estrabismo.	<input type="checkbox"/> Hiperativo, distraído, dificuldade de concentração. <input type="checkbox"/> Linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez. <input type="checkbox"/> Estrabismo ou suspeita de déficit visual. <input type="checkbox"/> Perturbação do comportamento.

Apoios:

Plano de ação

Sinais de Alarme

Idade	Parâmetros a avaliar	Material
3 A C U A S	<ul style="list-style-type: none"> • Pode despir-se mas só se lhe desabotoarem o vestuário • Vai sozinho à casa de banho • Come com colher e garfo 	Cubos
V M F	<ul style="list-style-type: none"> • Constrói torre de 9 cubos • Imita (3 anos: construir ponte em frente à criança) e copia (3A1/2: não construir em frente à criança) a ponte de 3 cubos • Copia o círculo (não desenhar em frente à criança, apenas mostrar círculo já desenhado) • Imita a cruz • Combina 2 cores, geralmente o vermelho e o amarelo (confunde o azul e o verde) <ul style="list-style-type: none"> ○ Não é obrigatório nomear a cor, mas sim corresponder • Desenha figura humana: cabeça mais uma ou duas partes do corpo (mesmo em locais errados) 	Cubos / Painel de cores
P M G	<ul style="list-style-type: none"> • Equilíbrio momentâneo num pé • Atira bola acima da linha do ombro • Sobee escadas alternadamente mas desce com os 2 pés no mesmo degrau 	Bola pequena
A L	<ul style="list-style-type: none"> • Diz o nome completo e o sexo • Vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos <ul style="list-style-type: none"> ○ Diz frases com 4 palavras • Defeitos de articulação e imaturidade na linguagem <ul style="list-style-type: none"> ○ Hesitações e repetições de sílabas e palavras no discurso 	

Tabela 1.- notas explicativas

Idade

Atividades promotoras do desenvolvimento

3 A

- Promover atividades lúdicas físicas: saltar, correr, pular, andar de triciclo, etc...
- Pedir à criança que conte histórias ou algo que fez (ação passada). Incentivar a criança a fantasiar;
- Dar responsabilidades, aceitar a forma que ele achou para dominar a sua vida;
- Não trazer a criança para a realidade quando está no seu mundo imaginário;
- Conduzir os rituais de sono de forma regrada (medos, associados ao pensamento mágico);
- Fase dos «porquês». Há que ter muita paciência, tendo em conta que nem sempre espera pela resposta à primeira pergunta;
- Não ridicularizar comportamentos;
- Ajudar a criança a partilhar os brinquedos – altura para ingressar no jardim-de-infância;
- Acompanhamento de programas televisivos.

Recomendações aos pais no momento da avaliação

The top screenshot shows the 'Processos de Enfermagem' (Nursing Processes) screen in the Oracle HealthShare application. It displays a table of nursing interventions for a 4-year-old child. The table has columns for 'Intervenção', 'Data', 'Hora', and 'Estado'. Below the table, there is a list of nursing diagnoses (Diagnósticos de Enfermagem) with their respective dates and times.

Intervenção	Data	Hora	Estado
Desenvolvimento Infantil	2011-09-30	15:30	

The bottom screenshot shows the 'Sheldan Modificado' (Modified Sheldan) assessment screen. It is a checklist for developmental milestones in four categories: 'Comportamento e Adaptação Social' (Social Behavior and Adaptation), 'Visão e Motricidade Fina' (Fine Vision and Dexterity), 'Postura e Motricidade Global' (Global Posture and Motor Skills), and 'Audição e Linguagem' (Audition and Language). Each category contains several items with 'Sim' (Yes) and 'Não' (No) radio buttons.

Comportamento e Adaptação Social

- Debe pelo seu copo com ajuda Sim Não
- Segura a colher mas não a usa Sim Não
- Colabora ao vestir, levantando os braços Sim Não
- Muito dependente do adulto Sim Não
- Desconhece afecto Sim Não

Visão e Motricidade Fina

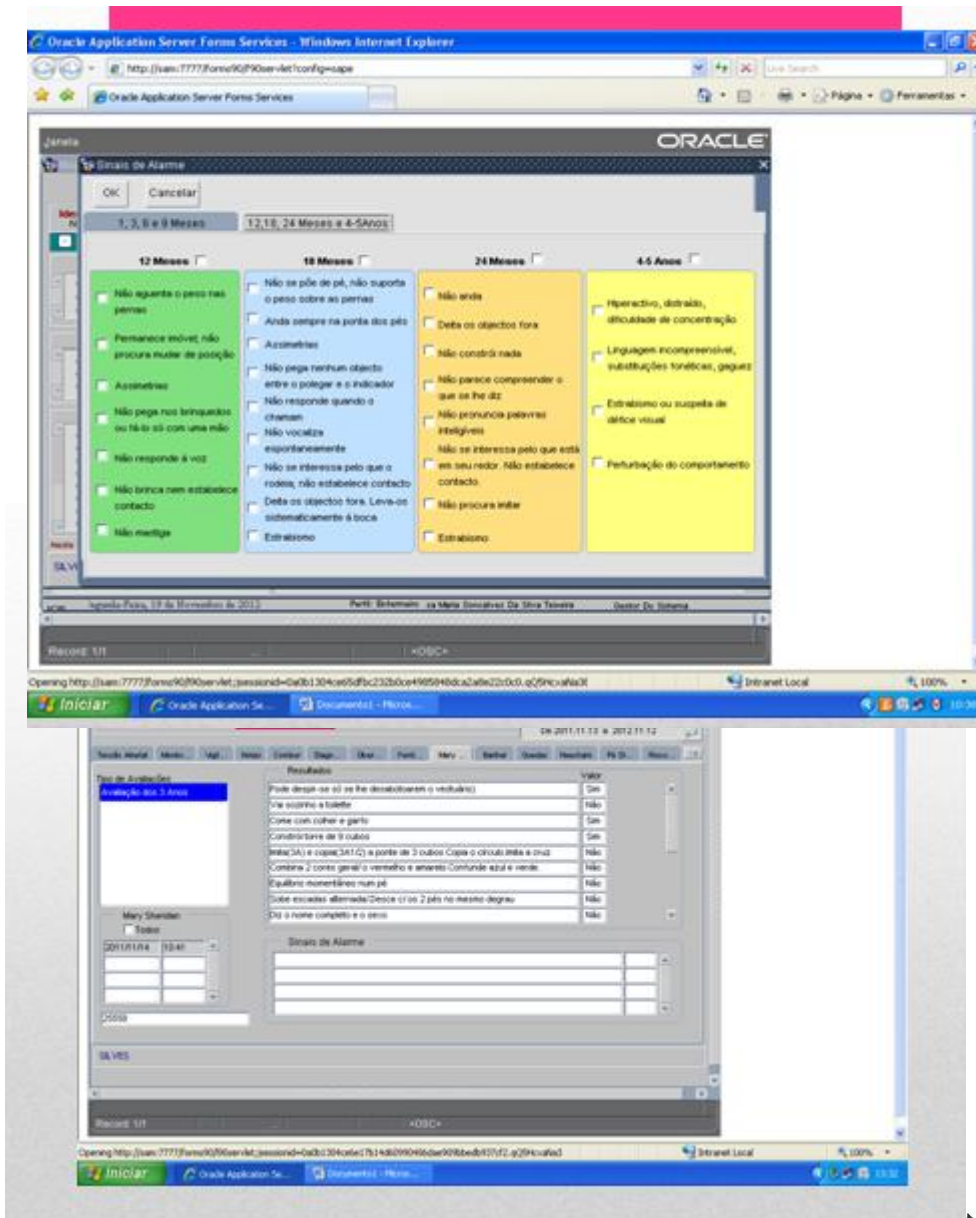
- Explora com energia os objectos e mira-os sistematicamente ao chão Sim Não
- Procura o objecto escondido Sim Não
- Interesse visual para perto e longe Sim Não

Postura e Motricidade Global

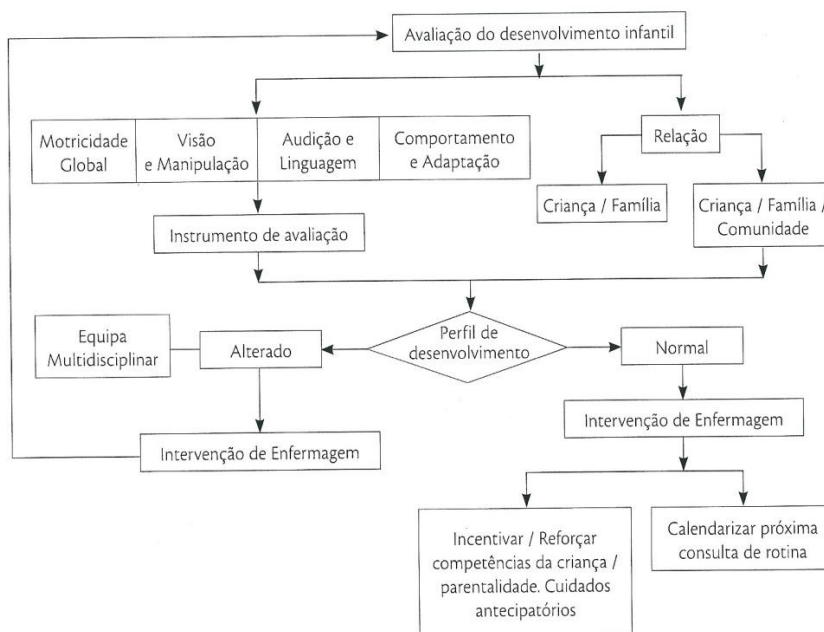
- Tem equilíbrio certado Sim Não
- Gatinha Sim Não
- Põe-se de pé e balança-se, apoio de uma ou duas mãos Sim Não

Audição e Linguagem

- Resposta rápida aos sons suaves Sim Não
- Dá pelo nome e vê-lo-se Sim Não
- Compreende ordens simples como "lá cá" e "aduro" Sim Não



2. ALGORITMO PARA A AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA



- Instrumento de apoio: Tabela da Escala *Mary Sheridan*;
- Uso da mala com material didático da escala;
- Encaminhar para a Enfermeira ESIP em caso de dúvida ou presença de sinais de alarme.



Estratégias



- Bellman, M., Lingam, S. & Aukett, A. (2003). *Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil- dos 0-5 anos*. Lisboa: CEGOC-TEAL da.
-
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Guia Orientações de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Promover o Desenvolvimento Infantil na criança*. Cadernos OE, Série 1, n.º 3, vol.1 Retirado em 8 de Dezembro de 2011, de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicações/Documents/texto_SaudeInfantilPediatria_Area_publica.pdf
- Brazelton, T. B. (2010). *O Grande Livro da Criança: desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (12ª ed.). Lisboa: Presença.
- Direcção Geral de Saúde. (2012). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional*. Lisboa.

Referências Bibliográficas

Apêndice VI – Questionário de Avaliação da
Sessão de Formação

Avaliação da Sessão de Formação

Após a realização da sessão de formação é importante reflectir sobre a forma como esta decorreu, no sentido de melhorar alguns aspectos que facilitem sessões de formação futuras. Deste modo, solicito aos participantes desta sessão o preenchimento de um questionário anónimo. Responda a cada item colocando uma cruz na coluna do número que melhor indica a sua opinião.

Legenda: 1- Insatisfeito; 2- Pouco Satisfeito; 3 – Satisfeito; 4 – Muito Satisfeito

Desenvolvimento da sessão	1	2	3	4
Utilização da metodologia				
Sessão de Formação				
Divulgação da sessão				
Utilização de meios audiovisuais				
Participação do grupo				
Interesse do grupo				
Clarificação de conteúdos				

Gestão de Expectativas	1	2	3	4
Objetivos da sessão				
Conteúdo da sessão				
Utilidade dos temas abordados				
Grau de satisfação				

Opinião pessoal acerca da sessão (aspectos positivos, pontos a melhorar e pontos de interesse):

Obrigada pela sua colaboração!

Apêndice VII - Questionário de Avaliação de
Conhecimentos Adquiridos da Sessão de Formação

Sessão de Formação “Avaliação do Desenvolvimento Infantil”

1. Qual a importância do enfermeiro na avaliação do desenvolvimento infantil nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil?

2. Identifique duas vantagens da avaliação do desenvolvimento infantil.

Evitar referências desnecessárias		Disparidade na aplicação de critérios	
Rentabilizar os recursos		Não aproveitar o conhecimento único	

3. Qual o instrumento de avaliação do desenvolvimento infantil preconizado no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil de 2012.

4. Mencione pelo menos duas recomendações práticas em vigor no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil de 2012.









5. Qual o contributo desta formação na sua prática profissional?

Obrigada pela sua atenção ☺

21 de Novembro de 2012

Apêndice VIII – Escala da *Mary Sheridan*
Modificada

AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO: ESCALA DE SHERIDAN – 1 AOS 12 MESES

	4 A 6 SEMANAS	3 MESES	6 MESES	9 MESES	12 MESES
POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL	 <p>Em decúbito ventral levanta a cabeça. Decúbito dorsal apresenta postura assimétrica superior do lado da face em extensão. Na tracção pelas mãos a cabeça cai. Sentado, o dorso faz um arco e as mãos estão fechadas, Em suspensão vertical a cabeça fica erecta e os membros semi-flectidos.</p>	 <p>Em decúbito ventral faz apoio nos antebraços. Em decúbito dorsal, apresenta uma postura simétrica, membros com movimentos ritmados. Na tracção pelas mãos, a cabeça fica erecta e a coluna dorsal direita. De pé flexa os joelhos e não faz apoio.</p>	<p>Em decúbito dorsal, levanta a cabeça, os membros inferiores ficam na vertical e dedos ficam flectidos. Em decúbito ventral apoia-se nas mãos fazendo força para se sentar. Mantém-se sentado sem apoio. De pé faz apoio.</p>	<p>Senta-se só, ficando nessa posição por 10 a 15 minutos. Põe-se de pé com apoio, mas não consegue baixar-se.</p> 	<p>Passa de decúbito dorsal a sentado. Tem equilíbrio sentado. Gatinha. Põe-se de pé e baixa-se, apoiando-se numa ou duas mãos.</p> 
VISÃO E MOTRICIDADE FINA	<p>Segue uma bola pendente a 20-25 cm do lado até à linha média.</p> 	<p>Mãos abertas junta-as na linha média e brinca com elas. Segura brevemente a roca e move-a em direcção à face. Segue a bola pendente na horizontal. Convergência e pestanejo de defesa.</p>	<p>Faz preensão palmar. Leva os objectos à boca. Transfere objectos. Boa convergência. Se o objecto cai esquece-o imediatamente.</p>	<p>Tem preensão e manipulação. Leva tudo à boca. Aponta com o indicador. Faz pinça. Atira os objectos ao chão deliberadamente. Procura o objecto que caiu no chão.</p>	<p>Explora com energia os objectos e atira-os para o chão sistematicamente. Procura um objecto escondido. Interesse visual para perto e longe.</p>
AUDIÇÃO E LINGUAGEM	<p>Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta ou roca ou voz a 15 cm do ouvido</p>	<p>Atende e volta-se geralmente e aos sons.</p> 	<p>Segue os sons a 45cm do ouvido. Vocaliza sons monossílabos e dissílabos. Dá gargalhadas.</p>	<p>Atenção rápida para os sons perto e longe. Localização de sons suaves a 90cm acima ou abaixo do nível do ouvido. Repete várias sílabas ou sons.</p>	<p>Resposta rápida aos sons suaves habituando-se depressa. Dá pelo nome e volta-se. Compreende ordens simples “dá cá e adeus”</p>
COMPORTAMENTO ADAPTAÇÃO SOCIAL	<p>Fixa a face da mãe quando o alimenta. Sorri às 6 semanas. Chora quando está desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer.</p> 	<p>Boa resposta social à aproximação de uma face familiar. Sorri.</p>	<p>Muito activo, atento e curioso.</p> 	<p>Leva uma bolacha à boca. Mastiga. Distingue os familiares dos estranhos</p>	<p>Bebe pelo copo com ajuda. Segura a colher mas não usa. Colabora no vestir levantando os braços. Muito dependente do adulto. Demonstra afecto.</p>

AValiação do desenvolvimento: ESCALA DE SHERIDAN – 18 MESES AOS 5 ANOS

	18MESES	2 ANOS	3 ANOS	4 ANOS	5 ANOS
POSTURA E MOTRICIDADE GLOBAL	<p>Anda bem. Apanha os brinquedos do chão.</p> 	<p>Corre. Sobe e desce o degrau com os 2 pés.</p> 	<p>Equilíbrio momentânea num pé. Sobe as escadas, alternando os pés. Desce com os 2 pés no mesmo degrau.</p>	<p>Fica num pé sem apoio 3-5 segundos. Sobe e desce as escadas alternadamente. Salta num pé.</p> 	<p>Fica num pé 3-5 segundos com os braços dobrados sobre o tórax. Salta alternadamente num pé.</p> 
VISÃO E MOTRICIDADE FINA	<p>Constrói torre de 3 cubos. Faz rabiscos mostrando preferência por uma mão. Vê um livro de bonecos voltando várias páginas de cada vez.</p>	<p>Constrói torre de 6 cubos. Imita o rabisco circular. Gosta de ver livros. Vira uma página de cada vez.</p> 	<p>Constrói torre de 9 cubos. Imita (3a) e copia (3 1/2) a ponte de 3 cubos. Copia o círculo e imita a cruz. Combina 2 cores o vermelho e o amarelo, confunde o azul e verde.</p>	<p>Constrói escadas de 6 cubos. Copia a cruz. Combina e nomeia 4 cores básicas.</p>	<p>Constrói 4 degraus com 10 cubos. Copia o quadrado e o triângulo. Conta 5 dedos de uma mão e nomeia 4 cores.</p> 
AUDIÇÃO E LINGUAGEM	<p>Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muito mais. Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, nariz e os sapatos.</p> 	<p>Diz o primeiro nome. Fala sozinho enquanto brinca, junta 2 ou mais palavras construindo frases. Linguagem incompreensível mesmo pelos familiares. Nomeia objectos.</p>	<p>Diz o nome completo e o sexo. Vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos. Defeitos de articulação e imaturidade na linguagem.</p>	<p>Sabe o nome completo, a idade, e o sexo habitualmente a morada. Linguagem compreensível. Apenas algumas substituições infantis.</p>	<p>Sabe o nome completo, a idade, a morada e habitualmente a data de nascimento. Vocabulário fluente e articulação geralmente correta – pode haver confusão nalguns sons.</p>
COMMPORTAMENTO E ADAPTAÇÃO SOCIAL	<p>Bebe pelo copo sem entornar muito levantando-o com as 2 mãos. Segura a colher e leva alimentos à boca. Não gosta que lhe peguem. Exige muita atenção. Indica necessidade de ir ao WC. Começa a copiar actividades domésticas.</p>	<p>Põe o chapéu e os sapatos. Usa bem a colher. Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar.</p>	<p>Pode despir-se, mas só se lhe desabotoarem o vestuário. Vai sozinho ao wc. Come com colher e garfo.</p>	<p>Pode vestir-se e despir-se só com excepção de abotoar atrás e dar laços. Gosta de brincar com crianças da sua idade. Sabe esperar pela sua vez.</p>	<p>Veste-se sozinho. Lava as mãos e a cara e limpa-se só. Escolhe os amigos. Compreender as regras do jogo.</p> 

Apêndice IX - Reflexão “Minimizar a Dor Neonatal...É possível! Como?”

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Minimizar a Dor Neonatal...É Possível! Como?

Era uma manhã de Inverno, em que me encontrava na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, num ambiente com luminosidade natural, em que se ouvia as vozes suaves e calmas dos profissionais e pais nos cuidados de higiene/conforto e alimentação. Estava responsável pela prestação de cuidados a um Rn de 32 semanas e sua família, e nos cuidados observei que esta bebé não tinha sonda gástrica para a sua alimentação. Depois de todos os cuidados prestados, de acordo com as exigências individuais da bebé, coloquei-a ao colo da mãe. Era necessário introduzir nova sonda gástrica porque o Rn não apresentava autonomia alimentar. Preparei todo o material para a realização do procedimento colocando-o junto a mim. Surgiram pensamentos como: Será que vou conseguir introduzir a sonda gástrica, apesar de não ter dúvidas na técnica de colocação, o meu receio era não conseguir, talvez relacionada com a pouca experiência em bebés tão pequeninos e o ambiente desconhecido e formativo. Apesar de a minha intenção não se centrar apenas na técnica, reinava uma preocupação em provocar o mínimo desconforto, dor e stresse no Rn durante este procedimento. Sabe-se que os Rns têm dor, guardam memória da dor e que a dor não tratada tem consequências imediatas e a longo prazo (DGS, 2012a). O Rn, particularmente o que está internado em cuidados intensivos, está sujeito a múltiplas e, por vezes, repetidas agressões, como estímulos visuais, auditivos, tácteis, punções, entubação endotraqueal, ventilação mecânica e aspiração de secreções. Os efeitos da dor são sempre nefastos para o Rn do ponto de vista do comportamento, metabolismo e fisiologia (Rocha et al., 2004).

Mesmo antes do procedimento tive o cuidado de o explicar à mãe obtendo o seu consentimento para a realização do mesmo e questioneei-a sobre o realizar no seu colo. Esta aceitou prontamente. Grose & Lawrence (2012) refere que a combinação da administração da sucrose e outras intervenções como a método canguru, amamentação, sucção não nutritiva com chupeta, diminuição dos estímulos ambientais pode melhorar o efeito da administração da sucrose isolada.

Antes da colocação da sonda, ofereci 0.5 ml de sucrose oral ao Rn, já no colo da mãe, recorrendo assim a medidas não farmacológicas, e após 2 minutos realizei o procedimento. A administração da sucrose é uma medida não farmacológica usada na gestão da dor neonatal antes, durante e após os procedimentos menos dolorosos como venopunção, punção arterial e capilar, entubação gástrica, entre outros.

Segundo as *Guidelines* da prática clínica da sucrose da *National Association of Neonatal Nurses*, a sucrose é administrada na parte anterior da língua do bebé e 2 minutos antes dos procedimentos. E os limites de administração da sucrose estão definidos de acordo com a idade gestacional, 0.5ml para bebés de 27-31 semanas, 1 ml para 32-36 semanas e 2 ml para mais de 37 semanas de gestação (Hatfield, Chang, Bittle, Deluca & Polomano, 2011)

Aquando da inserção da sonda gástrica o bebé ao colo da mãe tossiu, choramingou, apresentou extensão dos braços e das mãos, demonstrando evidentes sinais de desconforto. A teoria refere que uma vez detectado que o Rn está com desconforto e agitado, devemos tentar controlá-lo, utilizando as medidas ambientais, como a presença dos pais, a redução do ruído, a protecção da luz intensa e as medidas comportamentais, como a monitorização não invasiva, a posição confortável (posição flectida e uso de ninho), o suporte postural, a manipulação mínima e movimentos suaves, concentração de cuidados, a minimização das colheitas de sangue e dos procedimentos invasivos, a utilização de lanceta apropriada para a punção do calcanhar, a aspiração endotraqueal só se indicado e o uso de analgesia adequada antes de procedimentos invasivos (Rocha et al., 2004). O que influenciou a minha tomada de decisão foram a experiência, os conhecimentos técnico-científicos na técnica de inserção da sonda gástrica, os princípios deontológicos como os direitos à vida e qualidade de vida, os valores humanos, a humanização dos cuidados e o direito à informação e uma prática baseada na evidência científica

Penso que a bebé sentiu algum desconforto pelos sinais que demonstrou e a mãe atenta tentou sempre colaborar nos cuidados.

Durante este procedimento deveria ter contido melhor o Rn ao colo da mãe, parar aquando da presença de sinais de desconforto e usar uma técnica mais suave

e firme. Segundo as orientações técnicas sobre o controlo da dor nos Rns dos 0 aos 28 dias de vida da DGS de 2012, a introdução de uma sonda gástrica é um procedimento invasivo, este é definido por todos os procedimentos que envolvem agulhas, introdução de sondas em orifícios naturais ou que causam lesão real ou potencial dos tecidos. Neste procedimento é recomendado a utilização de uma técnica adequada, gel lidocaína a 1%, medidas ambientais de conforto e medidas não farmacológicas como a contenção, sucção nutritiva com sacarose ou leite materno (DGS, 2012a). *Realizo procedimentos dolorosos diariamente Rns, e embebida na azáfama diária, algumas medidas de conforto e ambientais podem passar despercebidas. E, assim com a reflexão desta experiência sinto o ganho de uma maior consciência e sensibilização relativamente à dor, desconforto e stresse dos Rns aquando sujeitos a procedimentos invasivos diariamente.*

Enriqueceu o meu conhecimento empírico, ético e pessoal que irá influenciar a minha prática na melhoria da qualidade de cuidados prestados aos Rns e famílias, nomeadamente no controlo da dor.

Esta estratégia deu mais sentido ao vivido e ao conhecido compreendendo melhor para melhor agir na minha prática futura!

Referências Bibliográficas:

Grose, S. & Lawrence, P. (2012). Sucrose/Glucose Administration in Newborns with Pain. Evidence- Based Care Sheet. *Cinhal Information Systems*.

Hatfield, L.A., Chang, K., Bittle, M., Deluca, J. & Polomano, R.C. (2011). The Analgesic Properties of Intraoral Sucrose: an integrative review. *Advances in Neonatal Nurses*, 11 (2), 83-92. Acedido em 20-12-2012. Disponível em: <http://www.nursingcenter.com/pdf.asp?AID=1149188>

Portugal. Direcção - Geral da Saúde (2012a). Orientações técnicas sobre o controlo da dor no recém-nascido (0 aos 28 dias). Lisboa, 1-11. Acedido em 20-12-12. Disponível em: <http://www.dgs.pt/>

Rocha, G., Proença, E., Fernandes, P., Matos, A. Costa, T. Carreiro, H. & Areias, A. (2004). Analgesia e Sedação. *Consensos de Neonatologia*. Sociedade Portuguesa de Neonatologia. Acedido em 20-12-12. Disponível em: http://www.lusoneonatologia.com/admin/ficheiros_projectos/201107201730-consensos_neonatologia_2004.pdf

Apêndice X – Relatório dos Cuidados para o
Desenvolvimento de um Pré-termo

Relatório dos Cuidados para o Desenvolvimento

S.	Idade Gestacional: 31 Semanas	Observação dos cuidados por: Enf. ^a Elsa e Enf. ^a Ana (Aluna da Especialidade)	
	Idade: 8 dias	Data: 09.01.2013	
	Idade corrigida: 32 semanas	Peso ao nascer: 1250 gr	Peso atual: 1142 gr

Antecedentes: O S. nasceu por cesariana no dia 01 de Janeiro, quase 9 semanas mais cedo, com 1250 gr e depois do seu irmão G. Por ser prematuro necessitou de ir para a unidade de cuidados intensivos neonatais onde se encontra a crescer. A prematuridade está presente em muitas das actividades que ele teve que iniciar com o nascimento, como a respiração. Por este fato necessitou de ajuda para manter os níveis normais de oxigénio no sangue através da ventilação não invasiva, nCPAP. Foi colocado numa incubadora para que se mantenha quente e protegido da luz, do ruído e de infecções. O seu intestino também imaturo apresentou dificuldade em digerir o leite da mãe, pelo que foi colocado um soro especial através de um tubo inserido numa veia – alimentação parentérica - que o ajuda a crescer e alimentar-se. Atualmente recebe cafeína, um estimulante da respiração que trata uma condição comum dos prematuros, chamada de apneia da prematuridade e faz um clister para defecar, pois teve dificuldades no início da sua vida.

Comentários dos pais sobre a observação: O pai referiu que ele hoje está mais calmo no canguru e que percebe o quanto ele é agitado.

Comentários do enfermeiro sobre a observação: A Enf.^a do S. referiu que este é um bebé muito exigente e que teve dificuldade em prestar cuidados sem que ele chorasse. Referiu que se acalmou com a chupeta e a contenção com as mãos do pai.

Ambiente, espaço à volta da incubadora e leito: O S. está internado na sala dos cuidados intensivos da UCIN ao lado do seu irmão e com mais seis bebés. Durante a observação a sala manteve-se muito calma e semiescura. À medida que os profissionais iniciavam os cuidados houve períodos de maior actividade e de maior ruído de alarmes e vozes provenientes da sala de vigilância. A incubadora do S.

estava parcialmente tapada, escurecendo ainda mais o seu interior, mas permitindo a sua observação. O S. estava deitado para o seu lado direito sobre um ninho forrado por uma mantinha, enrolada suavemente à sua volta. Esta posição era mantida também pelas tiras do ninho que o envolviam e por um rolinho de tecido que acompanhava a sua cabeça e apoiava as costas. Apenas podíamos ver a sua cara. Tinha um tubo na boca que serve para ser alimentado e um outro no braço esquerdo para administração da alimentação parentérica.

Sumário da observação: Antes dos cuidados o S. parecia estar a dormir profundamente, não apresentando movimentos oculares e mantendo uma respiração regular com um tom de pele acinzentado. O seu coração manteve-se estável à volta dos 150 batimentos por minuto, a respiração algo, entre 27 e 60 ciclos por minuto e a saturação muito estável pelos 96-99% ao ar ambiente. Algum tempo depois acordou a chorar vigorosamente, esticando as pernas e os braços e arqueando o corpo no ninho, desfazendo a contenção oferecida pela manta e pelas tiras do ninho, acelerando o ritmo cardíaco para 182 e a respiração para 76. A mãe, já presente na unidade apercebeu-se e com uma voz meiga tentou acalmá-lo, ajudou-o a recolher os braços e as pernas junto do corpo e a levar as mãos junto da face, enrolando-o suavemente na manta. Ele pareceu acalmar por uns instantes, voltando a agitar-se, altura em que o pai veio ajudar a conter. Finalmente acalmou-se e a mãe saiu para prestar cuidados ao irmão. Durante os cuidados de hoje, prestados pelo pai e Enf.^a que incluíram a mudança do sensor de saturação do pé, a limpeza da pele, a mudança da fralda, a mudança da manta debaixo dele por uma toalha, a pesagem e a colocação em canguru no colo do pai, o S. mostrou-se muito sensível a qualquer actividade. Manteve uma cor da pele acinzentada, por vezes muito avermelhada sobretudo quando se esticava e chorava mais vigorosamente, e por curtos períodos a coloração ficava azul à volta dos olhos e da boca. A respiração tornou-se irregular e muito rápida, o seu ritmo cardíaco disparou para cima de 190 ciclos por minuto várias vezes e quando chorava vigorosamente esbracejando e contrariando a contenção que a Enf.^a e o pai tentavam manter. A Enf.^a manteve o S. de lado, tentou diversas vezes conter os braços e as pernas com a manta, a toalha, as suas mãos e as do pai. Esta parou por várias vezes os cuidados aguardando que ele se acalmasse. O S. parecia acalmar-se quando os cuidados eram suspensos, com as mãos do pai, uma sobre a cabeça e outra aconchegando os pés, sola com sola e as pernas flectidas junto do abdómen. Durante os cuidados a Enf.^a ofereceu-lhe leite materno e a

chupeta, altura em que ele sugou vigorosamente na chupeta parecendo ter fome e acalmando-se mais eficazmente e olhando à volta parecendo querer observar o ambiente, por um curto período. Para finalizar os cuidados a Enf.^a colocou o S. no canguru do pai em contenção. O S. observava o ambiente, tentou encontrar uma posição de conforto no colo, mexendo a cabeça para um lado e para o outro e os braços, parecendo também querer sugar. A Enf.^a ofereceu-lhe a chupeta mas o S. preferiu a sua mão e depois ofereceu-lhe um cotonete embebido em leite materno que o S. sugou por breves momentos, enquanto lhe ofereceu o leite através da sonda por declive. Depois dos cuidados o S. acalmou, ficando rosado por breves momentos e mantendo um olhar brilhante durante um longo período, apresentando aqui e ali alguns sons vocais. Finalmente descansou com a cabeça para a sua direita, enrolou-se, colocou o braço a proteger a cabeça e pareceu adormecer com a cara afundada na camisola do pai. Parecia querer proteger-se do ruído e de toda a actividade que se fazia sentir nessa altura. O ritmo cardíaco estabilizou à volta dos 150 batimentos por minuto, a respiração ainda irregular nos 70-90 ciclos por minuto e a saturação acima de 98%.

Objetivos:

Baseado na observação de hoje parece que o S. está a tentar atingir os seguintes patamares.

1. Manter o ritmo cardíaco estável durante os cuidados, uma cor mais rosada e a respiração mais regular.
2. Maior controlo dos movimentos durante os cuidados

Pais:

1. Continuar a facilitar a integração dos pais na UCIN e nos cuidados.
2. Continuar a facilitar a proximidade entre os pais e o Santiago já que parece acalmar-se muito no Canguru.

Recomendação para os cuidados:

Ambiente:

- Manter o ambiente da unidade escurecido, com luz natural e suave.
- Proteger a incubadora parcialmente, escurecendo o ambiente dentro mas permitindo

a vigilância do S, dos equipamentos e tubos.

- Manter o ambiente calmo e sem ruído já que muitas vezes pareceu desorganizar-se com os picos de ruído que surgiram durante os cuidados.

Prestação de cuidados

- Sempre que possível prestar os cuidados de acordo com os ciclos de sono e vigília. Quando estiver a dormir tentar não perturbar para executar qualquer procedimento que não seja emergente. Caso o bebé esteja muito agitado, primeiro deve ser acalmado e posteriormente iniciados os cuidados.

- Manter o Santiago numa incubadora onde possa ser pesado diminuindo actividades desorganizadoras como o levantar e o transportar para fora e para dentro da incubadora.

- Considerar ter duas pessoas disponíveis para os cuidados já que o Santiago necessita de apoio extra para manter os braços e pernas junto do corpo e a chupeta na boca. Ele ficou mais calmo sempre que os cuidados de ambos os prestadores (pais e Enf.^a).

- Quando os pais estiverem presentes envolvê-los nos cuidados. Caso não seja possível usar as mantas, rolos e ninho ou *Frog* para gentilmente aconchegar e apoiar o S.

- Manter o ninho, o rolo de apoio aos segmentos corporais e mantinha debaixo dele para que possa ser usada na contenção durante os cuidados ajudando o S. a manter uma posição fletida para que leve as mãos à face e à boca, actividade que parece acalmá-lo.

- Evitar mudanças de posição extremas sem contenção efetiva como durante a elevação para a pesagem, pois o S. parece desorganizar-se muito. Rolar em vez de levantar.

- Continuar a prestar cuidados no leito.

- Continuar a prestar cuidados de forma gentil, falando com o S., acalmado-o ao mínimo sinal de desconforto (aumento da frequência cardíaca), suspendendo os cuidados evitando comportamentos evidentes de desconforto e recusa com movimentos demasiado amplos e bruscos dos braços e pernas e choro intenso, altura em que foi extremamente difícil reorganizar-se.

- Continuar a falar com o bebé em alerta tranquilo. O S. mostra alguma regulação no estado de alerta tranquilo, já que se manteve atento ao ambiente durante um grande período de tempo.

- Continuar a oferecer a chupeta com umas gotinhas de leite materno ou o cotonete embebido em leite materno. O S. acalma-se com a chupeta e permite também que ele obtenha experiências odoríferas e gustativas positivas.
- Após os cuidados manter a vigilância de forma a despistar sinais de desconforto assegurando-se que o S. adormece tranquilamente.

Alimentação

- A alimentação deve ser dada ao colo dos pais, sempre que possível e que o S. esteja acordado, ou senão manter contacto físico na incubadora colocando uma mão sobre ele.
- Continuar a oferecer a chupeta e/ou cotonete com leite materno como forma de desenvolver a sucção não nutritiva. - Ponderar colocar o bebé à mama. Avaliar se é necessário esvaziar a mama previamente.

Pais

- Continuar a esperar pelos pais para a prestação de cuidados.
- Continuar a introdução de estímulos conhecidos:

1. Olfactório com a mantinha com o cheiro dos pais ou leite materno (evitar cheiros intensos, do desinfetante das mãos ou outros, perfumes ou outros cosméticos que mascarem o cheiro do corpo dos pais e do leite materno). **2. Gustativo**, leite materno na boca com cotonete ou chupeta. **3. Audição**, voz dos pais num tom suave e afectuoso **4. Táctil**, pousar das mãos e o colo, logo que possível

Resumo

O S. é um bebé muito sensível e difícil de reorganizar-se pelo que devem diminuir-se actividades demasiado exigentes como a limpeza da pele e as mudanças de posição. Estar atento ao mínimo sinal de instabilidade e tentar, logo que possível ajudar o S. a reorganizar-se levando as mãos junto à face e da boca para se consolar, e ajudando-o colocando os pés juntos sola com sola e as pernas flectidas junto do abdómen. O S. gosta muito do Canguru pelo que os pais devem ser incentivados a fazê-lo diariamente.

Data:

Assinatura:

Apêndice XI – Questionário “ Intervenções Promotoras do
Desenvolvimento Infantil: Perspectivas dos Enfermeiros
de um Serviço de Neonatologia”



Questionário

**INTERVENÇÕES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO
INFANTIL:
PERSPETIVAS DOS ENFERMEIROS
DE UM SERVIÇO DE NEONATOLOGIA**

Janeiro /Fevereiro

2013

Antes de responder ao questionário, por favor, LEIA as seguintes instruções de preenchimento.

Neste questionário pretende-se que reflecta sobre a prática relacionada com a promoção do desenvolvimento infantil na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais.

RECORDE QUE:

Para Coughlin, Gibbins e Hoath (2009), a prática dos Cuidados para o Desenvolvimento pode variar entre as unidades mas o objetivo é fornecer um ambiente de cuidados estruturados que apoia, incentiva e orienta o desenvolvimento do recém-nascido (Rn) prematuro e/ou doente. Esta prática reconhece as vulnerabilidades físicas, psicológicas e emocionais dos RNs pré-termos e/ou doentes e suas famílias focando-se na minimização de complicações reais e potenciais, a curto e a longo prazo, associadas à hospitalização (Coughlin, Gibbins & Hoath, 2009).

Os Cuidados para o Desenvolvimento englobam uma filosofia de cuidar que exige um repensar de todas as formas de relacionamento entre bebés, famílias e cuidadores no ambiente da UCIN, incluindo diversas atividades para adequar o ambiente e individualizar o cuidar do bebé pela sua família e pela equipa, com base nas observações comportamentais (Silva, 2005). O objetivo é promover a maior estabilização, organização e competência possível do bebé, ajudando-o na conservação de energia para crescer e se desenvolver (Silva, 2005).

Os Cuidados para o Desenvolvimento podem basear-se em cinco conjuntos de medidas principais baseadas na evidência, como a proteção do sono, a avaliação e gestão da dor e do stresse, o suporte desenvolvimental nas atividades de vida diárias (posicionamento, integridade cutânea e alimentação oral), o cuidado centrado na família e o ambiente de cura/reparador, "*healing environment*" (Coughlin, Gibbins & Hoath, 2009).

LEMBRE-SE QUE NÃO EXISTEM RESPOSTAS CORRETAS OU INCORRETAS, SENDO FUNDAMENTAL RESPONDER DE ACORDO COM A SUA OPINIÃO.

--

(Assinale com uma crux (X) a resposta adequada à sua situação)

1. Sexo

2. Masculino	
3. Feminino	

2. Idade: _____ anos

3. Formação Profissional:

Bacharelato	
Bacharelato + Complemento	
Licenciatura	
Especialidade	
Mestrado	
Doutoramento	

3.1. Se indicou que sim na Especialidade, diga qual

4. Anos de experiência profissional na Enfermagem: _____ anos

Anos de Serviço na actual instituição: _____ anos

Anos de Serviço na Neonatologia: _____ anos

5. Tem filhos? Não Sim Se sim, quantos? _____

6. Já passou pela experiência de acompanhar o seu filho/familiar numa

Unidade de Neonatologia? Não Sim



Proteção do Sono	Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Na maioria das vezes	Sempre
1. Todos os cuidados não emergentes são realizados durante o estágio de alerta do Rn.	1	2	3	4	5
2. Os ciclos de sono-vigília são avaliados e registados.	1	2	3	4	5
3. Os cuidados são planeados de acordo com os ciclos de sono-vigília.	1	2	3	4	5
4. As estratégias para a proteção do sono (aconchegar, embalar, banho enfaixado, método canguru) são integradas no plano de cuidados e de acordo com os estádios de sono-vigília.	1	2	3	4	5
5. A luminosidade é mantida em níveis adequados.	1	2	3	4	5
6. O ruído é mantido em níveis adequados.	1	2	3	4	5
7. Para promover o sono nocturno são implementados ciclos de luminosidade.	1	2	3	4	5
8. Os ensinamentos à família são realizados e registados.	1	2	3	4	5
9. As actividades inerentes à parentalidade são de acordo com os ciclos de sono-vigília.	1	2	3	4	5
10. Antes da alta, criança é colocada em decúbito dorsal e membros inferiores em flexão fisiológica para dormir (Prevenção do Síndrome de Morte Súbita).	1	2	3	4	5
Gestão da dor e do stresse					
11. A dor/stresse é avaliada no mínimo de 4/4 horas	1	2	3	4	5
12. A dor /stresse é avaliada durante os procedimentos e os cuidados.	1	2	3	4	5
13. É utilizado um instrumento de avaliação de dor validado.	1	2	3	4	5
14. As medidas farmacológicas são usadas antes dos procedimentos dolorosos, quando indicado.	1	2	3	4	5

15. As medidas não farmacológicas são usadas antes dos procedimentos dolorosos.	1	2	3	4	5
16. As reacções à dor/stresse e às intervenções são registadas.	1	2	3	4	5
17. Os ensinamentos aos pais sobre os sinais de dor/stresse são realizados.	1	2	3	4	5
18. A família é encorajada a oferecer medidas de conforto.	1	2	3	4	5
Suporte desenvolvimental nas atividades de vida diárias					
19. A criança é posicionada em flexão, contida e alinhada durante as intervenções e cuidados.	1	2	3	4	5
20. O posicionamento em cada interação com a criança é avaliado e/ou alterado	1	2	3	4	5
21. Antes da alta, os equipamentos de suporte ao posicionamento (ninhos, rolos, almofadas) são retirados gradualmente.	1	2	3	4	5
22. É oferecida a sucção não nutritiva na alimentação, quando indicado.	1	2	3	4	5
23. As competências individuais são avaliadas e registadas para iniciar e prosseguir a alimentação oral.	1	2	3	4	5
24. Promove-se o aleitamento materno, apoiando a decisão da família.	1	2	3	4	5
25. O banho total não é dado com intervalo menor de 72 horas.	1	2	3	4	5
26. A integridade do sistema tegumentar é avaliada e registada através de uma escala (Braden Q ou similar), quando indicado.	1	2	3	4	5
27. A superfície da pele é protegida durante a aplicação, utilização e remoção de adesivos.	1	2	3	4	5
Cuidados Centrados na Família					
28. À família é oferecida a oportunidade de estar presente e / ou participar nas decisões em equipa.	1	2	3	4	5
29. A família tem a oportunidade de estar presente durante os procedimentos invasivos.	1	2	3	4	5

30. A família é suportada no método canguru, no pegar ao colo, alimentar, vestir, dar banho, mudar a fralda, cantar e noutras formas de interacção com o filho.	1	2	3	4	5
31. A família é encaminhada para o apoio de um técnico de saúde mental / Psicólogo, quando necessário.	1	2	3	4	5
32. A família é encorajada na relação/ cuidados prestados ao seu filho e estes dados são registados.	1	2	3	4	5
33. As famílias são convidadas a participar nos grupos de apoio aos pais.	1	2	3	4	5
34. Os ensinamentos são realizados de acordo com a sensibilidade cultural de cada família.	1	2	3	4	5
35. A família é encaminhada para suporte social, sempre que necessário.	1	2	3	4	5
Ambiente de cura/reparador “healing environment”					
36. É promovida a privacidade luminosa e auditiva para cada criança.	1	2	3	4	5
37. A situação de saúde da criança é partilhada com os pais, de acordo com as suas necessidades.	1	2	3	4	5
38. Existe uma equipa de cuidados multidisciplinar caracterizada por trabalho de grupo, respeito e afectividade.	1	2	3	4	5
39. A colaboração do médico/enfermeiro é definida, praticada e reforçada diariamente.	1	2	3	4	5

--

	Mudança não é necessária				Mudança é muito necessária
1. Proteção do Sono	1	2	3	4	5
2. Gestão da dor e do stresse	1	2	3	4	5
3. Suporte desenvolvimental nas atividades de vida diárias	1	2	3	4	5
4. Cuidados Centrados na Família	1	2	3	4	5
5. Ambiente de cura /reparador “healing environment”	1	2	3	4	5

Muito obrigada por responder a este questionário. A sua colaboração foi muito importante. Por favor, coloque o questionário no envelope, feche-o, e entregue-o à enfermeira.

Traduzido e Adaptado de Coughlin, M., Gibbins, S., & Hoath, S. (2009, Abril 17 de Abril). Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 2239-2248

Apêndice XII – Plano de Sessão de Formação
“Intervenções Promotoras do Desenvolvimento Infantil”

Tema: Intervenções Promotoras do Desenvolvimento Infantil na Neonatologia		
Formadora	Ana Sousa	Local: Serviço de Pediatria/Neonatologia
		Data: Semana de 11.02 a 15.02.13
		Duração prevista da sessão: 60 minutos
Destinatários: Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais		
<ul style="list-style-type: none"> ● Objectivos Gerais: Elucidar a equipa de enfermagem sobre a temática dos Cuidados para o Desenvolvimento. ● Dar a conhecer os resultados do trabalho de Investigação “Intervenções Promotoras do Desenvolvimento Infantil: Perspectivas dos Enfermeiros de um Serviço de Neonatologia” 		
Específicos: <ul style="list-style-type: none"> - Definir os Cuidados para o Desenvolvimento. - Clarificar os conceitos inerentes a esta temática - Refletir sobre as vantagens desta filosofia de cuidados - Discutir os resultados obtidos do questionário - Delinear estratégias de melhoria. 		
Conteúdos	Meios e Métodos Auxiliares de Exposição	Tempo
Definição dos Cuidados para o Desenvolvimento	Método Expositivo com participação e Meios audiovisuais (Computador e Datashow)	10´
Definição de Programa de Avaliação Individualizado e Centrado no Desenvolvimento (NIDCAP)	Método Expositivo	5´
Identificação das vantagens desta filosofia do cuidar		10´
Discussão dos resultados do questionário	Método Expositivo Discussão em grupo	25
Identificação conjunta de estratégias de melhoria		
Partilha de experiências, comentários e sugestões		5´
Avaliação da Sessão:	Questionário	5´

Apêndice XIII – Sessão de Formação “Intervenções
Promotoras do Desenvolvimento Infantil na Neonatologia”

Intervenções Promotoras do Desenvolvimento Infantil na Neonatologia



Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais
do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio

Ana Sousa
2013

Objetivos

Objetivo Geral

- Elucidar a equipa de enfermagem sobre a temática Cuidado para o Desenvolvimento.
- Dar a conhecer os resultados do Questionário "Intervenções Promotoras do Desenvolvimento Infantil: Perspectivas dos Enfermeiros de um Serviço de Neonatologia"

Objetivos Específicos

- Definir Cuidados para o Desenvolvimento
- Clarificar conceitos inerentes a esta temática
- Demonstrar vantagens desta filosofia de cuidar
- Demonstrar os resultados obtidos
- Delinear estratégias de melhoria

Cuidados para o Desenvolvimento

- A prática dos cuidados para o desenvolvimento pode variar entre as unidades (Coughlin et al., 2008).
- O **objetivo** é fornecer um ambiente de cuidados estruturados que **apoia, incentiva e orienta o desenvolvimento** do Rn prematuro e/ou doente (Coughlin et al., 2008).
- Esta **prática** reconhece as **vulnerabilidades** físicas, psicológicas e emocionais **das crianças e suas famílias** focando-se na **minimização de complicações** reais e potenciais a curto e a longo prazo, associadas à **hospitalização** (Coughlin et al., 2008).



Cuidados para o Desenvolvimento

"O cuidado é liderado pelo que os bebés dizem"
Inge Warren (2010)



o cuidado de suporte ao desenvolvimento é um termo amplo aplicada às práticas médicas e de enfermagem, aos elementos físicos e ambientais e às filosofias de envolvimento da família, que podem ter um impacto favorável no desenvolvimento neurológico do recém-nascido prematuro (Liu et al., 2007).



Ala & Gillkerson (1997, p.189), OS cuidados relativos ao desenvolvimento têm por objectivo assegurar que o bebé seja considerado como um "ser individual na unidade de cuidados neonatais, e como colaborador competente na prestação dos seus próprios cuidados".



Cuidados para o Desenvolvimento



Cuidados para o Desenvolvimento

- Para Couglin et al. (2009), estes cuidados baseiam-se em cinco conjuntos de medidas principais baseadas na evidência.

PROTEÇÃO DO SONO

AVALIAÇÃO E GESTÃO DA DOR/STRESSE

Suporte desenvolvimental das Atividades de vida diárias

CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA

Ambiente de cura/reparador

NIDCAP – Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento

- Impacto negativo do ambiente das unidades nos Rns pré-termo.
- Engloba todos os procedimentos de cuidar bem como os aspetos sociais envolvidos (Santos, 2011).

Als e a sua equipa de colaboradores no início dos anos 80

- Sistema **autónomo**,
- motor**,
- alerta**,
- atenção/interacção**
- o de **auto-regulação** (Als, 1982).

Teoria sincrono-ativa

- Uma abordagem comportamental individualizada baseada na informação que o comportamento do Rn fornece, formulando um plano de cuidados que melhora e fortalece as forças do Rn e que o suporta em situações de sensibilidade e vulnerabilidade.

Als (2009)

ACTA PEDIATRICA
PEDIATRICS - DEVELOPMENT

REGULAR ARTICLE

Developmental care in the UK: a developing initiative

K S C Henderson (karen.henderson@nps.org.uk), W E Redshaw
National Neonatal Development Unit, University of Cardiff, Cardiff, UK

Journal of Nursing (2007) 27, 103-108
© 2007 Year Publishing Group, 0145-1007, 10.1016/j.nurs.2007.03.001

ORIGINAL ARTICLE

Family-centered developmental supportive care: a holistic and humane approach to reduce stress and pain in neonates

M Couglin,¹ J Stone² and H Lapierre³
¹Neonatal Unit, Saint Justine's Children's Hospital, Montreal, Quebec, Canada

JAN
JOURNAL OF ADVANCED NURSING

DISCUSSION PAPER

Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, prevalence and practice

Mary Couglin, Sherry Gibson & Steven Hueston

Effects of the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) at Age 8 Years: Preliminary Data

Gloria B. McAnulty, PhD,¹ Samantha C. Butler, PhD,¹ Jane H. Bernstein, PhD,² Heidelise Als, PhD,² Frank H. Duffy, MD,² and David Zurawski, PhD³

Child Welfare
0883-1206/07
© The Author(s) 2006
Reprints and permission: <http://www.interscience.wiley.com/jpages/0883-1206>
DOI: 10.1111/j.1365-2214.2006.01548.x
<http://www.blackwell-synergy.com>
SAGE

Vantagens

- Num estudo de McNulty et al. (2010) sobre os efeitos do NIDCAP aos 8 anos de idade, a nível do desempenho neuropsicológico e neuroelectrofisiológico. Os resultados suportam a conclusão de que a intervenção NIDCAP tem efeitos duradouros em idade escolar.
- O NIDCAP têm demonstrado reduzir os comportamentos de dor e stresse, as resposta fisiológicas ao stress e diminuir o uso de sedativos e opióides. Além disso, tem efeitos positivos sobre a morbilidade pulmonar, as lesões cerebrais e nos custos hospitalares. A longo prazo, o programa também parece melhorar o resultado cognitivo e comportamental em criança com muito baixo peso à nascença (Westrup, Sizun & Lagécrant, 2007).
- Silva (2006) refere numa revisão do grupo *Cochrane* alguns benefícios para o pré-termo com a utilização dos cuidados individualizados e de suporte ao desenvolvimento, em termos de crescimento a curto prazo, diminuição do suporte ventilatório, diminuição do tempo e do custo de hospitalização e a melhoria nos resultados do neurodesenvolvimento com 24 meses de idade corrigida.

Vantagens



Intervenções Promotoras do Desenvolvimento Infantil: Perspetivas dos Enfermeiros de um Serviço de Neonatologia

Trabalho de investigação natureza exploratório-descritivo

A população é constituída por 19 elementos que integram a equipa de enfermagem

Garantida a confidencialidade dos dados obtidos, clarificado o objectivo e enquadramento do estudo e a participação voluntária dos participantes de forma escrita.

Os dados foram sujeitos a tratamento estatístico descritivo com recurso ao programa SPSS versão 20.

O instrumento de colheita de dados é um questionário elaborado de uma tradução e adaptação de "Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice"²¹.

O período de aplicação do questionário decorreu de 24 de Janeiro a 1 Fevereiro de 2013.

PROTEÇÃO DO SONO



Todos os cuidados não emergentes são realizados durante o estágio de alerta do RN

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	algumas vezes	7	36,8	36,8	36,8
	na maioria das vezes	10	52,6	52,6	89,5
	sempre	2	10,5	10,5	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Os ciclos de sono-vigília são avaliados e registados

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	4	21,1	21,1	21,1
	raramente	3	15,8	15,8	36,8
	algumas vezes	7	36,8	36,8	73,7
	na maioria das vezes	3	15,8	15,8	89,5
	sempre	2	10,5	10,5	100,0
Total	19	100,0	100,0		

Os cuidados são planeados de acordo com os ciclos de sono-vigília

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	raramente	5	26,3	26,3	26,3
	algumas vezes	2	10,5	10,5	36,8
	na maioria das vezes	12	63,2	63,2	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

As estratégias para proteção do sono (aconchejar, embalar, banho enfaixado, método canguru) são integradas no plano de cuidados e de acordo com os estádios de sono-vigília

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	raramente	3	15,8	15,8	15,8
	algumas vezes	9	47,4	47,4	63,2
	na maioria das vezes	7	36,8	36,8	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

A luminosidade é mantida em níveis adequados

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	raramente	2	10,5	10,5	10,5
	algumas vezes	7	36,8	36,8	47,4
	na maioria das vezes	6	42,1	42,1	89,5
	sempre	2	10,5	10,5	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

O ruído é mantido em níveis adequados

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	raramente	4	21,1	21,1	21,1
	algumas vezes	9	47,4	47,4	68,4
	na maioria das vezes	5	26,3	26,3	94,7
	sempre	1	5,3	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Para promover o sono noturno são implementados ciclos de luminosidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	1	5,3	5,3	5,3
	algumas vezes	6	31,6	31,6	36,8
	na maioria das vezes	7	36,8	36,8	73,7
	sempre	5	26,3	26,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Os ensinamentos à família são realizados e registados

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	1	5,3	5,3	5,3
	algumas vezes	1	5,3	5,3	10,5
	na maioria das vezes	11	57,9	57,9	68,4
	sempre	6	31,6	31,6	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

As atividades inerentes à parentalidade são de acordo com os ciclos de sono-vigília

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	raramente	1	5,3	5,3	5,3
	algumas vezes	8	42,1	42,1	47,4
	na maioria das vezes	10	52,6	52,6	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Antes da alta, a criança é colocada em decúbito dorsal e os membros inferiores em flexão fisiológica para dormir (Prevenção do Síndrome de Morte Súbita)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	nunca	2	10,5	10,5	10,5
	raramente	2	10,5	10,5	21,1
	algumas vezes	2	10,5	10,5	31,6
	na maioria das vezes	10	52,6	52,6	84,2
	sempre	3	15,8	15,8	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

AVALIAÇÃO E GESTÃO DA DOR/STRESSE



A dor/stresse é avaliada no mínimo de 4/4horas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	raramente	9	47,4	47,4
	algumas vezes	10	52,8	100,0
	Total	19	100,0	100,0

A dor/stresse é avaliada durante os procedimentos e os cuidados

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative e Percent
Valid	nunca	2	10,5	10,5
	raramente	9	47,4	57,9
	algumas vezes	5	26,3	84,2
	na maioria das vezes	2	10,5	94,7
	sempre	1	5,3	100,0
Total	19	100,0	100,0	

É utilizado um instrumento de avaliação da dor validado.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	algumas vezes	3	15,8	15,8
	na maioria das vezes	3	15,8	31,6
	sempre	13	68,4	100,0
	Total	19	100,0	100,0

As medidas farmacológicas são usadas antes dos procedimentos dolorosos, quando indicado

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	1	5,3	5,3
	raramente	5	26,3	31,6
	algumas vezes	4	21,1	52,8
	na maioria das vezes	7	36,8	89,5
	sempre	2	10,5	100,0
	Total	19	100,0	100,0

As medidas não farmacológicas são usadas antes dos procedimentos dolorosos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	raramente	4	21,1	21,1
	algumas vezes	7	36,8	57,9
	na maioria das vezes	7	36,8	94,7
	sempre	1	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0

As reações à dor/stresse e às intervenções são registadas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	1	5,3	5,3
	raramente	11	57,9	63,2
	algumas vezes	2	10,5	73,7
	na maioria das vezes	5	26,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0

Os ensinios aos pais sobre os sinais de dor/stresse são realizados.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	raramente	3	15,8	15,8
	algumas vezes	10	52,8	68,4
	na maioria das vezes	5	26,3	94,7
	sempre	1	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0

A família é encorajada a oferecer medidas de conforto

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	raramente	1	5,3	5,3
	algumas vezes	5	26,3	31,6
	na maioria das vezes	8	42,1	73,7
	sempre	7	36,8	100,0
	Total	19	100,0	100,0

Suporte desenvolvimental das Atividades de vida diárias



A criança é posicionada em flexão, contida e alinhada durante as intervenções e cuidados				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	raramente	2	10,5	10,5
	algumas vezes	9	47,4	57,9
	na maioria das vezes	8	42,1	100,0
	Total	19	100,0	100,0

O posicionamento em cada interação com a criança é avaliado e/ou alterado				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	2	10,5	10,5
	raramente	5	26,3	36,8
	algumas vezes	5	26,3	63,2
	na maioria das vezes	6	31,6	94,7
	sempre	1	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0

Antes da alta, os equipamentos de suporte ao posicionamento (ninhos, rolos, almofadas) são retirados gradualmente.				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	2	10,5	10,5
	raramente	3	15,8	26,3
	algumas vezes	5	26,3	52,6
	na maioria das vezes	8	42,1	94,7
	sempre	1	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0

É oferecida a sucção não nutritiva na alimentação, quando indicado				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	raramente	1	5,3	5,3
	algumas vezes	4	21,1	26,3
	na maioria das vezes	7	36,8	63,2
	sempre	7	36,8	100,0
	Total	19	100,0	100,0

As competências individuais são avaliadas e registadas para iniciar e prosseguir a alimentação oral.				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	1	5,3	5,3
	raramente	1	5,3	10,5
	algumas vezes	7	36,8	47,4
	na maioria das vezes	10	52,6	100,0
	Total	19	100,0	100,0

Promove-se o aleitamento materno, apoiando a decisão da família.				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	algumas vezes	1	5,3	5,3
	na maioria das vezes	7	36,8	52,6
	sempre	11	57,9	100,0
	Total	19	100,0	100,0

O banho total não é dado com o intervalo menor de 72 horas.				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	10	52,6	52,6
	raramente	6	31,6	84,2
	algumas vezes	2	10,5	94,7
	na maioria das vezes	1	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0

A integridade do sistema tegumentar é avaliada e registada através de uma escala (Braden Q ou similar), quando indicado				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	7	36,8	36,8
	raramente	1	5,3	42,1
	algumas vezes	5	26,3	68,4
	na maioria das vezes	3	15,8	84,2
	sempre	3	15,8	100,0
	Total	19	100,0	100,0

A superfície da pele é protegida durante a aplicação, utilização e remoção de adesivos.				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulati ve Percent
Valid	nunca	1	5,3	5,3
	raramente	2	10,5	15,8
	algumas vezes	8	42,1	57,9
	na maioria das vezes	7	36,8	94,7
	sempre	1	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0

CUIDADO CENTRADO NA FAMÍLIA



A família é oferecida a oportunidade de estar presente e/ou participar nas decisões em equipa					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	raramente	6	31,6	31,6	31,6
	algumas vezes	8	42,1	42,1	73,7
	na maioria das vezes	1	5,3	5,3	78,9
	sempre	4	21,1	21,1	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

A família tem oportunidade de estar durante os procedimentos invasivos					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	1	5,3	5,3	5,3
	algumas vezes	6	31,6	31,6	36,8
	na maioria das vezes	6	31,6	31,6	68,4
	sempre	6	31,6	31,6	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

A família é suportada no método canguru, no pegar ao colo, alimentar, vestir, dar banho, mudar a fralda, cantar e noutras formas de interação como o filho					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	raramente	1	5,3	5,3	5,3
	algumas vezes	2	10,5	10,5	15,8
	na maioria das vezes	6	31,6	31,6	47,4
	sempre	10	52,6	52,6	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

A família é encaminhada para o apoio de um técnico de saúde mental/psicólogo, quando necessário.					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	3	15,8	15,8	15,8
	raramente	1	5,3	5,3	21,1
	algumas vezes	6	42,1	42,1	63,2
	na maioria das vezes	3	15,8	15,8	78,9
	sempre	4	21,1	21,1	100,0
Total	19	100,0	100,0		

A família é encorajada na relação/cuidados prestados ao seu filho e estes dados são registados.					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	1	5,3	5,3	5,3
	raramente	1	5,3	5,3	10,5
	algumas vezes	2	10,5	10,5	21,1
	na maioria das vezes	12	63,2	63,2	84,2
	sempre	3	15,8	15,8	100,0
Total	19	100,0	100,0		

As famílias são convidadas a participar nos grupos de apoio aos pais					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	10	52,6	52,6	52,6
	raramente	4	21,1	21,1	73,7
	algumas vezes	4	21,1	21,1	94,7
	na maioria das vezes	1	5,3	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Os ensinamentos são realizados de acordo com a sensibilidade cultural de cada família					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	1	5,3	5,3	5,3
	raramente	1	5,3	5,3	10,5
	algumas vezes	6	31,6	31,6	42,1
	na maioria das vezes	8	42,1	42,1	84,2
	sempre	3	15,8	15,8	100,0
Total	19	100,0	100,0		

A família é encaminhada para suporte social, sempre que necessário.					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	raramente	2	10,5	10,5	10,5
	algumas vezes	2	10,5	10,5	21,1
	na maioria das vezes	5	26,3	26,3	47,4
	sempre	10	52,6	52,6	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Ambiente de cura /reparador



É promovida a privacidade luminosa e auditiva para cada criança					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	3	15,8	15,8	15,8
	raramente	2	10,5	10,5	26,3
	algumas vezes	6	42,1	42,1	68,4
	na maioria das vezes	6	31,6	31,6	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

A situação de saúde da criança é partilhada com os pais, de acordo com as suas necessidades					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	raramente	1	5,3	5,3	5,3
	algumas vezes	9	47,4	47,4	52,6
	na maioria das vezes	9	47,4	47,4	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Existe uma equipa de cuidados multidisciplinar caracterizada por trabalho de grupo, respeito e afetividade					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	3	15,8	15,8	15,8
	raramente	7	36,8	36,8	52,6
	algumas vezes	6	31,6	31,6	84,2
	na maioria das vezes	2	10,5	10,5	94,7
	sempre	1	5,3	5,3	100,0
Total	19	100,0	100,0		

A colaboração do médico/enfermeiro é definida, praticada e reforçada diariamente.					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nunca	2	10,5	10,5	10,5
	raramente	10	52,6	52,6	63,2
	algumas vezes	6	31,6	31,6	94,7
	na maioria das vezes	1	5,3	5,3	100,0
	Total	19	100,0	100,0	

Proteção do Sono					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Mudança não é necessária	2	10,5	10,5	10,5
	mudança é pouco necessária	2	10,5	10,5	21,1
	mudança talvez necessária	3	15,8	15,8	36,8
	mudança é necessária	7	36,8	36,8	73,7
	mudança é muito necessária	5	26,3	26,3	100,0
Total		19	100,0	100,0	

Gestão da dor e stresse					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	mudança é pouco necessária	2	10,5	10,5	10,5
	mudança talvez necessária	4	21,1	21,1	31,6
	mudança é necessária	3	15,8	15,8	47,4
	mudança é muito necessária	10	52,6	52,6	100,0
	Total		19	100,0	100,0

Suporte desenvolvimental nas atividades diárias					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	mudança é pouco necessária	1	5,3	5,3	5,3
	mudança talvez necessária	3	15,8	15,8	21,1
	mudança é necessária	12	63,2	63,2	84,2
	mudança é muito necessária	3	15,8	15,8	100,0
	Total		19	100,0	100,0

Cuidados centrados na família					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	mudança é pouco necessária	4	21,1	21,1	21,1
	mudança talvez necessária	6	31,6	31,6	52,6
	mudança é necessária	8	42,1	42,1	94,7
	mudança é muito necessária	1	5,3	5,3	100,0
	Total		19	100,0	100,0

Ambiente de cura/reparador					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	mudança é pouco necessária	1	5,3	5,3	5,3
	mudança é talvez necessária	3	15,8	15,8	21,1
	mudança é necessária	3	15,8	15,8	36,8
	mudança é muito necessária	12	63,2	63,2	100,0
	Total		19	100,0	100,0

Estratégias de Melhoria



- Formação de um grupo de trabalho com 8 elementos

Criação de um email chbapedneo@gmail.com
Troca de informação – evidência científica

Dossier no serviço com informação

Momentos de reflexão semestrais





*Grande Mudança é passar de
cuidar depara cuidar
com...fornecendo a
intervenção mais apropriada
e individualizada para cada
Rn/criança/ e seus
Pais!/Família !!!*

Apêndice XIV – Projeto de Melhoria Contínua de
Qualidade nos Cuidados para o Desenvolvimento.



Cuidados para o Desenvolvimento

Descrição do Projeto

“O tempo da criança não volta atrás. É o que se pode fazer em certo momento que fica e que vai servir de alicerce para o futuro”.

Teresa Goldsmith (2002)

por

[Enfermeira Ana Sousa]
Curso de Mestrado na Área de
Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

2013

Índice

<u>ENQUADRAMENTO</u>	<u>2</u>
<u>OBJETIVOS DO PROGRAMA</u>	<u>5</u>
<u>IMPLEMENTAÇÃO E CALENDARIZAÇÃO DO PROGRAMA</u>	<u>5</u>
<u>RECURSOS</u>	<u>6</u>
<u>APÊNDICES</u>	<u>7</u>
APÊNDICE I- INTERVENÇÕES PROMOTORAS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: PERSPETIVAS DOS ENFERMEIROS DE UM SERVIÇO DE NEONATOLOGIA	<u>7</u>

1. ENQUADRAMENTO

A Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem confronta-se com difíceis desafios resultantes da situação atual das crianças em Portugal. Face aos avanços da investigação médica e tecnológica, existe um elevado número de crianças com deficiência ou risco de atraso de desenvolvimento, necessitando de reforço de intervenção precoce (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

A promoção de saúde adquiriu gradualmente relevância por parte dos profissionais de saúde. Resulta da sua identificação enquanto foco de atenção dos profissionais de saúde, destacada nas conferências internacionais de Otawa (1986), Adelaide (1988) Sunsdalle (1991), Bogotá (1992) e Jacarta (1997) mas também, no plano nacional, enquanto área de investimento (Ordem dos Enfermeiros, 2010a). Referenciada pela Organização Mundial de Saúde e a Ordem dos Enfermeiros, como uma área de investimento, a promoção de saúde tem particular relevo na saúde infantil (Loureiro, 2012).



Um dos focos de intervenção do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria é a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial do desenvolvimento infantil, a gestão do bem-estar da criança e a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2011b). Cada criança é semelhante às outras em alguns aspetos, mas é única noutros, pois o desenvolvimento da criança está sujeito a inúmeras influências, que provêm da hereditariedade e do ambiente. São influências importantes a família, bem como o estatuto económico, o grupo étnico e a cultura (Papalia, Olds & Feldman, 2001).

Promover o desenvolvimento infantil é ajudar a criança em parceria com a família, na sua circunstância de vida e no seu tempo, a desenvolver-se dentro dos

padrões esperados para a sua idade, respeitando o seu ritmo. É um desafio tornar a criança feliz, favorecer o seu desenvolvimento porque é um ser vulnerável, consagrando-lhe o maior respeito e o dever de lhe proporcionar condições favorecedoras de um desenvolvimento global, reconhecendo os prestadores de cuidados diretos como os principais promotores do desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

Sabe-se que a prematuridade é um fator de risco no desenvolvimento, Seki e Balieiro (2009) referem que nove estudos descrevem a prematuridade como fator de risco ao desenvolvimento normal da criança, focando as alterações neurológicas, comportamentais, como resposta à dor e ao stresse, o défice de atenção e hiperatividade, a conduta social tardia, o fracasso escolar e o risco superior de complicações na vinculação pais-bebé. Sendo a prematuridade, a causa de maior número de internamentos na unidade de Neonatologia, é essencial unir esforços para promover o desenvolvimento infantil aquando da hospitalização. Numa unidade de Neonatologia, o enfermeiro apresenta necessidade de alterar os cuidados criando um ambiente envolvente mais apropriado para a promoção do desenvolvimento do Rn (Vasconcellos, 2005).



As incompatibilidades entre as expectativas do cérebro do feto sobre o útero materno e a realidade das unidades neonatais influenciam o desenvolvimento neuro-fisiológico, neuropsicológico, psico-emocional e psicossocial do Rn (Als, 2009). Períodos prolongados de sono difuso, choro inconsolável, mudanças de posicionamento, manipulação agressiva, ambiente ruidoso e luminoso, diminuição social e de cuidados, provocam efeitos no cérebro e parecem consequentemente provocar alterações no desenvolvimento (Als, 2009).

E, assim ao prestar cuidados de enfermagem com base na filosofia dos cuidados para o desenvolvimento, estão a promover o desenvolvimento infantil. Aita

e Snider (2003) referem que a aplicação dos Cuidados para o Desenvolvimento na unidade de neonatologia é crítica na promoção do desenvolvimento dos bebês pré-
termos em situação de hospitalização.



Para além da vulnerabilidade destas crianças a todos os problemas de desenvolvimento, também existem repercussões no contexto familiar em que a vinculação se pode encontrar comprometida quando o Rn necessita do internamento na unidade de cuidados neonatais, influenciado o seu desenvolvimento psicossocial e emocional (Ramalhão & Dupas, 2003).

Para Coughlin, Gibbins e Hoath (2009), a **prática dos Cuidados para o Desenvolvimento** pode variar entre as unidades mas o **objetivo** é fornecer um ambiente de cuidados estruturados que apoia, incentiva e orienta o desenvolvimento do Rn prematuro e/ou doente. Esta **prática** reconhece as vulnerabilidades físicas, psicológicas e emocionais dos Rns pré-
termos e/ou doentes e suas famílias focando-se na minimização de complicações reais e potenciais, a curto e a longo prazo, associadas à hospitalização (Coughlin, Gibbins & Hoath, 2009).



2. OBJETIVOS DO PROGRAMA

Objectivo geral:

- Uniformizar as práticas dos cuidados em enfermagem baseados na filosofia dos cuidados para o desenvolvimento e centrados na família na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais.

Objetivos específicos:

- Monitorizar as práticas no âmbito dos cuidados para o desenvolvimento.
- Refletir com periodicidade sobre as práticas implementadas.
- Delinear propostas de melhoria.

*“ Seja como a fonte que transborda e não como o tanque que contém sempre a mesma água.
Paulo Coelho (1999)*

3. DESENVOLVIMENTO E CALENDARIZAÇÃO DO PROGRAMA

A. IMPLEMENTAÇÃO

A1. Aplicação de um Questionário “Intervenções Promotoras do Desenvolvimento Infantil: Perspectivas dos Enfermeiros de Um Serviço de Neonatologia no período de Janeiro/Fevereiro de 2013. Com o intuito de conhecer a perspectiva dos enfermeiros na avaliação das intervenções promotoras do desenvolvimento infantil na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais. O trabalho de investigação procura ainda identificar as prioridades de melhoria, tendo em vista os cuidados para o desenvolvimento, sugeridas pelos enfermeiros do mesmo serviço.

A2. Apresentação dos resultados obtidos do questionário aplicado e identificação de prioridades de melhoria sugeridas pela equipa de enfermagem no mês de Fevereiro.

- Formação teórica dos enfermeiros sobre conceitos principais da temática ministrada pela Enf.^a Ana Sousa durante a semana de 11 a 15.02.13 em pequenos grupos.
- Formação de um grupo de trabalho composto por 8 enfermeiros, nomeadamente Maria José, Telma Pina, Ana Sousa, Cátia Duarte, Vanessa Lampreia, Ana Rita, Sónia Silva e Andreia Sequeira.
- Formação teórica “A partilha da realidade de uma UCIN no NIDCAP” ministrada por Enf.^a Elsa Silva, elemento de referência do NIDCAP de uma UCIN, em Abril de 2013.
- Formação sobre Dor em Neonatologia ministrada por duas enfermeiras do grupo de trabalho no mês de Maio de 2013.
- Elaboração de um *dossier* com informação pertinente e com actualização permanente da evidência científica sobre a temática. Disponível na Unidade.
- Proposta de elaboração de uma Norma de Procedimento de Enfermagem sobre os Cuidados para o Desenvolvimento.
- Criação do email chbapedneo@gmail.com como veículo de comunicação entre a equipa.

B. ACOMPANHAMENTO E MONITORIZAÇÃO

B1. Reuniões Bimensais.

B2. Elaboração de um instrumento de monitorização das práticas.

B3. Atualizar e elaborar novas normas de procedimento de enfermagem.

B4. Avaliação do projeto através da aplicação do questionário “Intervenções promotoras do desenvolvimento infantil: Perspectivas dos Enfermeiros De um Serviço de Neonatologia” no mês de Novembro.

B5. Divulgação dos resultados obtidos do questionário no mês de Dezembro.

4. RECURSOS

- Profissionais de Saúde, Sala de formação, Pais, Crianças

Intervenções Promotoras do Desenvolvimento Infantil: Perspectivas dos Enfermeiros de um Serviço de Neonatologia

Material e Métodos

A investigação permite alargar o campo de conhecimentos da disciplina a que diz respeito e facilitar o desenvolvimento desta como ciência. Por outro lado, ao se realizar estudos sistemáticos sobre os fenómenos há aumento dos saberes específicos. Para Fortin (1999, p.18), “considera-se que um corpo profissional é credível quando os seus membros são reconhecidos por outros profissionais como sendo peritos num domínio particular de conhecimentos e da prática”.

Tendo em conta que não foram encontrados estudos similares ao que se apresenta, este trabalho de investigação é de natureza exploratório-descritivo com abordagem quantitativa. Fortin (1999) salienta que num estudo exploratório-descritivo em que existem poucos conhecimentos o investigador visa “acumular a maior quantidade de informações possíveis” (p.240).

O trabalho de investigação realizado teve como principal objectivo conhecer a perspectiva dos enfermeiros na avaliação das intervenções promotoras do desenvolvimento infantil de uma unidade de cuidados intermédios neonatais. Este procurou identificar as áreas de atenção, no âmbito dos cuidados para o desenvolvimento, que possam ser objeto de intervenção num projeto de melhoria contínua da qualidade.

Para a realização do estudo foi solicitado a autorização à chefia do serviço e feito o pedido formal de autorização da aplicação do questionário ao Conselho de Administração do Hospital, nomeadamente à Enf.^a Diretora.

A amostra do estudo foi constituída por 19 elementos que integram a equipa de enfermagem do serviço de neonatologia onde o trabalho de investigação decorreu, à excepção da Enf.^a investigadora e a Enf.^a chefe. Foi garantida a confidencialidade dos dados obtidos, clarificado o objectivo e enquadramento do estudo e a participação voluntária dos participantes com consentimento informado.

Os dados foram sujeitos a tratamento estatístico descritivo com recurso ao programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 20.

O instrumento de colheita de dados é um questionário elaborado de uma tradução e adaptação de “*Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice*”¹. O período de aplicação do questionário decorreu de 24 de Janeiro a 1 Fevereiro de 2013.

O questionário supramencionado foi composto por três grupos distintos. O primeiro grupo de questões reporta-se ao perfil individual e profissional dos enfermeiros e, neste conjunto, consideram-se dados de caracterização geral: género, idade, habilitações académicas e tempo de experiência profissional e na área da neonatologia. O segundo grupo refere-se à avaliação da implementação dos critérios das práticas promotoras do desenvolvimento infantil na Unidade de Neonatologia. Por fim, o terceiro grupo refere-se à necessidade de mudança das práticas de cuidados nas diferentes áreas de cuidados promotores do desenvolvimento infantil.

Resultados

No que diz respeito aos dados relativos à caracterização sócio-demográfica, verificou-se uma média de idade de 32 anos com o valor mínimo de 26 e máximo de 52 anos de idade com o predomínio do género feminino. No que diz respeito às habilitações literárias verifica-se que (68,4%; n=13) dos inquiridos tem apenas Licenciatura em Enfermagem. Em relação à experiência profissional verifica-se uma média de 9,6 anos com o valor máximo 32 anos. No que concerne à experiência profissional na Neonatologia, a média é menor, é de 7,5 e o valor máximo de 22 anos.

A avaliação dos critérios sobre as práticas promotoras do desenvolvimento infantil implementadas na Neonatologia, encontra-se sumariada posteriormente.

Os cuidados não emergentes são realizados, a maioria das vezes, durante o estadio de alerta do Rn, pela *maioria dos enfermeiros* (52,6%; n=10), algumas vezes (36,8%, n=7) e sempre (10,5%; n=2).

Os ciclos de sono-vigília são avaliados e registados, algumas vezes (36,8%, n=7), nunca (21,1%; n=4) raramente e na maioria das vezes (15,8%, n=3) e sempre (10,5%, n=2). **Os cuidados são planeados de acordo com os ciclos sono-vigília**, na *maioria das vezes* pela *maioria dos enfermeiros* (63,2%, n=12), raramente (26,3%, n=5) e algumas vezes (10,5%, n=2).

As estratégias para proteção do sono (aconchegar, embalar, banho enfaixado, método canguru) são integradas no plano de cuidados e de acordo com os estádios de sono-vigília, algumas vezes para 9 enfermeiros (47,4%), para 7 (36,8%) na maioria das vezes e para 3 (15,8%) raramente.

A luminosidade é mantida em níveis adequados, na maioria das vezes, para 8 enfermeiros (42,1%), algumas vezes para 7 (36,8%), sempre e raramente para 2 (10,5%). **O ruído é mantido em níveis adequados,** algumas vezes para 9 enfermeiros (47,4%), na maioria das vezes para 5 (26,3%), raramente para 4 (21,1%) e sempre para 1 (5,3%) enfermeiro. **Para promover o sono nocturno são implementados ciclos de luminosidade,** na maioria das vezes (36,8%, n=7), algumas vezes (31,6%, n=6), sempre (26,8%, n=5) e nunca (5,3%, n=1). **Os ensinamentos à família são realizados e registados,** 11 (57,9%) enfermeiros responderam na maioria das vezes, 6 (31,6%) responderam sempre e 1 (5,3%) nunca e algumas vezes. **As actividades inerentes à parentalidade são de acordo com os ciclos de sono-vigília,** na maioria das vezes para a maioria dos enfermeiros (52,6%, n=10), algumas vezes (42,1%, n=8) e raramente (5,3%, n=1). **Antes da alta, a criança é colocada em decúbito dorsal e os membros inferiores em flexão fisiológica para dormir (Prevenção do Síndrome de Morte Súbita),** na maioria das vezes, para a maioria dos enfermeiros 52,6% (n=10), sempre para 3 (15,8%) e nunca e raramente para 2 (10,5%). **A avaliação da dor no mínimo de 4/4 horas** é efectuada algumas vezes para 10 dos enfermeiros (n=10, 52,6%) e raramente para 9 (47,4%). **A dor/stresse é avaliada durante os procedimentos e os cuidados,** raramente para 9 enfermeiros (47,4%), algumas vezes para 5 (26,3%), na maioria das vezes para 2 enfermeiras (10,5%), na maioria das vezes para 2 enfermeiras (10,5%) e sempre para 1 (5,3%). A maioria dos enfermeiros (68,4%, n=13) refere que é **sempre utilizado um instrumento de avaliação de dor validado,** enquanto 15,8% (n=3) referem algumas vezes e na maioria das vezes. **As medidas farmacológicas são usadas antes dos procedimentos dolorosos, quando indicado,** na maioria das vezes para 7 enfermeiros (36,8%), raramente para 5 (26,3%), algumas vezes para 4 (21,1%), sempre para 2 (10,5%) e nunca para 1 (5,3%).

As medidas não farmacológicas são usadas antes dos procedimentos dolorosos, na maioria das vezes para 7 enfermeiros (36,8%) e algumas vezes para a mesma percentagem (36,8%, n=7), raramente para 4 (21,1%) e sempre para 1 (5,3%).

As reacções à dor/stresse e às intervenções são registadas, raramente pela maioria dos enfermeiros (57, 9%), na maioria das vezes para 5 enfermeiros (26,3%), algumas vezes para 2 (10,5%) e nunca para 1 enfermeiro (5,3%). **Os ensinamentos aos pais sobre os sinais de dor/stresse são realizados, algumas vezes, pela maioria dos enfermeiros** (n=10, 52,6%), na maioria das vezes para 5 enfermeiros (26,3%) e raramente para 3 (15,8%) e sempre para 1 enfermeiro. **A família é encorajada a oferecer medidas de conforto**, sempre para 7 enfermeiros (36,8%), na maioria das vezes para 6 (31,6%), e algumas vezes para 5 (26,3%) e raramente para 1 enfermeiro. No critério, **a criança é posicionada em flexão, contida e alinhada durante as intervenções**, a opinião dividiu-se entre algumas vezes para 9 enfermeiros (47,4%) e na maioria das vezes (42,1%, N=8) e raramente para 2 enfermeiros (10,5%). **O posicionamento em cada interacção com a criança é avaliado e/ou alterado**, na maioria das vezes para 6 enfermeiros (31,6%), algumas vezes para 5 enfermeiros (26,3%), raramente para 5 (26,3%), nunca para 2 enfermeiros e sempre para 1 enfermeiro. **Antes da alta, os equipamentos de suporte ao posicionamento (ninhos, rolos, almofadas) são retirados gradualmente**, na maioria das vezes para 8 enfermeiros (42,1%), algumas vezes para 5 (26,3%), raramente para 3 (15,8%) , nunca para 2 (10,5%) e sempre para 1 enfermeiro. **A sucção não nutritiva é oferecida na alimentação, quando indicado**, sempre para 36,8% (n=7) e na maioria das vezes (36,8%, n=7), algumas vezes para 4 enfermeiros (21,1%) e raramente para 1 enfermeiro. **As competências individuais são avaliadas e registadas para iniciar e prosseguir a alimentação oral, na maioria das vezes** pela maioria dos enfermeiros (52,6%, n=10), mas sete (36,8%) referem algumas vezes, um raramente e outro nunca. **Promove-se o aleitamento materno, apoiando a decisão da família sempre** para a maioria dos enfermeiros (57,9%, n=11), na maioria das vezes para 7 enfermeiros (36,8%) e algumas vezes para 1. **O banho total não é dado com o intervalo menor de 72 horas nunca** para a maioria dos enfermeiros (52,6%, n=10), 6 (31,6%)

responderam, raramente, 2 (10,5%) algumas vezes e 1 na maioria das vezes (5,3%). **A integridade do sistema tegumentar é avaliada e registada através de uma escala (*Braden Q* ou similar) quando indicado**, nunca para 7 enfermeiros (36,8%), algumas vezes para 5 enfermeiros (26,3%), na maioria das vezes para 3 enfermeiros (15,8%), e sempre para 3 enfermeiros (15,8%) e raramente para 1 enfermeiro. **A superfície da pele é protegida durante a aplicação, utilização remoção de adesivos**, algumas vezes para 8 enfermeiros (42,1%), na maioria das vezes para 7 (36,8%), raramente para 2 (10,5%), nunca para 1 enfermeiro e sempre para outro. **À família é oferecida a oportunidade de estar presente e/ou participar nas decisões em equipa**, alguma vez para 8 enfermeiros (42,1%), raramente para 6 enfermeiros (31,6%), sempre para 4 (21,1%) e na maioria das vezes para 1 enfermeiro (5,3%). **A família tem oportunidade de estar durante os procedimentos invasivos**. O mesmo número de enfermeiros e (n= 6, 31,6%) responderam sempre, na maioria das vezes e algumas vezes e apenas 1 refere que nunca. **A família é suportada no método canguru, no pegar ao colo, alimentar, vestir, dar banho, mudar a fralda, cantar e noutras formas de interacção como o filho, sempre**, pela maioria dos enfermeiros (n=10, 52,6%), na maioria das vezes para 6 (31,6%) e algumas vezes para 2 (10,5%) e raramente para 1. **A família é encaminhada para o apoio de um técnico de saúde mental/psicólogo, quando necessário**, algumas vezes para 8 enfermeiros (42,1%), sempre para 4 enfermeiros (21,1%) e a mesma percentagem (15,8%, n=3) responderam nunca e na maioria das vezes e 1 enfermeiro respondeu raramente. **A família é encorajada na relação/cuidados prestados ao seu filho e estes dados são registados**, na maioria das vezes pela maioria dos enfermeiros (n=12, 63,2%), sempre para 3 (15,8%) e algumas vezes para 2 enfermeiros e nunca para um e raramente para outro. **As famílias nunca são convidadas a participar nos grupos de apoio aos pais pela maioria dos enfermeiros** (n=10, 52,6%), raramente e algumas vezes para 4 (21,1%) e na maioria das vezes para 1 enfermeiro. **Os ensinamentos são realizados, na maioria das vezes de acordo com a sensibilidade cultural de cada família** para 8 enfermeiros (42,1%), algumas vezes para 6 (31,6%), sempre para 3 (15,8%), e nunca e raramente para 1 (5,3%). **A família é encaminhada para suporte social, sempre que necessário**, para a maioria dos enfermeiros (n=10, 52,

6%), na maioria das vezes para 5 (26,3%), e raramente e algumas vezes com a mesma percentagem 10,5% (n=2). **É promovida a privacidade luminosa e auditiva para cada criança**, algumas vezes para 8 enfermeiros (42,1%), na maioria das vezes para 6 (31,6%) e nunca para 3 (15,8%) e raramente para 2 (10,5%). **Antes da alta, a criança é colocada em decúbito dorsal e os membros inferiores em flexão fisiológica para dormir (Prevenção do Síndrome de Morte Súbita)**, na maioria das vezes, para a maioria dos enfermeiros 52,6 % (n=10), sempre para 3 (15,8%) e nunca e raramente para 2 (10,5%). **A avaliação da dor no mínimo de 4/4 horas** é efectuada algumas vezes para 10 dos enfermeiros (n=10, 52,6%) e raramente para 9 (47,4%). **A dor/stresse é avaliada durante os procedimentos e os cuidados**, raramente para 9 enfermeiros (47,4%), algumas vezes para 5 (26,3%), na maioria das vezes para 2 enfermeiras (10,5%), na maioria das vezes para 2 enfermeiras (10,5%) e sempre para 1 (5,3%). A maioria dos enfermeiros (68,4%, n=13) refere que é **sempre utilizado um instrumento de avaliação de dor validado**, enquanto 15,8% (n=3) referem algumas vezes e na maioria das vezes. **As medidas farmacológicas são usadas antes dos procedimentos dolorosos, quando indicado**, na maioria das vezes para 7 enfermeiros (36,8%), raramente para 5 (26,3%), algumas vezes para 4 (21,1%), sempre para 2 (10,5%) e nunca para 1 (5,3%). **As medidas não farmacológicas são usadas antes dos procedimentos dolorosos**, na maioria das vezes para 7 enfermeiros (36,8%) e algumas vezes para a mesma percentagem (36,8%, n=7), raramente para 4 (21,1%) e sempre para 1 (5,3%). **As reacções à dor/stresse e às intervenções são registadas, raramente** pela maioria dos enfermeiros (57, 9%), na maioria das vezes para 5 enfermeiros (26,3%), algumas vezes para 2 (10,5%) e nunca para 1 enfermeiro (5,3%). **Os ensinios aos pais sobre os sinais de dor/stresse são realizados, algumas vezes, pela maioria dos enfermeiros** (n=10, 52,6%), na maioria das vezes para 5 enfermeiros (26,3%) e raramente para 3 (15,8%) e sempre para 1 enfermeiro. **A família é encorajada a oferecer medidas de conforto**, sempre para 7 enfermeiros (36,8%), na maioria das vezes para 6 (31,6%), e algumas vezes para 5 (26,3%) e raramente para 1 enfermeiro. No critério, a **criança é posicionada em flexão, contida e alinhada durante as intervenções**, a opinião dividiu-se entre algumas vezes para 9 enfermeiros (47,4%) e na maioria das vezes (42,1%, N=8) e raramente

para 2 enfermeiros (10,5%). **O posicionamento em cada interação com a criança é avaliado e/ou alterado**, na maioria das vezes para 6 enfermeiros (31,6%), algumas vezes para 5 enfermeiros (26,3%), raramente para 5 (26,3%), nunca para 2 enfermeiros e sempre para 1 enfermeiro. **Antes da alta, os equipamentos de suporte ao posicionamento (ninhos, rolos, almofadas) são retirados gradualmente**, na maioria das vezes para 8 enfermeiros (42,1%), algumas vezes para 5 (26,3%), raramente para 3 (15,8%), nunca para 2 (10,5%) e sempre para 1 enfermeiro. **A sucção não nutritiva é oferecida na alimentação, quando indicado**, sempre para 36,8% (n=7) e na maioria das vezes (36,8%, n=7), algumas vezes para 4 enfermeiros (21,1%) e raramente para 1 enfermeiro. **As competências individuais são avaliadas e registadas para iniciar e prosseguir a alimentação oral, na maioria das vezes** pela maioria dos enfermeiros (52,6%, n=10), mas sete (36,8%) referem algumas vezes, um raramente e outro nunca. **Promove-se o aleitamento materno, apoiando a decisão da família sempre** para a maioria dos enfermeiros (57,9%, n=11), na maioria das vezes para 7 enfermeiros (36,8%) e algumas vezes para 1. **O banho total não é dado com o intervalo menor de 72 horas nunca** para a maioria dos enfermeiros (52,6%, n=10), 6 (31,6%) responderam raramente, 2 (10,5%) algumas vezes e 1 na maioria das vezes (5,3%). **A integridade do sistema tegumentar é avaliada e registada através de uma escala (Braden Q ou similar) quando indicado**, nunca para 7 enfermeiros (36,8%), algumas vezes para 5 enfermeiros (26,3%), na maioria das vezes para 3 enfermeiros (15,8%), e sempre para 3 enfermeiros (15,8%) e raramente para 1 enfermeiro. **A superfície da pele é protegida durante a aplicação, utilização e remoção, de adesivos**, algumas vezes para 8 enfermeiros (42,1%), na maioria das vezes para 7 (36,8%), raramente para 2 (10,5%), nunca para 1 enfermeiro e sempre para outro. **À família é oferecida a oportunidade de estar presente e/ou participar nas decisões em equipa**, algumas vezes para 8 enfermeiros (42,1%), raramente para 6 enfermeiros (31,6%), sempre para 4 (21,1%) e na maioria das vezes para 1 enfermeiro (5,3%). **A família tem oportunidade de estar durante os procedimentos invasivos**. O mesmo número de enfermeiros (n= 6, 31,6%) responderam sempre, na maioria das vezes e algumas vezes e apenas 1 refere que nunca. **A família é suportada no método canguru, no pegar ao colo, alimentar, vestir, dar banho, mudar a fralda,**

cantar e noutras formas de interação como o filho, sempre, pela maioria dos enfermeiros (n=10, 52,6%), na maioria das vezes para 6 (31,6%) e algumas vezes para 2 (10,5%) e raramente para 1. **A família é encaminhada para o apoio de um técnico de saúde mental/psicólogo, quando necessário**, algumas vezes para 8 enfermeiros (42,1%), sempre para 4 enfermeiros (21,1%) e a mesma percentagem (15,8%, n=3) responderam nunca e na maioria das vezes e 1 enfermeiro respondeu raramente. **A família é encorajada na relação/cuidados prestados ao seu filho e estes dados são registados, na maioria das vezes pela maioria dos enfermeiros** (n=12, 63,2%), sempre para 3 (15,8%) e algumas vezes para 2 enfermeiros e nunca para um e raramente para outro. **As famílias nunca são convidadas a participar nos grupos de apoio aos pais pela maioria dos enfermeiros** (n=10, 52,6%), raramente e algumas vezes para 4 (21,1%) e na maioria das vezes para 1 enfermeiro. **Os ensinamentos são realizados, na maioria das vezes de acordo com a sensibilidade cultural de cada família** para 8 enfermeiros (42,1%), algumas vezes para 6 (31,6%), sempre para 3 (15,8%), e nunca e raramente para 1 (5,3%). **A família é encaminhada para suporte social, sempre que necessário**, para a maioria dos enfermeiros (n=10, 52,6%), na maioria das vezes para 5 (26,3%), e raramente e algumas vezes com a mesma percentagem 10,5% (n=2). **É promovida a privacidade luminosa e auditiva para cada criança**, algumas vezes para 8 enfermeiros (42,1%), na maioria das vezes para 6 (31,6%) e nunca para 3 (15,8%) e raramente para 2 (10,5%).

A situação de saúde da criança é partilhada com os pais, de acordo com as suas necessidades, a opinião dividiu-se maioritariamente em algumas vezes e na maioria das vezes com igual percentagem de 47,4% (n=9), apenas um enfermeiro respondeu raramente. **Existe uma equipa de cuidados multidisciplinar caracterizada por trabalho de grupo, respeito e afectividade**, raramente para 7 enfermeiros (36,8%), algumas vezes para 6 (31,6%), nunca para 3 (15,8%), na maioria das vezes para 2 (10,5%) e sempre para 1 enfermeiro. **A colaboração do médico/enfermeiro é definida, praticada e reforçada diariamente**, raramente para a maioria dos enfermeiros (52,6%), algumas vezes para 6 (31,6%), nunca para 2 (10,5%) e na maioria das vezes para 1 enfermeiro.

Para a necessidade de mudança na área da **protecção do sono**, sete enfermeiros (36,8%) referem que a mudança é necessária e 5 (26,3%), que é muito necessária, 3 (15,8%) responderam que a mudança é talvez necessária e 2 (10,5%) que a mudança não é necessária e pouco necessária. Para a **avaliação e gestão da dor/stresse**, a **mudança é muito necessária** para a maioria dos enfermeiros (n=10, 52,6%), mudança é talvez necessária para 4 (21,1%), mudança é necessária para 3 (15,8%), mudança é pouco necessária para 2 (10,5%). Na área do **suporte desenvolvimental nas atividades diárias**, a **mudança é necessária** para maioria dos enfermeiros (n=12, 63,2%), 3 referem ser muito necessária e talvez necessária (15,8%) e 1 mudança é pouco necessária. Na **área dos cuidados centrados na família**, a mudança é necessária para 8 enfermeiros (42,1%), talvez necessária para 6 (31,6%) e pouco necessária (4, 21,1%) e muito necessária para 1 enfermeiro. Na **área do ambiente de cura/reparador** a **mudança é muito necessária** para a maioria dos enfermeiros (n=12, 63,2%), a mudança necessária para 3 (15,8%) e talvez necessária para 3 (15,8%), é pouco necessária para 1 enfermeiro.

As duas áreas de cuidados identificadas com maior necessidade de mudança foram o ambiente de cura/reparador e a avaliação e gestão da dor/stresse. Face a esta última área já foi programada para o mês de Maio uma formação sobre a Dor em Neonatologia ministrada por duas enfermeiras do grupo de trabalho.

Em relação aos dados obtidos, verifica-se uma consciencialização da equipa em relação à necessidade de mudança, pois não houve qualquer resposta no item em que a mudança não é necessária. Concluindo-se assim que há uma predisposição da equipa no sentido da melhoria dos cuidados.

Os resultados obtidos revelam uma enorme discrepância das perspectivas dos enfermeiros em relação às práticas promotoras do desenvolvimento infantil, o que pode ser significado de falta de clarificação de conceitos e de uniformização das práticas na Neonatologia.

Apêndice XV- Reflexão “Quando a vida se inicia e termina num instante... Como e Quando Informar os Pais?”

Quando a vida se inicia e termina num instante ... Como e Quando Informar os Pais?

“Nunca el ser humano esta tan cerca de la muerte como cuando nace”
Dr. Enrique Bambarén Páez (2006)

A morte enquanto uma transição desenvolvimental com a qual os enfermeiros se deparam no dia-a-dia nas unidades de cuidados neonatais, é fundamental refletir sobre este processo.

Esta reflexão reporta-se a uma situação vivenciada em contexto de estágio, nomeadamente na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais, enquadrada no âmbito do desenvolvimento de conhecimentos acerca da actuação do Enfermeiro Especialista na comunicação de más notícias e na gestão do processo de luto. Desta forma contribuir para aplicar *conhecimentos e capacidades facilitadoras da “dignificação da morte” e dos processos de luto (E.2.1.3)*. Importante, também, no sentido em que o enfermeiro procura, em todo o acto profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de “analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer as eventuais falhas que mereçam mudança de atitude” (alínea a) do Artigo 88º do Código Deontológico dos Enfermeiros) (Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, 2009).

A reflexão contemplada passa por uma análise e reflexão dos princípios éticos e deontológicos essenciais na tomada de decisão em enfermagem e o confronto com a evidência científica. A tomada de decisão em enfermagem é um aspecto fulcral para a prestação de cuidados, que implica ser pensada e fundamentada. É competência comum do Enfermeiro Especialista *demonstrar uma tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada*.

No contexto da Neonatologia, um Rn de termo deu entrada três horas após o nascimento acabando por morrer de uma forma súbita vítima de uma hemorragia pulmonar grave. Face a esta última situação vivenciada surgiram-me inúmeras interrogações.

Como, quando e onde se deve dar a noticia aos pais que o seu bebé morreu? Deve-se dizer primeiro ao pai? Deverá-se esperar que o pai esteja presente para que ele possa consolar a mulher? Deve-se permitir que o casal veja o bebé?

Quem deverá informar os pais? Como comunicar a má notícia? E, para além de tudo isto, a minha postura como é que lido com a minha própria dor, os sentimentos de fracasso e a necessidade de me aparentar ser forte para poder consolar os pais?

O pai foi informado primeiramente pelo médico sobre a morte do filho na Neonatologia. Os pais têm o direito de saber a verdade. Aqui presente o princípio ético, do respeito pelas pessoas, o dever de respeitar os direitos, a autonomia e a dignidade de outras pessoas, o dever de promover o seu bem-estar e autonomia, dever de autenticidade e sinceridade. Desta forma um agir segundo o artigo 78º do Código Deontológico dos Enfermeiros, dos princípios gerais, em que são valores universais a observar na relação profissional, a verdade. No artigo 91º, alínea a) o *enfermeiro, como membro da equipa de saúde, assume o dever de atuar responsabilmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma* (Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, 2009).

O médico transmitiu a notícia ao pai numa sala à parte da unidade, onde não estive presente no próprio momento, mas posteriormente permaneci junto do pai prestando-lhe apoio emocional. *O enfermeiro deve trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde* (alínea b do artigo 91º do Código Deontológico dos Enfermeiros) (Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, 2009). Deixei-o falar, percebendo que a sua maior angústia seria a transmissão da má notícia à mulher. Apesar de não existir uma colheita de dados, uma avaliação inicial, uma vez que a situação foi emergente, percebi que existia uma condição pessoal que influenciava este processo de luto, um aborto anterior e a perda de uma filha de oito anos vítima de acidente rodoviário recente. O pai referiu que a mãe aquando do internamento, encontrava-se triste, pois só se lembrava da filha falecida e que parecia que ela pressentia isto tudo (SIC).

Apesar de muitos momentos de silêncio da minha parte e de alguma tristeza espelhada nos meus olhos, tentei perceber qual o suporte familiar ou amigos dos mesmos, permitindo e aconselhando a sua presença. Lisle-Porter e Podruchny (2009), salientam que quando alguém morre a família e os amigos geralmente apoiam-se mutuamente e que não se deve restringir os números de visitantes de acordo com o desejo dos pais.

O pai manifestou alguma dúvida em relação à transmissão da notícia à mãe no próprio dia. O médico era da opinião que se devia dar a notícia no próprio dia, eu partilhei da mesma opinião, mas claro era o pai quem decidiria qual o momento mais indicado. O pai não sabia quando e como dar a notícia, referindo que poderia ser melhor no dia seguinte, já acompanhado de uma amiga. Juntos, pai, amiga, médico e eu, analisamos o caso, os prós e os contra da transmissão da notícia e o pai chegou à conclusão que seria mais benéfico dizer a verdade no próprio dia. O que vai de acordo à *guideline* de Lisle-Porter e Podruchny (2009), do cuidado no final de vida neonatal, em que a comunicação deve incluir uma escuta ativa, comunicação livre e aberta, com a presença total dos pais, não interrompendo o tempo dos pais na expressão dos sentimentos e em que a verdade é uma componente fundamental na relação entre os pais e os profissionais de saúde.

Nunes, Amaral e Gonçalves (2005) referem que a informação deverá anteceder as escolhas, para que estas sejam livres e esclarecidas e para que se respeitem as mesmas decisões. A decisão de informar a mãe deverá ser escolha do pai. Apesar de ter havido um diálogo entre médico, enfermeiro, pai e amiga, foi dado tempo ao pai para decidir. Aqui as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação de preservar a dignidade e a liberdade da pessoa humana (artigo 78º do Código Deontológico dos Enfermeiros).

Ainda os mesmos autores referem que a dignidade humana surge imperiosamente associada a todas as decisões e intervenções da qual está implicado o reconhecimento da autonomia de cada um para traçar os seus próprios planos de vida, isto é, a liberdade de fazer escolhas relativamente ao que afeta a vida de cada um. Foi o pai quem decidiu quando e como dar a notícia à mãe.

Apesar de não ter experienciado uma situação da mesma natureza. *Pensei em mim e questionei-me a mim mesma, o que é que gostaria que me fizessem perante esta situação.* Aqui um pensar com base no **princípio da beneficência**, “faz aos outros o que gostarias que te fizessem” (Thompson, Melia & Boyd, 2004, p.21).

Senti-me perdida, com falta de um apoio especializado, pois foi a primeira vez que vivenciei uma situação desta natureza. Thompson, Melia e Boyd (2004), salientam que se o enfermeiro já tiver passado pela experiência de uma perda ou falecimento, melhor saberá comunicar aos pais a morte da criança. Mais tarde ou

mais cedo, todos os enfermeiros terão de enfrentar situações que têm de aceitar a responsabilidade de partilhar a dolorosa verdade com os pacientes (Thompson, Melia & Boyd, 2004).

Senti a necessidade de apoio de um psicólogo, não só para o pai, mas também para a equipa de saúde. Silva (2010) salienta que a morte de um bebé constitui uma experiência dramática e traumatizante, sendo dificilmente aceite pelos médicos e demais profissionais preparados para salvar vidas e afastar a morte. Embora seja um tema de abordagem difícil e complexa, a equipa deve socorrer-se de uma boa comunicação com os pais e familiares e das competências de outros profissionais como psicólogos, psiquiatras e agentes espirituais (Silva, 2010).

Para Lisle-Porter e Podruchny (2009), muitas unidades de cuidados neonatais possuem políticas sobre cuidados pós-morte do Rn, mas poucas têm políticas ou orientações sobre cuidados paliativos. E, que muitos enfermeiros não recebem formação suficiente em apoiar as famílias ou a eles próprios no processo de luto. No contexto deste serviço, não existe nenhum plano de actuação para estas situações, sendo pertinente o mesmo.

A existência de *guidelines* aposta assim em aspectos como o da preparação, o contexto em que as más notícias são apresentadas e o ambiente de empatia que deve estar presente. O facto de existirem *guidelines* também pode tornar os profissionais de saúde mais capazes de lidar com as emoções que são despoletadas por tais encontros (Carrapa, 2010).

Já experienciei situações de morte, emergências neonatais, mas em diferentes contextos, uns em paliativos e outros com recuperação dos Rns. *Uma situação emergência com morte súbita do Rn foi a primeira vez que vivenciei, os meus olhos encheram-se de água, ou seja, tive dificuldade em lidar com os meus sentimentos. Por instantes senti que não estava preparada para vivenciar a morte de um Rn de uma forma tão súbita, emocionando-me por momentos.* Para os profissionais, a morte súbita é mais difícil de ser elaborada, pois a sensação é de que poderiam ter feito mais (Aguiar, Velosos, Pinheiro & Ximenes, 2006).

A literatura sustenta que a maioria dos profissionais se sentem inaptos para falar da morte de um Rn com a família (Armentrout & Cates, 2011). Para Santos, Mochel e Rafael (2010), a dor da morte no neonato explica-se pelo fato de

evidenciar que o ciclo de vida de um ser desprotegido foi precocemente interrompido. Neste sentido, quando os profissionais se deparam com a morte de neonatos que não sobreviveram, parecem rotularem-se, na maioria das vezes, como impotentes ou não qualificados o suficientemente para vencer a luta entre a vida e a morte. Para Aguiar, Velosos, Pinheiro e Ximenes (2006) encarar a morte é aceitar o fracasso e perder para a doença, é algo difícil de ser vivenciado.

Como me senti, nem sei explicar bem, foi um turbilhão de sentimentos, recordo-me de pensamentos que tive “não conseguimos salvar o bebê!”, “ Será que eu fiz o possível?” “Será que poderia ter feito isto ou aquilo?”, um sentimento de impotência. Senti tristeza, emocionando-me por momentos “Doi só de pensar numa mãe que perde um filho”.

Segundo Aguiar, Velosos, Pinheiro e Ximenes (2006) é relevante identificar os sentimentos vivenciados na prática dos enfermeiros, afinal sabe-se que o autoconhecimento é um processo importante a ser explorado a fim de lidar melhor com situações que implicam a manifestação de emoções profundas, principalmente as relacionadas com a morte. No estudo de Aguiar, Velosos, Pinheiro e Ximenes (2006), sobre o envolvimento do enfermeiro no processo de morte de bebês internados na Unidade Neonatal, os sentimentos dos enfermeiros foram a perda, a tristeza, angústia, impotência, frieza, perda e saudade.

No artigo de Montero, Sánchez, Montoro, Crespo, Jaén e Tirado (2011) com o objectivo de conhecer a experiência dos profissionais de saúde em casos de morte perinatal, salientam que a perda perinatal exerce grande impacto emocional, não só nos pais e no seu ambiente, mas também nos profissionais de saúde. A abordagem dos resultados perinatais adversos pelos profissionais da saúde é difícil e requer alto nível de competência emocional. Os sentimentos manifestados pelos profissionais entrevistados foram de pena, ansiedade, insegurança, ressentimento, culpa, raiva, sensação de fracasso e impotência e estão relacionados principalmente ao não saber enfrentar essas situações (Montero, Sánchez, Montoro, Crespo, Jaén & Tirado, 2011).

Apesar de todos estes sentimentos, permanecia em mim um dever de ajudar estes pais a enfrentar esta situação. Tamez e Silva (1999), referem que apesar dos avanços tecnológicos e da especialização dos profissionais que prestam cuidados

neonatais, ocorrem situações em que não é possível salvar o Rn. Mas a morte e a separação causam tristeza aos pais e cabe aos profissionais da neonatologia ajudá-los a passar por esta etapa difícil e que poderá trazer sequelas futuras (Tamez & Silva, 1999). Aqui presente, o **princípio da beneficência** que pressupõe fazer o bem, o dever de cuidar, de proteger os fracos e vulneráveis, dever de advogar, defendendo os direitos dos que são incapazes ou temporariamente inaptos para se defenderem, como regra de ouro (Thompson, Melia & Boyd, 2004), surgindo o **princípio da não-maleficência** directamente associado, que assenta no princípio de não fazer o mal (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005).

Durante todo este acontecimento houve um momento marcante. Os pais demonstraram o desejo de ver o seu filho. Foi permitido, sendo respeitada a vontade dos pais. Toda a vivência desta transição do desenvolvimento, a morte, dependerá dos valores, interesses, cultura das pessoas implicadas, nomeadamente os pais. Estes deverão ser livres na determinação das suas próprias escolhas, logo o **princípio da autonomia** (Thompson, Melia & Boyd, 2004).

Para ajudar no processo de ajustamento de perda, devemos oferecer oportunidade para que os pais expressem se gostariam de ver o Rn e tocá-lo (Tamez & Silva, 1999). Hockenberry, Wilson e Wilkelstein (2006) referem que deve ser dada aos pais a oportunidade de lidar com o seu filho da maneira que desejam antes e depois da morte. Para ajudar os pais a entender que a morte é uma realidade, é importante que sejam estimulados a segurar o Rn antes da morte ou depois da morte. Muitos dos que negam a necessidade de segurar o Rn mais tarde arrependem-se da decisão (Hockenberry, Wilson & Wilkelstein, 2006).

Houve um momento muito difícil apesar de ter conseguido mostrar o bebé ao pai, não o consegui à mãe quando esta veio ao serviço. Porquê? Não sei explicar! Foi a minha colega que mostrou o bebé à mãe. Quem estava melhor preparado foi quem o fez.

Num estudo realizado por Chan e colaboradores descobriram que o nível de cuidados prestados à família durante a morte do Rn está directamente relacionada com seu nível de experiência do enfermeiro. Enfermeiras peritas têm melhor capacidade e mais confiança para partilhar os seus sentimentos com a família

no processo luto sem lhes causar sofrimento emocional (Lisle-Porter & Podruchny, 2009).

Para nos prepararmos, temos de compreender se somos a pessoa certa para transmitir as notícias, garantir um ambiente adequado, privado e livre de interrupções, sem parecer apressado, saber o máximo possível sobre o doente em causa, considerar a presença de ambos os pais, de outro membro da equipa, ponderar a necessidade de um intérprete se indicado, considerar a possibilidade de atitudes culturais que possam afectar o modo como a família reage, apresentar os membros da equipa e preparar-se para uma tarefa emocional são algumas indicações de como dar as más notícias (Carrapa, 2010).

Levetown (2008) apresenta sugestões de como dar más notícias, não dar pelo telefone, evitar contar a um dos pais sem o seu cônjuge e/ou pessoa de apoio presente, permitir aos pais que toquem na criança falecida, segurar ou tocar na criança com cuidado, reconhecer que os pais são os principais responsáveis pela criança, mostrar preocupação, compaixão e um sentimento de ligação com o doente e família. Reconhecer as suas emoções e estar preparado para lágrimas e necessidade de tempo, ponderar os prós e contras de mostrar a sua própria emoção, a indiferença ou distanciamento e dar aos pais tempo para estarem sozinhos, reagirem e formularem questões adicionais.

Antes da chegada dos pais tive e senti necessidade de preparar o corpo retirar todos os tubos estranhos e cobri-lo numa mantinha azul. Tamez e Silva (1999), referem que uma das intervenções sugeridas na perda perinatal é preparar o corpo do Rn, vesti-lo e envolve-lo numa manta ou cobertas antes que os pais cheguem. Desse modo, a equipa de saúde deve ajudar no processo de luto, com ações no sentido de proporcionar à família, especialmente aos pais, um momento de recolhimento com o neonato, para se realizar uma despedida. Para a família este é um momento desolador, e geralmente parece ser mais acentuado o sentimento de perda para a mãe, já que durante o período gestacional, foram estabelecidas relações maternas e ao que parece, neste momento estão fragilizadas (Santos, Mochel & Rafael, 2010).

Os atributos de uma morte digna na unidade de cuidados neonatais são o reconhecer dos benefícios da evolução natural da doença, respeitar os aspectos

sócio-culturais, a criação de uma parceria entre a equipa e a família, proporcionar o conforto físico e promover o bem-estar (Poles & Bouso, 2011).

A mãe gritou “Por quê Deus me tirou um filho e agora outro” “ Porquê eu?” “Não acredito!” sentimento de choque e negação. Silva (2010) menciona que a primeira reacção dos pais à morte de um bebé é de negação, de raiva que pode ser dirigida aos profissionais. Estas atitudes reflectem um mecanismo de defesa, reflexo de medo e da confusão, manifestações de desespero, em que os profissionais devem ser prudentes na abordagem desses momentos.

Num estudo de Nordlund, Börjesson, Cacciatore, Pappas, Randers e Rådestad (2012) com o objectivo de explorar as experiências vividas pelas mães após a morte de um bebé e a sua interacção com os profissionais de saúde. As mães sentem-se tristes quando recebem muito pouco apoio dos profissionais de saúde, especialmente em relação ao tempo de ligação com o bebé, ficaram desapontadas quando estes não reconhecem nem validam a sua maternidade. Para estes autores, é essencial para as mulheres que vivenciam a morte do bebé, que a sua maternidade seja reconhecida e validada por profissionais de saúde humildes e empáticos (Nordlund, Börjesson, Cacciatore, Pappas, Randers, & Rådestad, 2012)

Os profissionais devem ter atenção que situações muito complexas de morte intraparto ou neonatal imediata são momentos traumáticos que podem se tornar definitivos para a mãe e para o pai. É muito importante reconhecer a ruptura do vínculo materno, a negação que afirmam temporariamente, facilitando a sua reorganização emocional com a sua presença, disponibilidade e pelo tempo, permitindo aos pais estarem junto do seu bebé (Silva, 2010).

Estas situações constituem um desafio para a difícil tarefa de manter o equilíbrio e a perspectiva do que realmente tem valor, ajudando-nos a crescer como pessoas e como profissionais. Ensina-nos a lidar com a própria morte, as suas limitações e vulnerabilidades (Silva, 2010).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, I. R., Velosos, T. M. C., Pinheiro, A. K. B., Ximenes, L. B. (2006). O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em Unidade Neonatal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(2),131-137. Acedido em 02-01-2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002006000200002&script=sci_abstract&tlng=pt
- Armentrout, D. & Cates, L. A. (2011 Jul-Sep). Informing parents about the actual or impending death of their infant in a newborn intensive care unit. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 25(3), 261-262. DOI:10.1097/JPN.0b013e3182259943
- Carrapa, A.S.G.C.N. (2010). Comunicar más notícias em Pediatria. Mestrado integrado em Medicina. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Lei nº. 111/2009 de 16 de Setembro (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº. 104/98, de 21 de Abril. *Diário da República I Série, N.º180* (16-08-2009), 6528-6550.
- Levetown M. (2008, May). Communicating with children and families: from everyday interactions to skill in conveying distressing information. *Pediatrics*, 121(5), 1441-60. DOI: 10.1542/peds.2008-0565
- Lisle-Porter, M. & Podruchny, A.M. (2009). The Dying Neonate: Family- Centered End-of Life Care. *Neonatal Network*, 28(2), 75-83. Acedido em 02-01-2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=889f04d4-7e97-4cf4-9c47-63a5ea852fce%40sessionmgr111&vid=5&hid=122>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Montero, S. M. P, Sánchez, J. M. R., Montoro, C. H., Crespo, M. L., Jaén, A. G. V, Tirado, M. B. R. (2011, Novembro-Dezembro). A experiência da perda perinatal a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*,19(6),1-7. Acedido a 05-01-2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692011000600018&script=sci_arttext&tlng=pt

- Nordlund, E., Börjesson, A., Cacciatore, J., Pappas, C., Randers, I. & Rådestad, I. (2012, November). When a baby dies: Motherhood, psychosocial care and negative affect. *British Journal of Midwifery*, 20(1), 780-784. Acedido em 02-01-2013. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=889f04d4-7e97-4cf4-9c47-63a5ea852fce%40sessionmgr111&vid=7&hid=122>
- Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. (2005). *Código deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Poles, K. & Bouso, R.S. (2011). Dignified death: Concept development involving nurses and doctors in Pediatric Intensive Care Unit. *Nursing Ethics*, 18(5), 694–709. DOI: 10.1177/0969733011408043.
- Portugal, Presidência do Conselho de Ministros (2011, Fevereiro 18). Regulamento n.º123/2011. *Diário da República*, 2.ª Série (35), 8653-8655.
- Santos, M. H., Mochel, E. G. & Rafael, E. V. (2010). Vivenciando a morte: experiência de profissionais de enfermagem no contexto da unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista de Pesquisa em Saúde*. 11(3), 9-15. Acedido em 20-12-2012. Disponível em http://www.huufma.br/site/estaticas/revista_hu/pdf/Revista_HU_Volume_11_3_SET_DEZ_2010.pdf
- Silva, L. J. (2010). Luto em Neonatologia. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 41(6), 281-284. Acedido em 02-01-2013. Disponível em: http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/25/20110411111808_Etica_Justo_da_Silva_L_41_6.pdf
- Tamez, R. N. & Silva, M. J. P. (1999). *Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém-nascido de Alto Risco*. Editora Guanabara Koogan SA.
- Thompson, I. E., Melia, K. M. & Boyd, K. M. (2004). *Ética em Enfermagem*. (4.ªed.) Lisboa: Lusociência.