

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

O Conforto da Criança/Família

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Por Joana Isabel da Silva Martins Rainha

LISBOA, Maio de 2011

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

O Conforto da Criança/Família

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Joana Isabel da Silva Martins Rainha

Sob orientação da Professora Lilia Rosa Alexandre Vara

LISBOA, Maio de 2011

RESUMO

Este relatório surge como o resultado de uma reflexão sobre as actividades desenvolvidas e competências adquiridas ao longo da Unidade Curricular Estágio inserida no Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. O objectivo geral para a Unidade Curricular Estágio foi "Prestar cuidados de enfermagem à criança/família de acordo com a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, no âmbito das funções atribuídas ao EESIP".

O conforto está vinculado à enfermagem desde a sua origem. No contexto pediátrico em Portugal, os enfermeiros têm vindo a desenvolver uma visão mais holística do binómio criança/família. É fundamental abandonar o conceito de que o conforto é apenas uma medida de alívio da dor mas sim algo positivo, dinâmico e complexo. A enfermagem enquanto disciplina do conhecimento e da prática deverá fundamentar as suas intervenções em procedimentos metodológicos. Considerando o conforto como o estado resultante das intervenções de enfermagem, a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (1994) apresenta uma estrutura taxonómica que permite operacionalizar este conceito.

Demonstra-se a aplicabilidade desta teoria, ao longo dos três Módulos de Estágio ocorridos em contexto: comunitário (Centro de Educação para Crianças Deficientes e na Unidade de Cuidados Personalizados de Alcântara); de internamento da criança/família com doença crónica (na Unidade de Cuidados Especiais e Nutricionais do Hospital Dona Estefânia) e de atendimento à criança/família em situação crítica (Serviço de Urgência Pediátrica e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital Dona Estefânia). Utilizou-se como metodologia o levantamento das necessidades de conforto da criança/família como um diagnóstico da situação de cada local, para um posterior delinear de estratégias com vista ao conforto. Com base na estrutura taxonómica da Teoria do Conforto de Kolcaba, estes resultados permitiram fomentar mudanças que procuram estabelecer comportamentos promotores de saúde na criança/família.

A promoção do conforto aplicada à criança/família é uma atitude altruísta, prática e satisfatória para quem é confortado e para quem conforta, traduzindo-se em ganhos em saúde e contribuindo para a excelência dos cuidados de enfermagem.

Palavras-Chave: Conforto, Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria

ABSTRACT

This report was the result of a reflection of the activities and skills acquired throughout the Internship Course inserted in Nursing Master of Pediatrics and Child Health. The overall objective for the Internship Course was "to provide nursing care for the child/family according to the Theory of Comfort by Katharine Kolcaba within the functions attributed to EESIP".

Comfort is bound to nursing since its inception. In the pediatric context in Portugal, nurses have been developing a more holistic view of the binomial child / family. It is essential to abandon the concept that comfort is only a measure of pain relief but something positive, dynamic and complex. Nursing as a discipline of knowledge and practice, should base their interventions on methodological procedures.

Given the comfort and the resulting state of nursing interventions, the Theory of Comfort Katharine Kolcaba (1994) presents a defined taxonomic structure, which allows applying the concept.

Over the three modules occurring in the context InteRNhip: Community (Education Center for Disabled Children and Care Unit Custom Alcantara) hospitalization of the child / family with chronic illness (in Unit Special Care and Nutrition, Hospital Dona Estefania) and child care / family emergency (ER Pediatric and Neonatal Intensive Care Unit, Hospital Dona Estefania), was possible to demonstrate the applicability of this theory. Following a methodology, where used Surveys for gathering the needs and comfort of the child / family, along with a diagnosis of the situation of each location, all for shaping strategies in order to reach comfort as defined by Kolcaba. These results led to foster changes that sought to establish health-promoting behaviors in children and their family life.

The promotion of comfort applied to child / family is an unselfish attitude, practical and satisfactory for those who are comforted and comfort, resulting in gains in health and contributing to the excellence of nursing care.

Keywords: Comfort, Quality Care Nursing, Nurse Specialist Pediatrics and Child Health

AGRADECIMENTOS

As palavras são escassas para expressar a gratidão que sinto pelas pessoas que me apoiaram nesta caminhada.

A todos os enfermeiros, crianças e famílias pela partilha de experiências.

À minha orientadora Profª. Lília Rosa Alexandre Vara pela sua dedicação à enfermagem, o seu saber, incentivo, orientação e disponibilidade demonstrada para me acompanhar.

Aos enfermeiros Margarida Pires, Marta Pereira e Sofia Nuno, pela orientação ao longo dos diversos contextos de estágio, pelo apoio e incentivo. Serviram sempre de exemplo na minha conduta profissional.

Aos meus pais por acreditarem em mim com o seu amor incondicional, estando sempre presentes com uma palavra de conforto nos momentos mais difíceis, dando-me ânimo, e tornando este percurso possível.

Aos meus irmãos, João e Nuno, pelo apoio, incentivo e orientação neste percurso.

À Tânia Pereira, amiga, pela sua total disponibilidade para me escutar e iluminar neste caminho que foi realizado em conjunto e que serviu para fortalecer para sempre este laço de amizade.

À Raquel Matos, amiga, por estar presente com um sorriso característico e uma palavra de ânimo.

A todos, o meu sincero Bem-haja!

Conforto pode ser um cobertor, uma brisa ou uma pomada para aliviar os joelhos;
Algo a ouvir, escutando as minhas aflições, um par de pantufas para aquecer os meus pés;
Uma medicação analgésica para aliviar a minha dor, alguém a tranquilizar-me mais uma vez;
Uma chamada do meu médico, ou mesmo um amigo;
Um padre ou rabino quando a minha vida se aproxima do fim;
Conforto é o que eu percebo que ele seja, uma coisa necessária definida apenas por mim.

(Kolcaba, 1995, p.289)

LISTA DE ABREVIATURAS

- consult.: Consultado
- ed.: Editor
- et al: *Et alii*
- nº: Número
- p.: Página
- vol.: Volume
- Sr.ª: Senhora
- Sr.: Senhor

LISTA DE SIGLAS

- C.E.C.D.: Centro de Educação para Crianças Deficientes
- CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- dB: Decibéis
- DGS: Direcção Geral de Saúde
- EESIP: Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria
- EE: Enfermeiro Especialista
- HDE: Hospital Dona Estefânia
- OE: Ordem dos Enfermeiros
- OMS: Organização Mundial de Saúde
- PNV Programa Nacional de Vacinação
- REPE: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
- RN: Recém-nascido
- SUP: Serviço de Urgência Pediátrica
- TC: Teoria do Conforto
- UCP: Universidade Católica Portuguesa
- UCERN: Unidade de Cuidados Especiais e Nutricionais
- UCSP: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
- UCIN: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
- UICD: Unidade de Internamento de Curta Duração
- UNICEF: Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para as Crianças

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO 10

1. BREVE FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 13

2. UM OLHAR SOBRE O PERCURSO VIVENCIADO 16

2.1. MÓDULO I – O CONFORTO DA CRIANÇA/FAMÍLIA NA SAÚDE INFANTIL 16
2.1.1. O Centro de Educação para Crianças Deficientes (C.E.C.D.) 16
2.1.2. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Alcântara 18
2.2. MÓDULO II – O CONFORTO DA CRIANÇA/FAMÍLIA NO INTERNAMENTO 32
2.2.1. Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais 32
2.3. MÓDULO III – O CONFORTO DA CRIANÇA/FAMÍLIA EM SITUAÇÃO CRÍTICA 41
2.3.1. Serviço de Urgência Pediátrica do HDE 41
2.3.2. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do HDE 49

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS 59

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 61

ANEXOS 72
ANEXO I 74
Contextualização da Teoria do Conforto 74
ANEXO II 82
Estrutura Taxonómica da Teoria do Conforto no Módulo I 82
ANEXO III 86
Guia Orientador deVigilância da Criança até aos 2 Anos 86
ANEXO IV 138
Folheto Informativo -Guia das Consultas de Saúde Infantil 138
ANEXO V 142
Grelha de Registo dos Cuidados Antecipatórios 142
ANEXO VI 145
Normas de Procedimento: 145
ANEXO VII 165
Folheto Informativo - O Aleitamento Materno 165
ANEXO VIII 169
Formulário para Observação da Mamada 169
ANEXO IX 173
Sessão de Formação "O Aleitamento Materno – Teoria do Conforto": 173
ANEXO X 189
Estrutura Taxonómica da Teoria do Conforto no Módulo II 189
ANEXO XI 193
Formulário de Avaliação de Feridas 193
ANEXO XII 203
Formulário de Avaliação dos Estomas 203
ANEXO XIII 209
Formulário de Ensino dos Cuidados ao Estoma Intestinal 209
ANEXO XIV 217
Normas de Procedimento: 217
O conforto da criança/família com estomas intestinais 217
ANEXO XV 231
Sessão de Formação "Cuidados de Conforto à criança/família com estomas intestinais" 231
ANEXO XVI 245
Estrutura Taxonómica da Teoria do Conforto no 245
Módulo III (SUP) 245

ANEXO XVII 249
Questionário – A opinião dos enfermeiros sobre o conforto do RN/família na urgência pediátrica: 249
ANEXO XVIII 263
Sessão de Formação "O RN/família no Serviço de Urgência Pediátrica – Teoria do Conforto" 263
ANEXO XIX 277
Estrutura Taxonómica da Teoria do Conforto no 277
Módulo III (UCIN) 277
ANEXO XX 281
Sessão de Formação "Projecto Hora da Sesta – Teoria do Conforto" 281
ANEXO XXI 295
Normas de Procedimento: 295
"Hora da Sesta" 295
ANEXO XXII 309
Projecto "Hora da Sesta" inserido nos Padrões de Qualidade da Ordem do Enfermeiros 309

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito do Curso de Mestrado na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Instituto de Ciências da Saúde na Universidade Católica Portuguesa (UCP).

Após todo o percurso teórico e académico realizado, o relatório pretende ser um enunciado reflexivo do contexto prático nomeadamente, da Unidade Curricular Estágio. Tem como finalidade a exposição, análise crítica e reflexiva dos objectivos delineados e das intervenções desenvolvidas nos diversos módulos do Estágio, visando a aquisição de competências especializadas como Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediatria (EESIP). O enfermeiro especialista (EE) é um:

> " *profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção*" (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2010, p.2)

Este campo de intervenção, no caso do EESIP, refere-se ao período crucial que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade (OE, 2010). No entanto, para que a transição para a vida adulta seja conseguida com sucesso, a idade limite poderá ir até aos 21 anos, no caso de doença crónica, incapacidade e deficiência.

A temática seleccionada de forma a ser transversal a toda a Unidade Curricular Estágio é **"O Conforto da Criança/Família"** com base na Teoria do Conforto (TC) de Katharine Kolcaba (1994). Este tema surge porque durante toda a prática profissional se considerou como prioritário o bem-estar do outro. É fundamental reflectir sobre o conforto da criança/família nas suas diversas etapas do desenvolvimento em contexto comunitário e hospitalar. O principal impulso da teoria é "devolver a enfermagem a uma prática centrada nas necessidades dos doentes, dentro ou fora das instituições" (Tomey & Alligood, 2004, p.492). O conforto quando promovido de forma sistemática, traduz-se numa situação de tranquilidade física e bem-estar corporal, tal como é referido na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) Versão 2.0 (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006).

Kolcaba (2001) defende que em situações de cuidados de saúde stressantes, as necessidades de conforto são satisfeitas por enfermeiros. Habitualmente, o conforto surge associado à ausência de dor e à dimensão física da pessoa. No entanto, esta visão

não pode ser a de um EESIP pois, deve ser sempre utilizado um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados (OE, 2010). A promoção do conforto aplicada à criança/família é uma atitude altruísta, prática e satisfatória para quem é confortado e quem conforta, traduzindo-se em ganhos em saúde e contribuindo para a excelência dos cuidados de enfermagem. A Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS) (Saúde, 1946) estabelece que a saúde é o estado de completo bem-estar físico, social, mental e não somente a ausência de dor ou enfermidade.

Como objectivo geral e transversal aos três módulos de Estágio, definiu-se "*Prestar cuidados de enfermagem à criança/família de acordo com a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, no âmbito das funções atribuídas ao EESIP".*

Pretendeu-se desenvolver e aprofundar competências com base na TC de Kolcaba em paralelo com outras teorias, de forma a fundamentar todas as intervenções realizadas, no caminho da prática baseada na evidência. Assim, teve-se igualmente como base de sustentação outros documentos que são linhas orientadoras das definições de competências tais como: o Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional da UCP (2009); o Regulamento das Competências Comuns do EE (OE, 2010) e o Regulamento das Competências Comuns do EE em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2010).

O Módulo I do Estágio - Saúde Comunitária, com o objectivo de promoção da saúde familiar, realizou-se no período de 19 de Abril a 18 de Junho. Os três primeiros dias sucederam-se num recurso comunitário nomeadamente no Centro de Educação para Crianças Deficientes de Mira Sintra e os restantes dias na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Alcântara. O Módulo II do Estágio - Serviço de Internamento/Cirurgia, decorreu de 27 de Setembro a 19 de Novembro, com o objectivo de cuidar de crianças com problemas de saúde, de natureza aguda e/ou crónica e teve lugar na Unidade de Cuidados Especiais Nutricionais e Respiratórios (UCERN) do Hospital Dona Estefânia (HDE). O Módulo III do Estágio efectuado no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) e na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), com o objectivo de cuidar de crianças/família em estado crítico, foi realizado em ambos os serviços do HDE. O estágio do SUP decorreu no período de 22 de Novembro a 17 de Dezembro e o da UCIN de 3 a 28 de Janeiro.

Estruturalmente, o relatório inicia-se com uma breve fundamentação teórica através de um enquadramento na TC de Kolcaba. Segue-se uma análise dos três Módulos de Estágio divididos por capítulos, cada um dos quais com uma caracterização sumária dos serviços de saúde, os objectivos delineados, as actividades desenvolvidas, as competências adquiridas e uma reflexão crítica. Por último, surgem as considerações finais nas quais se reflecte sobre em quê, como e porquê todo o percurso delineado foi relevante e essencial. Interessa considerar o que trouxe de novo e como modificou atitude, comportamentos e visão sobre a criança/família. São também referidas limitações encontradas e sugestões para futuros relatórios e estudos. No final, são apresentados em anexo, todos os trabalhos desenvolvidos neste âmbito ao longo do percurso reflexivo e formativo.

Por tudo o referido anteriormente, a reflexão imbuída de análise crítica foi a metodologia subjacente à elaboração deste relatório, com a justificação científica sempre que possível de todas as actividades, de forma a obter, como resultado final das intervenções de enfermagem, o conforto da criança/família e assim, caminhar para um cuidar de excelência, com uma prática baseada na evidência.

1. BREVE FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O presente capítulo pretende contribuir para a compreensão dos fenómenos do conforto nos cuidados de enfermagem com uma breve apresentação da TC de Katharine Kolcaba.

A prática de enfermagem esteve, desde os tempos mais antigos, ligada à noção de conforto. Ao recordar os registos históricos de *Notes on Nursing* (1859), o conforto já era algo expresso e visto como o objectivo dos cuidados de enfermagem. Constata-se que o conforto está presente em algumas teorias tais como: Teorias de Leininger, Watson, Morse e de Kolcaba. No entanto, duas evidenciaram-se pela profundidade das suas investigações nomeadamente a Janice Morse e a Katharine Kolcaba. Ambas as teorias vêem a intervenção de enfermagem como a acção de confortar e o conforto como o resultado dessa intervenção. No entanto, opta-se por fundamentar este relatório com base na teoria de Katharine Kolcaba, pois esta operacionalizou o conceito do conforto e tornou-o funcional como resultado dos cuidados de enfermagem, ao considerar que o processo do conforto só fica completo com a avaliação dos resultados, criando assim uma teoria de médio alcance. Esta é caracterizada por um número limitado de conceitos e pressupostos, baixo nível de abstracção e uma fácil utilização na prática actual (Kolcaba, 2003).

No entanto, pode surgir uma dúvida, porque será o conforto diferente do cuidar? De acordo com Kolcaba (1992) na sua teoria, o conforto é o resultado pretendido pelos enfermeiros e o cuidar é a forma como os enfermeiros exercem o seu trabalho. Watson e Leininger por outro lado, contemplavam o conforto como um componente do cuidar enquanto que Kolcaba e Morse consideram o cuidar como um componente do conforto. Kolcaba utiliza o cuidar como um adjectivo e o conforto como um substantivo sendo este último, um processo e não uma intervenção.

Para usar a TC (2005) é necessário: compreender a definição de conforto e as suas origens; compreender as relações (pressupostos) entre os conceitos gerais da teoria e, por fim, adequar estes conceitos aos problemas/realidade da pediatria de forma a aplicá-la na prática e a gerar questões futuras de investigação. No presente capítulo, faz-se apenas uma breve introdução à TC, com os seus pressupostos aplicados à pediatria. Esta teoria remete para uma visão holística do indivíduo, evidenciado de uma forma esquemática no seu quadro conceptual e estrutura taxonómica, no Anexo I, no qual se faz uma contextualização mais alargada da mesma.

Inicialmente Kolcaba (1991, p.20) definiu o conforto como " a experiência de ter alcançado as necessidades humanas básicas de tranquilidade, alívio e transcendência" e, mais tarde, como "a satisfação (activa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência que emergem de situações causadoras de stress, em cuidados de saúde nos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental" (1994, p.1178). Os pressupostos básicos que sustentam a TC são: os seres humanos têm respostas holísticas perante um estímulo complexo; o conforto é um resultado holístico desejável que está associado à disciplina de enfermagem e os seres humanos empenham-se activamente, por satisfazer ou terem as suas necessidades básicas de conforto satisfeitas (Kolcaba, 1994, p.1178).

Importa compreender os seus pressupostos básicos aplicados à enfermagem de saúde infantil e pediatria, nomeadamente: (a) a criança/família têm respostas holísticas perante um estímulo complexo; (b) os enfermeiros devem identificar as necessidades de conforto da criança/família que ainda não tenham sido satisfeitas e planearem intervenções para satisfazerem essas necessidades; (c) no caso da criança/família a prevenção do conforto é melhor que o tratamento; (d) se o desconforto não pode ser prevenido, a criança/família pode ser ajudada a alcançar a transcendência através de estratégias de conforto que permitam a esperança, o sucesso e o suporte ao seu medo; (e) ao aplicar a TC, os enfermeiros devem considerar toda a criança no seu contexto familiar e, (f) se o conforto pretendido é atingido, a criança/família são incentivados a adoptar estilos de vida saudáveis (Kolcaba 2001; Kolcaba & DiMarco 2005). Deste modo, ao adoptarem estilos de vida saudáveis, tanto a criança/família como os enfermeiros estarão mais satisfeitos numa determinada instituição de saúde. Esta ao ter a criança/família satisfeitos conservará o seu bom funcionamento e as suas boas normas e práticas.

Estruturalmente, o conforto está organizado numa grelha bidimensional (Kolcaba, 1992) (Anexo I). A primeira dimensão representa a intensidade de satisfação ou não das necessidades de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência). A segunda dimensão diz respeito aos contextos nos quais o conforto é experimentado (físico, psicoespiritual, ambiental e sociocultural) (Kolcaba, 1991).

O estado de alívio pressupõe a existência de um desconforto prévio, do qual o indivíduo é aliviado através das intervenções de enfermagem. O estado de tranquilidade é visto como um estado de contentamento, no qual ao se manipular o ambiente existe uma

melhoria da ***performance*** do indivíduo. Kolcaba refere que o conforto faz sentido como um meio para alcançar a ***performance*** durante uma tarefa. Em situação de saúde, o corpo sente-se tranquilo. Em situação de doença, "***dis-****ease"* afasta a tranquilidade "*ease"* e é através da intranquilidade que se começa a tomar consciência do conforto. Este, é um estado de sentido de esperança, ganho de capacidades e de uma nova tranquilidade quando tudo parecia perdido. A transcendência está relacionada com as intervenções dos enfermeiros para aumentar o auto-conhecimento, a auto-estima, o auto-controlo, ou seja, pretende-se um desprendimento do indivíduo com a preocupação da dor, incapacidade ou qualquer outra dificuldade (Watson, 1999; Kolcaba, 2003).

A segunda dimensão engloba os quatro contextos do conforto, sintetizados por Kolcaba (1992, 2003). O contexto físico corresponde ao estado físico do indivíduo nomeadamente: o descanso, o relaxamento, os níveis de eliminação e hidratação, a dor, o posicionamento, entre outros. O contexto psicoespiritual diz respeito à consciência interna de si próprio incluindo a auto-estima, o auto-conceito, a sexualidade, o significado de vida e, ainda, a relação com uma ordem ou um ser mais elevado. O contexto sociocultural corresponde às relações interpessoais, familiares e sociais bem como, aspectos financeiros e informacionais da vida social. Por fim, o contexto ambiental engloba a a luz, o ruído, o equipamento, a cor, a temperatura e os elementos naturais ou artificiais do meio.

No modelo conceptual da TC, a "Enfermagem" é descrita como o processo de avaliação das necessidades de conforto do indivíduo com a implementação de intervenções seguidas de uma avaliação sobre a sua eficácia no alcance do conforto. As "Necessidades de Saúde" são consideradas como deficits em qualquer contexto do conforto que resultam de situações stressantes às quais o indivíduo não consegue suportar. O "Doente" é um indivíduo, família ou comunidade que necessitam de cuidados de saúde. O "Ambiente" é as influências externas (espaço físico, politicas) que podem ser manipuladas para melhorar o conforto. A "Saúde" é a função ideal de um indivíduo/família/comunidade facilitada pela atenção dada às necessidades de conforto (Kolcaba, 2003).

Nos capítulos seguintes, referentes ao contexto prático da Unidade Curricular Estágio, recorre-se à estrutura taxonómica da TC como um diagnóstico de situação de cada local, de forma a identificar as necessidades de conforto da criança/família. De seguida, planeiam-se intervenções direccionadas a estas mesmas necessidades.

2. UM OLHAR SOBRE O PERCURSO VIVENCIADO

Este capítulo contempla o percurso realizado no contexto prático da Unidade Curricular Estágio. Cada subcapítulo corresponde a um Módulo de Estágio no qual se faz uma breve caracterização do serviço de saúde, o diagnóstico da situação com o levantamento das necessidades de conforto da criança/família, os objectivos delineados, as intervenções realizadas e as competências adquiridas, englobando a competência os cuidados de enfermagem competentes, as capacidades de reflexão e de tomada de decisão (Benner, 2001).

2.1. MÓDULO I – O CONFORTO DA CRIANÇA/FAMÍLIA NA SAÚDE INFANTIL

Este módulo de estágio dividiu-se em dois momentos distintos sendo que o primeiro decorreu no Centro de Educação para Crianças Deficientes (C.E.C.D.) de Mira Sintra e o segundo na UCSP de Alcântara. Este capítulo engloba os objectivos, as actividades realizadas e as competências desenvolvidas em cada instituição.

2.1.1. O CENTRO DE EDUCAÇÃO PARA CRIANÇAS DEFICIENTES (C.E.C.D.)

O estágio decorreu entre o período de dia 19 a 21 de Abril de 2010 no total de 20 horas. O C.E.C.D. de Mira Sintra é uma cooperativa de solidariedade social, reconhecida como instituição de utilidade pública sem fins lucrativos. Foi fundada em 1976 por pais e técnicos. Atende mais de oito centenas de crianças, jovens e adultos que precisam de apoios especializados, devido a perturbações no seu desenvolvimento e/ou deficits acentuados no seu rendimento escolar, laboral ou social. O seu âmbito de acção estende-se prioritariamente ao Conselho de Sintra.

Para este local de estágio estabeleceu-se como objectivo específico:

- ✓ **Conhecer as actividades realizadas e o possível contributo do EESIP no C.E.C.D.**

A missão do C.E.C.D. consiste em desenvolver serviços de qualidade para as pessoas com deficiência intelectual e multi-deficiência, dignificando a sua imagem, lutando pelos seus direitos enquanto seres humanos e melhorando a sua qualidade de vida (C.E.C.D., 2009). Tem como objectivos: promover o desenvolvimento máximo das capacidades dos utentes optimizando o seu potencial; rentabilizar as suas capacidades

remanescentes; valorizar e dignificar a sua imagem; promover a sua plena inclusão na sociedade e lutar pelo seu reconhecimento enquanto cidadãos de pleno direito procurando obter uma verdadeira igualdade de oportunidades.

Ao longo dos três dias de estágio, por distribuição da directora do C.E.C.D. acompanhei uma psicóloga da Unidade de Intervenção Precoce na Infância, na sua actividade itinerante nos jardins-de-infância, particularmente a crianças com paralisia cerebral e autismo. Segundo o Artigo 3º do Decreto de Lei 281/2009 de 6 de Outubro a intervenção precoce na infância é "o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança/família, incluindo acções de natureza preventiva e reabilitativa designadamente no âmbito da educação, da saúde e da acção social". Nestas visitas, inicialmente em reunião, planeia-se com os educadores de infância possíveis modos de intervenção seguindo-se uma avaliação à criança. Desta forma, foi possível observar a interacção de cada criança com a psicóloga, tendo em conta as suas necessidades de acordo com o estadio de desenvolvimento da mesma. A avaliação visa a capacitação e a potencialização da sua autonomia no encontro das respostas às suas necessidades. Verificou-se que abordar a criança no seu meio ambiente é muito vantajoso na medida em que esta se sente segura, está familiarizada com o espaço, as pessoas e a realidade, fazendo com que as actividades de intervenção precoce sejam melhor aceites e mais proveitosas pois, as suas limitações físicas e intelectuais já constituem de antemão um impedimento.

Foi possível observar que estas crianças podem coabitar nos jardins-de-infância e escolas com outras crianças saudáveis, sendo aceites na sua diferença e limitações, crescendo e desenvolvendo-se paralelamente. Apesar de o C.E.C.D. realizar um óptimo trabalho, considera-se que seria de extrema relevância a existência de um EESIP na equipa multidisciplinar. Nos dias passados na instituição constatou-se que o C.E.C.D. defende o modelo dos cuidados centrados na criança/família, ou seja, estimula e vê a família com competências parentais suficientes para ser responsável pela criança. Assim, seria de interesse para a instituição ter um EESIP de forma a ser um gestor de caso da criança/família na avaliação inicial, no processo de intervenção precoce, na articulação entre as instituições de saúde, na referenciação de novos casos e na formação da equipa. Segundo a directora do centro, verifica-se que habitualmente a família está assente no "modelo de perito" pois espera que os técnicos considerados peritos sejam responsabilizados pelo desenvolvimento da criança. No entanto, a

presença de um EESIP iria contrariar esta ideia pois está ciente que os pais e os técnicos são co-responsáveis no processo, tendo os pais um papel essencial e insubstituível. O EESIP tem o compromisso de incluir os pais nos cuidados de saúde à criança por serem quem melhor a conhece, devendo-se aliar como parceiros na prestação de cuidados (Wright & Leahey, 2002). As crenças e valores que sustentam essa filosofia incluem o reconhecimento de que os pais são os melhores prestadores de cuidados à criança (Casey, 1993).

Considera-se que os três dias de estágio no recurso na comunidade foram extremamente valiosos e ricos em experiências, apesar do período limitado de tempo, permitiram um contacto com crianças fora do foro hospitalar. Esta passagem pelo recurso comunitário possibilitou a aquisição das seguintes competências: (a) r*eflecte na e sobre a sua prática, de forma critica e* (b) *mantém de forma contínua e autónoma, o seu processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.*

2.1.2. UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS DE ALCÂNTARA

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 determina a promoção da saúde e a prevenção da doença como importantes estratégias a adoptar no sentido de obter "ganhos em saúde". O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), Decreto-lei n.º161/96, no seu artigo 8º refere que "o exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social".

Na Carta de Ottawa (Saúde, 1986), a promoção da saúde é um processo que visa criar condições que possibilitem aos indivíduos e aos grupos (família, escola, trabalho e comunidade) adquirir capacidades que lhes permitam controlar a sua saúde, com o intuito de a melhorar ou manter. Assim, a saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida.

No actual modelo organizativo de reconfiguração dos centros de saúde e de acordo com o Decreto-lei nº. 28/2008 de 22 de Fevereiro, as UCPS são unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita numa determinada zona do país. As UCSP têm assim o dever de "garantir a acessibilidade, a globalidade, a continuidade e a qualidade dos cuidados de saúde" (Portugal, 2006, p.2).

A UCPS de Alcântara localiza-se no Conselho de Lisboa, pertencente ao agrupamento de centros de saúde da grande Lisboa III - Lisboa Central (Portal da Saúde). A área de influência da UCSP de Alcântara incorpora as freguesias de Alcântara e de Santa Maria de Belém. Assim, engloba uma amostra mais instruída e com mais poder socioeconómico proveniente da freguesia de Santa Maria de Belém. Por outro lado, abrange a Quinta da Cabrinha, na freguesia de Alcântara, caracterizada por uma amostra com baixos rendimentos, actividades profissionais pouco especializadas e de vínculo precário, subsistindo com o rendimento mínimo ou subsídios de reinserção social, com condições habitacionais deterioradas. A UCSP tem apenas uma EESIP responsável pela consulta de saúde infantil. As restantes áreas de vacinação e saúde escolar estão sob a responsabilidade de duas enfermeiras de cuidados gerais. A enfermagem de saúde materna está a cargo de uma enfermeira especialista da área. A equipa multidisciplinar é complementada por médicos de saúde familiar bem como por uma higienista oral, uma técnica de optometria, uma assistente social e uma psicóloga com as quais se articula sempre que necessário.

O Programa de Saúde Infantil, da UCSP de Alcântara, contempla actividades conforme o preconizado pelo "Programa -Tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil" do PLANO NACIONAL DE SAÚDE. As acções de vigilância de saúde são realizadas através da saúde escolar e das consultas médicas e de enfermagem no primeiro ano de vida. A consulta de enfermagem de saúde infantil é efectuada pelo EESIP e na sua ausência por uma enfermeira de cuidados gerais. A consulta é dirigida apenas a crianças até aos 12 meses de idade, devido ao elevado número de crianças que recorrem à consulta, segundo informação da Sr.ª EESIP orientadora.

Na UCSP de Alcântara as consultas de enfermagem ocorrem: no dia em que é realizado o Teste de Guthrie (entre o 3º e 6º dia de vida); semanal/quinzenalmente até aos dois meses de idade para uma avaliação ponderal e, sempre que necessárias e se possível alternadas com as consultas médicas de saúde infantil que estão preconizadas como rotina, ou seja, aos 3, 5, 7, 10/11 meses. Habitualmente, tenta-se conciliar a administração das vacinas contempladas no Programa Nacional de Vacinação (PNV) com as consultas de enfermagem e/ou médicas. A realização do Teste de Guthrie é considerado um momento chave e habitualmente coincide com a realização da primeira consulta de enfermagem do recém-nascido (RN). É durante este procedimento que ocorre o primeiro contacto com o RN/família, constituindo uma excelente oportunidade

para se proceder ao despiste de potenciais situações de risco e realizar alguns dos ensinos mais prementes nesta primeira fase.

- ✓ **1º Conhecer a dinâmica funcional da UCSP de Alcântara bem como a prática da prestação de cuidados de enfermagem, com enfoque nas necessidades de conforto da criança/família.**

O Código Deontológico do Enfermeiro (2009) no artigo 80º vem reafirmar que o enfermeiro como responsável pela promoção da saúde junto da comunidade deve assumir o dever de "conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido", "participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detectados" e " colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade".

Na primeira semana, através de reuniões com a Sr.ª. EESIP orientadora e a Sr.ª Enfermeira Chefe bem como com a participação activa nas consultas de saúde infantil, foi possível conhecer a dinâmica funcional da USCP de Alcântara e fazer um diagnóstico da situação. Este foi realizado com um levantamento de necessidades de conforto da criança/família de acordo com a estrutura taxonómica da TC de Kolcaba, visível na Tabela 1, do Anexo III.

Nesta Tabela 1 em anexo, estão explícitas as necessidades de conforto sentidas pela criança/família na consulta de saúde infantil da UCSP de Alcântara. Deste modo, é possível fazer um planeamento das estratégias de forma a colmatar as necessidades e a diminuir as tensões negativas.

Ao longo da semana, foram várias as consultas de saúde infantil realizadas a RN nas quais, foram identificadas dificuldades sentidas pelos pais na adaptação a este novo papel, nesta transição para a parentalidade. Tal como Kolcaba defende, uma situação stressante tende a causar uma tensão negativa que representa um desequilíbrio quando as forças obstrutivas excedem as forças facilitadoras a que a pessoa pode recorrer, ou seja os seus recursos. Neste caso, a situação stressante do nascimento de um filho, pode ter como força obstrutiva a dificuldade na transição para a parentalidade que causa medo, dúvidas em diversas áreas (as consultas de saúde infantil, a vacinação, o aleitamento materno, entre outras) o que pode originar um desequilíbrio. No entanto, cabe aos enfermeiros como forças facilitadoras suprir essas necessidades movendo a tensão numa direcção positiva, com um planeamento de estratégias.

Em consonância com Kolcaba, Meleis [et al] (2000) defendem que a transição constitui a mudança de uma fase da vida, condição ou estado para outra, sendo tanto um resultado de, ou resultar em, alterações ocorridas na vida, saúde, relações ou ambiente. Esta transição para a parentalidade tem início, geralmente, no planeamento da gravidez, culminando numa postura confiante na prestação de cuidados ao RN. O processo de transição para a parentalidade requer o desenvolvimento por parte dos pais de capacidades de adaptação e aquisição de competências próprias. O papel do EESIP é reconhecer as alterações que esta transição provoca individualmente nos pais tais como, sentimentos de desânimo, medo, receio sobre a sobrevivência do RN e alteração do "motherhood" (Shin & Rosemary, 2007).

As necessidades de conforto da criança/família da UCSP de Alcântara centram-se essencialmente no contexto sociocultural e físico. Apurou-se igualmente, através da percepção transmitida pela equipa, que seria necessário uniformizar os cuidados relativamente à consulta de enfermagem de saúde infantil.

Em suma, este primeiro objectivo específico permitiu desenvolver as seguintes competências: "demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização" e "identifica as necessidades formativas na sua área de especialização".

Após o diagnóstico da situação com base nas necessidades de conforto, programaram-se outros objectivos, que vão de encontro ao Modelo de Gestão dos Centros de Saúde (OE, 2004) e aos Padrões de Qualidade (OE, 2002), no qual a enfermagem deverá intervir na área da saúde da criança e do adolescente na sua promoção da saúde e o bem-estar. Para tal, deve-se promover o aleitamento materno (AM), pelo menos até aos três meses de vida, garantir consultas de enfermagem de saúde infantil de acordo com as orientações da Direcção Geral de Saúde (DGS) e garantir o cumprimento do PNV.

- ✓ **2º Promover o conforto da criança/família no contexto sociocultural com a uniformização da Consulta de Saúde Infantil até aos 2 anos de idade.**

Os manuais da UCSP, não previam um guia orientador da consulta de saúde infantil que contribuísse para a sua uniformização e facilitasse o trabalho dos enfermeiros. Esta lacuna foi explícita pela Sr.ª. EESIP orientadora que referiu que quando a mesma faltava e era substituída por outra enfermeira, esta não tinha um guia orientador que

pudesse consultar no caso de surgirem dúvidas. Por outro lado, este guia seria igualmente útil para a integração de novos profissionais e de alunos de enfermagem.

Assim, a primeira estratégia a implementar foi a elaboração de um "Guia Orientador de Vigilância da Criança até aos 2 anos", no qual é dado especial relevo aos cuidados antecipatórios visto as consultas de saúde infantil terem grande incidência nos RN (Anexo IV).

O guia encontra-se estruturado de acordo com o "Programa tipo de Actuação para a Saúde Infantil e Juvenil" da DGS. Está dividido pelas "idades chave" das diversas consultas, com os parâmetros a avaliar, os cuidados antecipatórios mais relevantes bem como aspectos do desenvolvimento e aspectos legais/financeiros relativos aos direitos dos pais.

As consultas de enfermagem constituem momentos óptimos para promover a saúde da criança, através de uma correcta avaliação do desenvolvimento infantil e da promoção de competências parentais. Neste sentido, os cuidados de enfermagem, compreendem não apenas a realização de técnicas ou utilização mas sim uma avaliação, diagnósticos de enfermagem, orientação e educação para a saúde (Oliveira & Cadete, 2007).

Pretende-se não só avaliar os dados antropométricos, a tensão arterial, a postura, a linguagem, a visão e audição mas também os aspectos psico-afectivos, sociais e o estímulo da função parental. Considera-se importante que as consultas de enfermagem sejam independentes das consultas médicas havendo sim, uma complementaridade, de forma a disponibilizar o tempo necessário no apoio à família para o desenvolvimento da parentalidade com a promoção dos cuidados antecipatórios.

O "Guia Orientador de Vigilância da Criança até aos 2 anos de Idade" pretende ser um manual de boas práticas, que segundo a OE (2007) constitui um instrumento de qualidade. Os enfermeiros devem basear a sua actuação em práticas recomendadas, tornando os cuidados que prestam mais seguros, viáveis e eficazes. Um guia ou manual de boas práticas ambiciona ser uma linha orientadora para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e, para isso, deve ser construído com base em fontes científicas e opiniões de peritos, de forma a obter respostas satisfatórias para o cliente e facilitar a resolução de problemas pelos profissionais de enfermagem (OE, 2007). Elaborar um manual de boas práticas é entendido pela OE como competência do EE,

sendo mais uma razão importante para a realização do mesmo devendo a sua aplicação uniformizar e melhorar os cuidados de enfermagem (OE, 2010).

Paralelamente ao guia orientador, realizou-se um Folheto Informativo do acolhimento denominado "Guia da Consultas de Saúde Infantil" dirigido aos pais, no qual se aborda a importância das consultas e o seu esquema, o PNV e alguns contactos úteis de que possam vir a necessitar (Anexo V). Verificou-se que os pais manifestavam dúvidas sobre o funcionamento da consulta de saúde infantil nomeadamente, os horários, as marcações e o esquema das consultas. Constatou-se igualmente que existiam situações de crianças com vacinas em atraso, sendo necessário recorrer a esquemas cronológicos de recurso. Assim, optou-se por incluir também neste folheto a importância de cumprir o PNV recomendado pela DGS, pois aos profissionais de saúde "compete divulgar o programa, motivar as famílias e aproveitar todas as oportunidades para vacinar as pessoas susceptíveis, nomeadamente através da identificação e aproximação a grupos de imigrantes ou outros, com menor acesso aos serviços de saúde" (Portugal, 2006, p.8). Assim, no primeiro contacto com a criança/família deve ser facultado o folheto de acolhimento à consulta de saúde infantil para garantir a assiduidade às mesmas. Foi proposto à Sr.ª EESIP orientadora facultar este mesmo folheto à grávida seguida na consulta da saúde materna da UCSP. Esta proposta foi apresentada à EE de saúde materno-infantil que demonstrou interesse na aplicabilidade do folheto na sua consulta, de forma a melhorar a adesão da criança/família à UCSP.

O guia orientador, o folheto informativo, a pesquisa bibliográfica e a mobilização de conhecimentos inerente, permitiu aprofundar as seguintes competências: "mantém, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional", demonstra um nível aprofundado de conhecimentos na sua área de especialização", "incorpora na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências", "promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros" e "colabora na integração de novos profissionais".

Igualmente para promover o conforto sociocultural da criança/família, foi elaborada uma "Grelha de Registo dos Cuidados Antecipatórios" (Anexo VI) como uma *"check-list"*, de modo a relembrar todos os pontos a abordar nas consultas iniciais de saúde infantil. É fundamental na primeira consulta explicar a importância da vigilância de saúde ao longo do desenvolvimento da criança e do cumprimento do PNV. Esta folha

deverá ser colocada no processo de cada RN, para que na consulta seguinte o enfermeiro saiba quais os ensinos anteriormente feitos e as suas observações, de modo a dar continuidade aos cuidados.

Habitualmente, os registos de enfermagem são efectuados no processo da criança e no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil. Na primeira consulta do RN, usualmente aquando da realização do Teste de Gutherie, a família está numa fase de adaptação relacionada com o facto de ter um RN em casa. Esta é, habitualmente, uma fase de muitas dúvidas e de natural ansiedade para os pais/família. Nesta consulta, era registado no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e numa folha de avaliação do desenvolvimento segundo Mary Sheriden, a observação física do RN, avaliação de peso, comprimento, perímetro cefálico e os reflexos presentes. Era também registado no processo do RN, os ensinos efectuados aos pais relativamente aos cuidados antecipatórios. Este último registo, era um processo moroso e trabalhoso pois importa registar para além dos ensinos que foram efectuados, a percepção e dificuldades sentidas pelos pais. Assim, esta grelha de registo dos cuidados antecipatórios elaborada, de acordo com as necessidades de conforto da criança/família, visa abordar o contexto físico (alimentação, eliminação, higiene e conforto, vestuário e sono), o contexto ambiental (segurança e prevenção de acidentes), o contexto sociocultural (afecto e estimulação, vigilância da saúde) e o contexto psicoespiritual (apoio). Considera-se que esta estratégia é de extrema relevância para a promoção do conforto sociocultural porque irá facilitar o primeiro contacto entre o enfermeiro e a família, tendo por base uma relação de ajuda e empatia.

De acordo com as directivas do Programa-tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil (2004-2010), o enfermeiro deve reconhecer os pais como principais cuidadores dos seus filhos, pelo que as intervenções devem ser baseadas numa perspectiva de cuidados antecipatórios, partilhando com estes conhecimentos que possam ser facilitadores do desenvolvimento de competências parentais. Assim, considera-se que o conhecimento e a compreensão das experiências parentais são particularmente importantes para o EESIP, de forma apoiar a família na procura de uma transição favorável, com a aquisição das competências parentais e na promoção do bem-estar emocional (Martins, 2008). Para tudo isto, importa registar adequadamente todos os factores descritos anteriormente de forma a promover a continuidade dos cuidados.

A elaboração da "Grelha de Registo dos Cuidados Antecipatórios" permitiu desenvolver as seguintes competências: "toma iniciativas e é criativo na interpretação e resolução de

problemas na sua área de especialização", "promove o crescimento e desenvolvimento infantil, ao transmitir orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil" e "desenvolve uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente".

Em suma, para Kolcaba (2003), um acolhimento bem sucedido de todos os membros, neste caso dos enfermeiros, é central para alcançar o conforto sociocultural. Os utentes devem sentir-se bem acolhidos e bem informados de forma a se sentirem envolvidos nos cuidados e decisões. Refere que as enfermeiras são um grande apoio social e que podem promover o conforto mais do que imaginam. Os enfermeiros, segundo ainda Kolcaba, podem promover o conforto sociocultural ao fazer sentir os utentes "em casa", importantes e valorizados. Todas as actividades anteriormente referenciadas foram realizadas simultaneamente de forma a irem de encontro ao objectivo específico do módulo I. Todo o processo subjacente à realização deste conjunto de actividades tem como base o que Kolcaba protagoniza para promover o conforto sociocultural que diz respeito às relações interpessoais, familiares e sociais, incluindo ainda aspectos financeiros e informacionais da vida social (1997).

- ✓ **3º Promover o conforto da criança/família no contexto físico, com a melhoria da prática do aleitamento materno.**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para as Crianças (UNICEF) recomendam o AM exclusivo desde o nascimento até aos seis meses de vida e a manutenção da amamentação com alimentos complementares até aos dois anos de idade ou mais (Levy & Bértolo, 2008). Em Portugal, não existem estatísticas sobre a incidência e a prevalência do AM. As Orientações Estratégicas para 2004-2010 (p.16) do PLANO NACIONAL DE SAÚDE, referem que "será dado destaque ao AM como um critério de qualidade dos cuidados de saúde perinatais".

No entanto, ao longo da primeira semana pode constatar-se o fácil e precoce abandono do AM, bem como a introdução precoce da alimentação artificial, fissuras mamárias, posicionamento incorrecto durante a amamentação e dúvidas dos pais acerca de todo este processo. Assim, apesar das recomendações, as taxas de AM em Portugal continuam aquém do aconselhado. O EESIP enquanto educador para a saúde, tem uma intervenção essencial na promoção do AM, pois está em posição privilegiada para

diagnosticar, informar e aconselhar os recentes pais com os cuidados antecipatórios e na promoção das competências parentais.

Inicialmente, foi proposta a realização de um cantinho da amamentação que foi inviabilizado por falta de espaço físico e recursos financeiros. O cantinho da amamentação, segundo Saraiva (2010) surge para dar apoio às mães com problemas relacionados com o AM. É um espaço localizado no CS, onde as utentes podem amamentar e servir-se dos equipamentos de extracção e de recolha do leite materno, assim como receber aconselhamento de técnicos especializados (conselheiros). Assim, contornou-se esta impossibilidade com o planeamento de outras actividades para melhorar a prática AM com um consequente aumento do conforto físico da criança/família.

Como primeira actividade, de forma a sistematizar a prática do AM, executaram-se normas de procedimento sobre o "Aleitamento materno" e a "Extracção e Conservação do Leite Materno" (Anexo VII). A promoção do AM "depende da implementação de políticas nacionais e de recomendações a todos os níveis dos serviços sociais e de saúde, para que o mesmo seja entendido como a norma" (Conferência da União Europeia, 2004). O EESIP como elemento de referência da equipa de enfermagem, deve desempenhar um papel activo na promoção de boas práticas que advém da aplicação de linhas orientadoras, com base em evidências científicas e na opinião de peritos nesta área do AM. Torna-se necessário estabelecer guias de boas práticas nos CS para uniformizar os cuidados a todos os profissionais.

A par com as normas de procedimento, realizou-se um Folheto Informativo denominado "O Aleitamento Materno" (Anexo VIII), no qual se aborda as vantagens do mesmo para a mãe e RN, o procedimento da extracção manual e eléctrica do leite materno, a sua forma de conservação e contactos de organizações às quais a mãe pode recorrer em caso de dúvidas. Tal como o folheto do acolhimento "Guia das Consultas de Saúde Infantil", estipulou-se que este seria igualmente entregue na consulta da grávida. A informação que os enfermeiros transmitem à grávida acerca do AM, é fundamental na sua decisão de amamentar. Desta forma, considerou-se importante a articulação com a enfermagem de saúde materna visto, na maioria dos casos em que a mãe opta pelo aleitamento artificial, fá-lo por desconhecimento do valor real do seu leite ou porque não foi suficientemente apoiada quando se sentiu insegura (Carvalho e Tamez, 2002). As causas apontadas para o abandono do AM prendem-se sobretudo com a insegurança das

mães no acto de amamentar (má pega), na capacidade de suprir eficazmente as necessidades nutricionais do bebé (hipogalactia, má progressão ponderal) e fissuras mamárias. Por outro lado, o regresso ao trabalho continua a ser uma barreira importante para a manutenção do AM exclusivo e contribui para a grande quebra da taxa de amamentação dos três para os seis meses. Desta forma, o EESIP deve saber valorizar os sentimentos das mães não as deixando culpabilizarem-se pelo desmame precoce.

A elaboração das normas de procedimento e o folheto informativo permitiram desenvolver como competências: "gera e interpreta de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiencia profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada" e "colabora na integração de novos profissionais".

Representantes de vários países e organizações entre as quais se encontravam a OMS e UNICEF firmaram, em Florença em 1990, a Declaração de INOCCENTI. Esta declaração contém metas operacionais que veiculam os estados membros a: reforçar a cultura da amamentação; aumentar a confiança das mulheres na sua capacidade de amamentar e a eliminar os obstáculos à amamentação no sistema de saúde, no local de trabalho e na própria comunidade.

O sucesso do AM é definido tendo em conta diversos factores tais como: uma amamentação mais prolongada; que o RN apresente um bom estado nutricional e um bom desenvolvimento psicomotor; uma boa qualidade de interacção entre mãe e RN durante a mamada com um eficaz contacto físico e visual; uma boa transferência de leite e, deve-se também ter em conta o "projecto materno". A amamentação bem sucedida é um "processo interactivo das necessidades físicas e psicológicas da mãe e do bebé, para além da sua duração e ausência de problemas físicos, implica, (…), um bebé capaz de mamar eficazmente e que cresce e se desenvolve bem, assistência por profissionais de saúde capazes de actuar e ensinar a agir." (Galvão, 2005, p. 79). Desta forma, tudo o anteriormente referido vai de encontro ao que Kolcaba considera ser o conforto físico pois o mesmo diz respeito às sensações corporais. A dimensão fisiológica abarca aspectos que afectam o estado físico do utente tais como o descanso e relaxamento, tratamento de aspectos e condições médicas, níveis de eliminação e hidratação, equilíbrio hidroeléctolitico, oxigenação celular e outros indicadores metabólicos e, ainda, a dor e o posicionamento. Neste caso, o AM tem inúmeras vantagens para a mãe e RN. Do ponto de vista físico para o RN, o AM reforça o sistema imunitário

prevenindo alergias, diarreia, otites, eczemas e infecções respiratórias. Para ambos, é evidente o fortalecimento do vínculo mãe/filho e a promoção da parentalidade.

Simultaneamente, outra das estratégias implementadas para a promoção do AM foi a adaptação à UCSP de Alcântara o "Formulário Para a Observação da Mamada" elaborado pela UNICEF (Anexo IX), de forma a poder ser utilizado sempre que houver incertezas de uma correcta adaptação do RN à mama. De realçar que durante o preenchimento do formulário é indispensável uma comunicação simples e objectiva. Importa incentivar e apoiar o AM, demonstrando diversas posições promovendo o relaxamento e o conforto. Com este formulário é feita uma correcta avaliação da amamentação pois, segundo Pereira (2004), enfermeira autora de um estudo realizado no âmbito do doutoramento, é fundamental a correcção da pega na primeira mamada para o sucesso do AM. Este foi o primeiro estudo neste âmbito realizado em Portugal, para analisar a influência da correcção da pega no sucesso do AM, envolvendo a participação de 120 mães. Neste estudo, concluiu-se que a correcção da pega do RN à mama na primeira mamada aumenta significativamente a duração do AM. Esta adaptação do formulário da UNICEF, permitiu desenvolver como competência: " *demonstra compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência".*

Outras das estratégias utilizadas foi a articulação com uma empresa líder do mercado e especialista sobre produtos acessórios na amamentação, por se ter verificado que a maioria das mães não tinha conhecimento dos materiais existentes no mercado e a sua forma de funcionamento nomeadamente, as bombas extracção de leite eléctrica e manual, os protectores de mamilo, os sacos de congelamento, a pomada lanolina, as placas de hidrogel e o copinho. Após negociar com a Sr.ª Delegada, estabeleceu-se que a mesma iria proceder ao envio de amostras (3/3 meses) que seriam entregues às mães e iria actualizar a Sr.ª. EESIP orientadora das últimas novidades do mercado. Tal como referido anteriormente, uma das causas de abandono do AM são as fissuras mamárias e o regresso da mãe ao trabalho. No entanto, cabe ao EESIP manter-se informado sobre os recursos a oferecer à mãe e saber contornar os problemas. Desta forma, no mercado existem produtos de alívio da dor e estratégias de congelação do leite materno que permitem o regresso ao trabalho, não sendo este impeditivo do AM.

De uma forma criativa, com as amostras disponibilizadas, desenvolveu-se outra estratégia com a preparação de um "Kit da Amamentação" para fornecer na consulta da

grávida e na primeira consulta de saúde infantil. O kit inclui o folheto informativo "O Aleitamento Materno" e várias amostras que são entregues de acordo com as necessidades da mãe. Desta forma, a mãe tem ao seu dispor toda a informação sobre o AM devendo ficar esclarecida sobre o mesmo.

A estratégia de articulação com a empresa de acessórios da amamentação e a criação do "Kit da Amamentação" permitiu desenvolver como competência: "toma iniciativas e é criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização".

Para comunicar as estratégias implementadas e reforçar a importância de promover o AM em prol do conforto físico da criança/família, organizou-se uma Sessão de Formação "O Aleitamento Materno – Teoria do Conforto" aos enfermeiros do Centro de Saúde de Alcântara nomeadamente os da UCSP e os da Unidade de Saúde Familiar (Anexo X). Participou nesta sessão, um perito na área do AM, a EESIP Helena Saraiva, com a publicação em Abril de 2010 do livro "Aleitamento Materno, Promoção & Manutenção", da Lidel. A sessão teve um total de 22 participantes, pelo que superou as pessoas estimadas no plano de sessão e foi bem sucedida, pelo feedback dos formandos dado durante e após a mesma. Verificou-se que a presença de um profissional considerado perito na área foi estimulante e suscitou bastante interesse nos formandos, com a colocação de diversas questões e com uma reflexão final sobre as suas próprias atitudes. Foi igualmente benéfico a presença da Sr.ª Delegada da empresa de acessórios de amamentação de forma a apresentar o mais recente material na área da amamentação e para esclarecer todas as dúvidas da equipa de enfermagem. Por fim, foi entregue a cada enfermeiro um exemplar dos folhetos informativos e as normas de procedimento efectuadas de forma a uniformizar os cuidados no CS de Alcântara.

A 34° Assembleia Mundial de Saúde aprovou, em 1981, o Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno. Nesse mesmo ano, a DGS adaptou-o a Portugal como um Código de Ética "Substitutos do leite materno, biberões e tetinas". Neste, no artigo 2º, é referida a responsabilidade dos serviços de saúde em promover acções de formação necessárias à informação objectiva, completa e racional sobre a alimentação do lactente e ainda a elaboração de documentação destinada à informação e educação neste domínio que deve salientar as vantagens e superioridade do AM e a utilização correcta dos seus substitutos. Este código internacional tem como objectivo contribuir para assegurar a todos os lactentes a nutrição adequada, protegendo e

encorajando a amamentação bem como assegurar a utilização apropriada dos produtos que substituem o leite materno.

A sessão de formação permitiu desenvolver as seguintes competências: "comunica aspectos complexos do âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral", "promove a formação em serviço na sua área de especialização" e "promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros".

Todas as estratégias implementadas na UCSP de Alcântara vão de encontro ao estipulado na Declaração de INOCCENTI (OMS e UNICEF, 1990) como as dez medidas importantes para o sucesso do AM, entre as quais: ter uma política escrita de promoção do AM afixada a transmitir regularmente a toda a equipa de cuidados de saúde; dar formação à equipa de cuidados de saúde para que implemente esta política; informar todas as grávidas sobre as vantagens e a prática do AM; não dar ao RN nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno a não ser que seja segundo indicação médica; dar de mamar sempre que o RN queira e não dar tetinas ou chupetas às crianças amamentadas ao peito, até que esteja bem estabelecida a lactação.

Com as estratégias implementadas, espera-se contribuir para o indicador estabelecido pela OE, para os Padrões de Qualidade, nomeadamente "o número de crianças alimentadas com leite materno até aos 3 meses de vida" (2002).

As actividades desenvolvidas para promover o conforto da criança/família no contexto físico, com a uniformização da prática do AM, possibilitou aprimorarmos a seguinte competência: "promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais, ao avaliar o desenvolvimento da parentalidade, demonstrar conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interactivo, utilizar estratégias para promover o contacto físico pais/RN e promover a amamentação"**.**

- ✓ **4º Prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade à criança/família em contexto comunitário.**

Os objectivos e as actividades anteriormente referidos foram implementados nas consultas de saúde infantil. Nestas consultas, todos os momentos constituem momentos de excelência a incluírem a educação para a saúde da criança/família. Houve igualmente

oportunidade de realizar Exames Globais de Saúde a crianças com idades compreendidas entre os cinco/seis anos e respectivo preenchimento da "Ficha de Ligação" entre o médico assistente e a saúde escolar. Durante a consulta é efectuado o exame físico, a avaliação do desenvolvimento estato-ponderal e psicomotor, da visão, da audição, da boca e dos dentes, da postura e da linguagem. De acordo com Stanhope e Lancaster (1999) a educação para a saúde é uma parte vital da enfermagem comunitária. A informação fornecida ao utente comunitário permite-lhe tomar decisões com conhecimento, lidar eficazmente com a sua saúde e estilos de vida, efectuando as mudanças necessárias e assumindo uma maior responsabilização pessoal pela sua saúde.

A possibilidade de realizar consultas de saúde infantil permitiu articular conhecimentos adquiridos na formação contínua e na experiência pessoal e profissional, com a realidade presente, reflectindo de forma crítica. O contacto com crianças de diversas faixas etárias, em contexto comunitário e na ausência de doença, contribuiu para o auto-desenvolvimento profissional, proporcionando instrumentos fulcrais para a compreensão da criança/família em situação óptima de saúde e, consequentemente, para a sua compreensão em contexto de doença.

É evidente a intervenção essencial do EESIP na promoção da saúde estando em posição privilegiada para diagnosticar, informar e aconselhar os pais com os cuidados antecipatórios e na promoção das competências parentais durante o desenvolvimento infantil

Após estas consultas e experiências, atribui-se uma maior relevância ao papel do EESIP na saúde comunitária e à sua responsabilidade como gestor de casos de cada criança/família em toda a sua complexidade. A confrontação com diferentes famílias e realidades permitiu avaliar questões de naturezas distintas, exigindo a capacidade de adaptação a situações novas, imprevistas e complexas, desenvolvendo uma metodologia de trabalho eficaz na prestação de cuidados à criança/família. Permitiu desenvolver técnicas de comunicação no relacionamento com estes, com respeito às suas crenças e valores e a capacidade de trabalhar, de forma adequada, com a equipa multidisciplinar, articulando os diferentes recursos existentes na comunidade. Destaca-se igualmente, a importância que se passa a dar ao cumprimento do PNV que muitas vezes é colocado em segundo plano numa situação de hospitalização da criança bem como, a verificação do boletim individual de saúde.

A realização destas actividades no âmbito da prestação de cuidados em contexto comunitário permitiram desenvolver as seguintes competências: "gerir e interpretar de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional, e de vida, e da sua formação pós-graduada", "comunicar com a criança e família de forma apropriada ao estádio de desenvolvimento e à cultura, demonstrando conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família, no respeito pelas suas crenças e cultura e demonstrando habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem" e "desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente e demonstrar capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar".

2.2. MÓDULO II – O CONFORTO DA CRIANÇA/FAMÍLIA NO INTERNAMENTO

Este módulo corresponde ao estágio que decorreu UCERN do HDE, no período de 27 de Setembro a 19 de Novembro de 2010, no total de 180 horas.

2.2.1. UNIDADE DE CUIDADOS ESPECIAIS RESPIRATÓRIOS E NUTRICIONAIS

Em funcionamento desde Fevereiro de 2009, a UCERN recebe crianças com necessidade de suporte médico nutricional ou ventilatório, transitório ou definitivo, trabalhando com os familiares numa perspectiva de ensino em situações crónicas e de longa duração, para continuação de cuidados no domicílio (HDE, 2009). Por condicionantes relacionadas com o espaço físico (instalações sanitárias inadequadas a jovens), recebe crianças habitualmente até cerca dos 3 anos de idade, desde que dependentes na actividade de vida "Eliminação". Na sua maioria, as crianças internadas na UCERN vêem transferidas de outros serviços especialmente da UCIN.

- ✓ **1º Conhecer a dinâmica funcional da UCERN bem como a prática da prestação de cuidados de enfermagem, com enfoque nas necessidades de conforto da criança/família.**

A maioria dos RN transferidos da UCIN (serviço no qual exerço funções como enfermeira) para a UCERN encontra-se em situação de pós-operatório habitualmente, um pós-operatório que consequentemente originou uma ostomia intestinal sendo, submetidos a alimentação parentérica previsivelmente por um longo período de tempo.

Uma ostomia intestinal é a abertura do intestino por um acto cirúrgico que funciona como a saída do intestino grosso ou delgado à superfície externa do corpo (Borkowski, 1998). Estes RN são transferidos para a UCERN em duas situações: numa situação temporária até poderem realizar nova cirurgia para encerramento da ostomia ou noutra mais prolongada na perspectiva de instruir os pais a serem autónomos, por esta ser de carácter definitivo. A ostomia numa criança pode ser criada para o tratamento de uma grande variedade de patologias, sendo os mais comuns: enterocolite necrosante, doença de Hirschsprung, ânus imperfurado, atrésia do intestino, íleus meconial e doença de Crohn.

Cuidar de crianças com estomas intestinais é um processo complexo e desafiador, originando diversas reacções na criança/família. Assim, esta situação de doença implica que o EESIP saiba mobilizar os seus diversos conhecimentos sobre as patologias de base, o tipo de cirurgia realizado, o tipo de estomas, as alterações emocionais que induz na criança/família, a mudança na imagem da criança e o produtos mais recentes no mercado de forma a poder desenvolver um plano de cuidados adequado a cada caso.

Foi feito o diagnóstico da situação com um levantamento das necessidades de conforto à criança/família com estomas intestinais na UCERN (Anexo XII).

Através da Tabela 2 em anexo, elaborada de acordo com a estrutura taxonómica da TC, é possível fazer um planeamento das estratégias de forma a colmatar estas necessidades e a diminuir as tensões negativas. De acordo com a TC de Kolcaba, estabeleceu-se como uma situação stressante a presença de estomas principalmente em RN. Como força obstrutiva, identificaram-se os efeitos secundários dos estomas que suscitam necessidades de cuidados demasiado específicas e induzem nos pais dúvidas e incertezas de serem capazes e, por sua vez, dos profissionais de saúde exige criatividade para contornar obstáculos, habilidade, gestão dos cuidados e o estar informado acerca dos últimos estudos nesta área. No entanto cabe aos EESIP, como forças facilitadoras, suprir essas necessidades movendo a tensão numa direcção positiva, com um planeamento de estratégias. As forças interactivas referidas por Kolcaba e que interferem com o processo de saúde, são forças que o EESIP tem que ter em consideração mas que são inalteráveis (Kolcaba, 2001). Neste caso, correspondem à idade, experiências passadas da criança e estado emocional dos pais. A conjugação destes factores traduziu a importância de abordar esta temática na UCERN.

Induzir os profissionais a reflectir sobre as suas acções constituiu um imperativo no papel do EE, na procura constante do bem-estar e conforto da criança/família. Desta forma, trabalhou-se esta área dos estomas intestinais na criança para que os profissionais que desempenham funções na UCERN possam aprimorar a prestação de cuidados de conforto à criança/família.

Antes de estabelecer as actividades a desenvolver, fez-se um enquadramento deste tema com projectos semelhantes do HDE e da UCERN através de reuniões formais com as enfermeiras responsáveis pelos mesmos. Como referido anteriormente, a maioria dos RN provêm da UCIN, serviço pioneiro no Centro Hospitalar de Lisboa Central, num projecto criativo e audacioso denominado "Protecção da pele dos RN com estomas". Tendo-me sido transmitido que enfermeiros da UCERN sentiam lacunas nesta área específica, solicitaram-me auxílio e conhecimentos para promover uma melhoria dos cuidados. Neste sentido, antecipadamente informei-me do projecto referido, tendo programado reuniões com a Sr.ª EESIP responsável pelo mesmo e perita na área, de forma a transmitir-me o seu conhecimento, experiência e dar sugestões sobre estratégias a implementar na UCERN. Por exercer funções na UCIN, já estava familiarizada com o projecto o que me permitiu gerir a informação proveniente da minha experiência profissional, adaptando-a à UCERN de forma crítica e reflexiva. Posteriormente, de forma a adequar as estratégias aos projectos já existentes na UCERN, houve uma reunião formal com as enfermeiras responsáveis pelo projecto "Feridas" que se mostraram interessadas na temática, disponíveis a ajudar e manifestaram igualmente algumas necessidades.

A execução destas reuniões permitiu alcançar as seguintes competências: "demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com a criança/família", "reflectir na e sobre a prática de forma crítica" e "gera e interpreta de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiencia profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada".

- ✓ **2º Prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade à criança/família em contexto de internamento.**

As actividades de prestação de cuidados desenvolvidas neste estágio contemplam a assistência à criança/família com doença crónica, a maioria submetida a intervenção

cirúrgica. A finalidade do internamento neste serviço é, na maioria das vezes, o desenvolvimento da autonomia da família para a prestação dos cuidados no domicílio, através do estabelecimento de uma parceria entre enfermeiro e família.

A hospitalização de uma criança por doença aguda ou crónica envolve diversas fases de adaptação que a família necessita transpor na transição saúde/doença, sendo mais evidentes e longas em caso de doença crónica, que se designam por choque e negação, adaptação, reintegração e reconhecimento (Hockenberry [et al] 2006). Todas as famílias têm competências para ultrapassar as diversas fases de transição respeitantes ao ciclo vital, mas em certas situações ou não as sabem utilizar, ou não sabem que as têm, ou estão impedidas de as usar, ou impedem-se a elas próprias por diferentes motivos (Jorge, 2004). Frequentemente, a família quando sujeita a situações que exigem respostas para a qual não estão preparadas, ultrapassando a sua capacidade de adaptação, entram em desajuste e consequentemente em stress.

A adaptação, com estratégias de *coping*, consiste em pensamentos e comportamentos que a criança/família utiliza para lidar com situações para as quais não tem respostas de rotina preparadas. A utilização destas estratégias de *coping* revela-se assim fundamental, tanto em situações de doença aguda como em casos de cronicidade, apesar das diferenças nos dois tipos de doença. O reajustamento de papéis, o tipo de problemas a resolver e o *coping* até podem ser os mesmos mas na doença súbita as mudanças comportamentais e afectivas são vividas num momento muito concentrado exigindo da família uma rápida mobilização das suas competências e nas doenças de aparecimento prolongado existe um maior período de adaptação (Jorge, 2004). Assim, o EESIP deve ter um papel de destaque ao longo de todo o processo de doença. Para além de poder contribuir para o desenvolvimento/aperfeiçoamento das estratégias de *coping*, deve servir como elo de ligação entre a criança e os seus pais/família, assistindo nos processos de transição e adaptação saúde/doença tendo em conta os projectos de saúde de cada unidade familiar.

Capacitar a família para adopção de estratégias de *coping*, sendo competência específica do EESIP defendida pela OE (2010), deve ser incluída no plano de cuidados de enfermagem estabelecido. A prestação de cuidados especializados na UCERN como futura EESIP, tal como descrita no REPE, resultou num investimento na relação terapêutica estabelecida com as famílias presentes, na procura de uma parceria que fosse impulsionadora da autonomia para a prestação de cuidados da família à criança,

reconhecendo os pais como os principais prestadores de cuidados e apoiando-os na transição para a parentalidade. Pretende-se obter a autonomia dos pais na prestação de cuidados através da capacitação e do *empowerment* que são os conceitos base do modelo de Parceria de Anne Casey (implementado na UCERN).

Prestar cuidados de enfermagem na UCERN foi gratificante porque permitiu a realização de diversas actividades relativas ao acompanhamento diário da criança/família na procura da melhor condição de saúde possível. Também englobou aspectos específicos e complexos como cuidar de crianças com alguns meses ou anos de vida, que por doença crónica nunca saíram do hospital e não têm apoio da família, que muitas vezes as deixam praticamente abandonadas na instituição hospitalar. Foi com agrado que este estágio na UCERN me permitiu verificar que é possível implementar o modelo de parceria de cuidados, sustentado numa metodologia do enfermeiro responsável. Constatou-se o bem-estar e conforto dos enfermeiros na sua prática diária bem como, o estado de contentamento dos pais sentindo-se cada vez mais autónomos nos cuidados ao seu filho, como cuidadores principais. Em suma, a UCERN é um serviço de internamento que quase não aparenta ser um serviço hospitalar devido à sua filosofia de cuidados e ao sentimento de empatia e relação de ajuda vivido entre a tríade enfermeiros e criança/família.

A realização destas actividades no âmbito da prestação de cuidados permitiram desenvolver as seguintes competências: "gere e interpreta, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, experiência profissional e de vida, e da formação pós-graduada", "reflectir na e sobre a sua prática de forma crítica", "desenvolve uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente" e "demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura".

Ainda no âmbito da prestação de cuidados à criança/família do contexto do internamento, surgiu outro objectivo mais específico nomeadamente:

- ✓ **3º Prestar cuidados de conforto à criança/família com estomas intestinais, na UCERN.**

Como já referido, durante os primeiros turnos e nas reuniões informais com a restante equipa, estabeleceu-se como temática a aprofundar no âmbito da TC a criança/família com estomas intestinais.

Notou-se que existia um descontentamento geral com a folha de avaliação das feridas existente no serviço pois, a mesma era de preenchimento complicado e moroso ocupando tempo que poderia ser utilizado para a prestação directa de cuidados. Desta forma, optou-se por realizar uma reformulação total do "Formulário de Avaliação das Feridas", tendo por base as directivas internacionais cedidas através do Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAIF) (Anexo XIII). A par com o formulário, foi igualmente implementada no UCERN a Escala de Braden aplicada à pediatria, para uma correcta avaliação do grau de úlcera de pressão visto a maioria das crianças padecerem de doença crónica e se limitarem ao berço ou cama (Anexo XIII). Na revisão da litera9tura, a ausência de úlceras de pressão surge muitas vezes identificado como um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Este formulário foi elaborado concomitantemente com o conhecimento e aprovação da enfermeira responsável pelo projecto das "Feridas" na UCERN e foi testado durante uma semana com uma criança, para que os enfermeiros dessem as suas sugestões de forma a alcançar o resultado final. A par com este "Formulário de Avaliação das Feridas" como complemento elaborou-se o "Formulário de Avaliação dos Estomas Intestinais" igualmente testado e aprovado pela equipa de enfermagem da UCERN (Anexo XIV). Desta forma, a elaboração destes formulários tem como objectivo uma melhoria dos cuidados de enfermagem como uma prática baseada na evidência, pretendendo-se assim, estabelecer linhas de orientação. Kolcaba admite que os instrumentos de registo dos cuidados são imprescindíveis porque a reconfortante prática de enfermagem deve ser integralmente descrita para prestigiar o importante trabalho que os enfermeiros prestam ao cuidar da criança/família com o objectivo final do conforto (Kolcaba).

Crê-se que reformular métodos e técnicas é um desafio para o EESIP. A qualidade exige reflexão sobre a prática de forma a definir objectivos, delinear estratégias para os atingir, o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para reflectir nos cuidados prestados (OE, 2001). A implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade reflecte-se na melhoria dos cuidados prestados e, por isso, revela-se uma acção prioritária. Desta forma, compete ao EESIP responsável pela gestão, responsabilizar-se

pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Deve planear e concretizar acções que visem essa melhoria, colaborar na avaliação da qualidade dos cuidados e definir padrões de cuidados de enfermagem e indicadores de avaliação. Estes formulários inseridos no processo de cada criança, permitem posteriormente a realização de um estudo de investigação para uma avaliação dos cuidados, inserido nos Padrões da Qualidade da OE, no enunciado descritivo "A prevenção de complicações", ou seja, "na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes". (OE, 2002).

Nesta competência de gestão do EESIP, pode-se considerar que gerir é avaliar, responsabilizar, transmitir e exigir para orientar pessoas com saber, competência e rigor assente em informação e conhecimento. Os Padrões da Qualidade tornam-se então precursores dos cuidados de enfermagem baseados na evidência, no sentido de estimular a reflexão e procurar novas formas de fazer e fazer melhor, com os recursos disponíveis. Desta forma, pretende-se dar visibilidade ao contributo dos cuidados de enfermagem para os ganhos em saúde da criança/família.

Outra das actividades realizadas está relacionada com a filosofia de cuidados implementada na UCERN nomeadamente a dos Cuidados Centrados na Família, estando instituído o método de trabalho do enfermeiro de referência. Desta forma, no seguimento das actividades anteriores, após aprofundar as competências e actualizar os conhecimentos dos enfermeiros da UCERN sobre a temática dos estomas, importa instruir os pais. Assim, elaborou-se um "Formulário de Ensino dos Cuidados ao Estoma Intestinal" (Anexo XV). A doença e a hospitalização são momentos de crise que dão origem a processos de transição. Neste caso de doença e internamento, o EESIP deve ser capaz de mobilizar diversas competências, pois "o desempenho do enfermeiro em pediatria centra-se na ajuda à família em crise capacitando-a para lidar e/ou ajustar-se à doença do filho ou outros acontecimentos de vida, proporcionando o desenvolvimento das competências parentais", segundo Winkelstein citado por Oliveira (2009, p.20).

O Cuidado Centrado na Família envolve dois conceitos básicos: a capacitação e o *empowerment*. Os profissionais de saúde que orientam a sua prática por este modelo de cuidados, actuam para capacitar a família a adquirir competências na base da relação de parceria, permitindo que esta detenha o controlo da sua situação de saúde (poder). Ao promover o cuidado centrado na família, o EE reforça a capacidade da mesma para cuidar da saúde dos seus elementos (Hockenberry [et al], 2006). Hesbeen (2000)

acrescenta que a parceria pressupõe um processo de negociação no qual a autonomia deve ser respeitada impreterivelmente. Concomitantemente ao formulário, elaborou-se uma Tabela com os vários Recursos da Comunidade, englobada no Anexo XV, à qual a família poderá recorrer de forma a serem apoiados emocional e materialmente. Ambiciona-se que esta tabela sirva igualmente de apoio ao enfermeiro de referência, durante os ensinos à criança/família na preparação para a alta.

Como é referido por Oliveira (2009, p.20) o EESIP "deve garantir cuidados centrados na família, em que as tomadas de decisão sejam assentes entre ele, criança/jovem e pais. Deve reconhecer o papel integral da família na vida da criança considerando-a parceira no cuidado. Assim, o enfermeiro de referência deve identificar as necessidades dos pais e orientar o caminho a percorrer, planeando e desenvolvendo acções para que estes possam contribuir nos cuidados à criança, adquirindo deste modo a independência necessária no momento da alta. Este formulário visa facilitar todo este processo, com um planeamento dos cuidados. O enfermeiro de referência ou responsável, designado originalmente por *"primary nursing",* respeita o conceito de cuidados individualizados a cada cliente associado sendo responsável pela totalidade dos seus cuidados, vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana, durante todo o internamento (Costa, 2004).

Tudo o anteriormente descrito, vai de encontro ao referido por Kolcaba pois, a mesma defende que os enfermeiros através dos seus cuidados são forças facilitadoras de forma a diminuir as tensões negativas, neste caso o medo dos pais de não serem capazes de prestar os cuidados ao estoma do seu filho. O EESIP, deve reconhecer que os pais não estão nos serviços para substituir os técnicos, eles próprios necessitam de ser alvo dos cuidados de enfermagem. Devem ser visto, como principais peritos nos cuidados à criança mesmo durante uma situação de doença ou internamento.

Seguidamente a estas actividades, surgiu a necessidade da elaboração de uma norma de procedimento "O Conforto da Criança/Família com Estomas Intestinais", para uniformizar os cuidados de enfermagem neste âmbito (Anexo XVI).

Os formulários e a norma de procedimento, permitiram desenvolver as seguintes competências: "mantém, de forma contínua, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional", "demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização", "desenvolve uma metodologia de

trabalho eficaz na assistência ao cliente", "demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar", "participa e promove a investigação em serviço na sua área de especialização", "realiza a gestão dos cuidados na sua área de especialização" e "incorpora na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências".

Por último, realizou-se uma sessão de formação "Cuidados de Conforto à Criança/Família com Estomas Intestinais" (Anexo XVII).

Além da presença da equipa de enfermagem da UCERN, a sessão teve igualmente como destinatários os enfermeiros do serviço 1.1. (Unidade de Primeira Infância) por terem a mesma chefia e receberem RN com as mesmas características.

Foi negociado com a Sr.ª EESIP responsável pelo projecto dos estomas na UCIN e com a farmácia do HDE, a disponibilização de material referente aos acessórios dos estomas intestinais com o intuito de o apresentar, na sessão, e à *posteriori* o mesmo poder ser requisitado pela UCERN. Pelas características das fezes (pH ácido) associado à fragilidade inerente da pele de um RN, frequentemente a pele fica macerada e com lesões dolorosas. Assim, pretende-se, com a introdução desta nova forma de cuidar dos estomas associada a material apropriado aos RN em termos de tamanho e características e, concomitantemente com os cuidados atraumáticos (uso de sucrose, contenção, presença dos pais), contribuir para o conforto e alívio da dor durante o procedimento de mudança do dispositivo do estoma.

Kolcaba identifica-se com Melzak & Wall ao definirem a dor como um desconforto multidimensional com componentes sensoriais, cognitivas e afectivas. Kolcaba vê a dor como uma sensação especial no corpo que "dói", com diversos graus de intensidade. O desconforto da dor muitas vezes é um impeditivo significativo do conforto. Considera que ao se visualizar a dor de uma forma holística, esta é intensificada pela solidão, medo, ansiedade, estímulos nocivos, raiva, entre outros. Assim, o conforto é mais do que a simples ausência de dor, tendo em conta o carácter holístico de ambos os conceitos, pelo que durante o estágio para a além da dor, se centra as actividades na parceria com os pais, no apoio à sua autonomia e confiança no cuidar ao seu filho. O " controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde" de acordo com a OE (2008, p.9). Por esta razão, a DGS institui a dor como um 5º sinal

vital, tendo determinado como uma boa prática a valorização, o diagnóstico, a avaliação e o registo sistemático da dor.

A sessão teve um total de 8 participantes, pelo que superou as pessoas estimadas no plano de sessão. Crê-se que foram atingidos os objectivos propostos estimulando os enfermeiros a reflectirem sobre o conforto nos cuidados de enfermagem e na forma como podem alterar a sua prática para o atingir do mesmo. A formação contínua e em serviço assim como, o acesso a mais informação assente em profundos conhecimentos científicos, vem proporcionar e desenvolver determinados aspectos que permitem colmatar os défices de desempenho identificados na UCERN, contribuindo para a qualidade dos cuidados prestados. A melhoria contínua da qualidade só é conseguida através da actualização constante e oportuna dos conhecimentos e competências de enfermagem.

No final do estágio, foi elaborado um Dossier Informativo "Cuidados de Conforto à Criança/Família na UCERN" que contém diversos artigos actuais e de investigação na área do conforto, estomas, feridas e recursos da comunidade de forma a, os enfermeiros poderem consultar no caso de surgirem dúvidas ou para trabalhos futuros.

A elaboração da sessão e do dossier informativo permitiu desenvolver as seguintes competências: "comunica aspectos complexos do âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral", "demonstra compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência", "promove o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros", "promove a formação em serviço na sua área de especialização" e "faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, optimizando as respostas".

2.3. MÓDULO III – O CONFORTO DA CRIANÇA/FAMÍLIA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O módulo III realizou-se no SUP e na UCIN, ambos pertencentes ao Departamento de Urgência/Emergência do HDE.

2.3.1. SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA DO HDE

Este estágio decorreu no período de 22 de Novembro a 17 de Dezembro, no total de 90 horas. Uma urgência pediátrica é definida como todo e qualquer acto assistencial não

programado à criança. Os serviços de urgência pediátricos estão pensados de forma a proporcionar assistência médica descontínua e concreta, em situação de doença aguda (Caldeira [et al], 2006). O SUP existe para dar resposta assistencial especializada a crianças com idade compreendida desde o nascimento aos dezoito anos, em situações emergentes ou urgentes (HDE, 2006).

São admitidos no SUP crianças que recorrem por iniciativa dos pais, transferidas de outras instituições tais como, hospitais ou CS, referenciadas pela Linha de Saúde 24, Tribunais, Ministério Público, Comissão de Protecção de Crianças e Jovens ou através do Instituto Nacional de Emergência Médica. O SUP recebe crianças não só da área de abrangência do HDE, mas também utentes pediátricos fora da área quando apresentem um estado de saúde que necessite de cuidados emergentes ou urgentes (HDE, 2006).

O desempenho do EESIP num serviço de urgência pediátrica centra-se na ajuda da família em crise, capacitando-a para lidar com situações de acontecimentos de vida, como um episódio de doença aguda, propiciando o desenvolvimento das competências parentais.

- ✓ **1º Conhecer a dinâmica funcional do SUP bem como a prática da prestação de cuidados de enfermagem, com enfoque nas necessidades de conforto da criança/família.**

Este serviço divide-se em Urgência Médica e Cirúrgica que embora com espaços físicos distintos, a equipa de enfermagem é comum. A triagem é efectuada por um enfermeiro, de acordo com o método de Manchester, ou seja, estabelecendo prioridades no atendimento médico a todas as crianças/jovens que recorrem ao SUP. Pressupõe uma avaliação da situação, definição de prioridades e de encaminhamento para a área de prestação de cuidados apropriada. Após a observação médica, se houver necessidade de administrar terapêutica, aerossolterapia ou outros procedimentos, a criança recorre à sala de tratamentos ou de aerossóis. Para uma maior vigilância, a criança pode ficar internada durante 24 horas na Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD).

O diagnóstico da situação no SUP foi realizado no âmbito dos cuidados de conforto ao RN em específico, tendo esta sido uma área sugerida pela Sr.ª EESIP orientadora, por ser um tema sobre o qual ainda se pouco reflectiu no serviço. Assim, fez-se um levantamento das necessidades do RN/família de acordo com a estrutura taxonómica da TC de Kolcaba (Anexo XIX). Na Tabela 3 em anexo, identificou-se como uma situação

stressante o RN doente no SUP, como força obstrutiva os efeitos secundários da doença no RN que suscitam necessidades de cuidados especiais e, induzem nos pais medo, angústia e sentimentos de impotência. No entanto, cabe ao EESIP como força facilitadora suprir essas necessidades movendo a tensão numa direcção positiva, com um planeamento de estratégias.

Para um diagnóstico da situação mais preciso, elaborou-se e aplicou-se um questionário "A Opinião dos Enfermeiros sobre o Conforto do RN/Família na Urgência Pediátrica", como instrumento de colheita de dados (Anexo XX). Realizou-se um pré-teste do questionário que foi validado pela Sr.ª. EESIP orientadora. É constituído por perguntas fechadas e semi-abertas. Pretende-se com a análise dos dados suportar a escolha do tema do conforto do RN/família bem como as áreas a abordar.

Este primeiro objectivo, permitiu desenvolver as seguintes competências: "identifica as necessidades formativas na sua área de especialização" e "formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica".

Desta forma, como segundo objectivo específico para o módulo III (SUP), delineou-se:

- ✓ **2º Prestar cuidados especializados no atendimento à criança/família em contexto de urgência hospitalar.**

O EE ao nível do SUP do HDE presta cuidados individualizados a crianças/famílias na sala de triagem, tratamentos, aerossóis, reanimação e na UICD, constituído estas valências situações distintas do cuidar. A realização de triagem de enfermagem é específica dos cuidados prestados num serviço de urgência. Desta forma, em conformidade com a Sr.ª EESIP orientadora houve uma dedicação particular à sala de triagem por ser o local que me daria mais oportunidades de aprendizagem, pela diferença relativamente ao meu dia-a-dia profissional. Esta valência necessita de um enfermeiro com experiência, um olhar atento a sinais e sintomas, além de uma escuta activa relativamente às queixas verbalizadas pela família, no sentido de rapidamente verificar a gravidade da situação. Estas situações exigem cuidados de enfermagem especializados no que diz respeito a uma avaliação rápida e estabelecimento de prioridades, avaliação de condições de risco, preparação da criança e família para tratamentos invasivos, preparação para o internamento ou cirurgia e intervenções para diminuição da ansiedade, medo e dor. Desta forma, cumpre-se o que é defendido pela

OE como competência específica do EESIP de reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, realizar a gestão da dor e do bem-estar da criança, optimizando as respostas em cada situação (OE, 2009).

A sala de triagem foi a área no qual inicialmente se sentiu mais dificuldade mas que foram sendo ultrapassadas com a melhoria das estratégias de comunicação e de relação com a criança/família. Houve momentos de contacto com familiares muito ansiosos, quer pela situação clínica da criança quer pelo inevitável tempo de espera. Neste caso, foi necessário mobilizar estratégias de negociação e gestão de conflitos, sendo uma atitude assertiva a melhor forma de gerir este tipo de situações. Um comportamento assertivo, segundo Riley (2004) requer saber escutar o outro e aceitar a diferença de opiniões, postura descontraída, voz calma mas firme e congruência na mensagem verbal e não verbal, recorrendo à crítica construtiva. Oliveira (2008, p.22) destaca que "o EESIP deve estabelecer um relacionamento interpessoal ponderado, assertivo, transparente e catalisador, fomentando a partilha de informação, as capacidades de escuta e de persuasão, promovendo um clima de serenidade e de confiança".

Ao permanecer alguns dias em cada uma das restantes valências, foi possível ter outras experiências, colaborando com o EE no desempenho das suas funções, na prestação de cuidados especializados promovendo a participação activa da criança/família em todo o processo, tendo sido sempre antecipadamente explicados os procedimentos a realizar. Foi necessário mobilizar conhecimentos no sentido de preparar o binómio criança/família para os procedimentos invasivos necessários, negociando a realização de tratamentos e técnicas potencialmente causadoras de dor e utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da mesma, favorecendo a aceitação e cooperação do conjunto familiar.

Em todos estes momentos, houve consciência do impacto do *stress* que o contexto de uma urgência hospitalar causa na criança/família e no seu bem-estar pelo que são fundamentais incluir estratégias que o minimizem. Delas, destacam-se o garantir a presença dos pais junto da criança, de modo a que esta não tenha o receio infundado de perder o contacto com os seus progenitores; um ambiente confortável com a inclusão se possível de musicoterapia; o valorizar e actuar perante a dor da criança tão precocemente quanto possível; o criar um espaço terapêutico no qual a comunicação, verdade, informação e empatia sejam uma constante na equipa (Guerra, 2006).

O EE é o profissional de enfermagem que assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, com uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do utente (OE, 2001).

Para o alcançar deste objectivo, foi necessário desenvolver as seguintes competências: "demonstra um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de especialização", "demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e cultura", " reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados, mobilizando conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória" e "realiza a gestão dos cuidados na sua área de especialização".

No âmbito da prática dos cuidados, delineou-se um objectivo mais específico para o SUP.

- ✓ **3º Promover o conforto do RN/família no SUP.**

Para obter um preciso diagnóstico da situação do RN/família no SUP, após o levantamento das suas necessidades de conforto com base na estrutura taxonómica da TC, aplicou-se um questionário à equipa de enfermagem sobre esta temática.

A metodologia de diagnóstico de situação, com o recurso ao questionário, tem como objectivo criar um modelo descritivo de uma determinada realidade, sobre a qual posteriormente, se irão elaborar estratégias para a sua reconfiguração. A amostra do estudo é composta por um total de 25 enfermeiros (mais de 50% da população). A totalidade dos questionários foi devolvida e considerada válida. Por motivos temporais, licença por doença ou férias não foi possível entregar os questionários a toda a equipa de enfermagem. Dos enfermeiros inquiridos, 80% exerce funções como enfermeiros de cuidados gerais sendo os restantes 20% EESIP.

Quase a totalidade dos enfermeiros (92%) concorda totalmente que as necessidades de conforto devem ser satisfeitas e as intervenções planeadas para as satisfazer. Desta forma, é notório que os enfermeiros dão importância ao conforto pelo que se considera que os mesmos se irão identificar com a TC de Kolcaba. Importa referir que a totalidade dos enfermeiros inquiridos no SUP (100%), considera pertinente o tema do conforto do RN/família o que justifica a escolha do mesmo para ser desenvolvido neste módulo.

No entanto, como 87% dos enfermeiros considera os cuidados de conforto ao RN/família prestados no SUP apenas como satisfatórios e só 16% os considera como bons, existem pontos a melhorar nesta área. A maior parte da equipa (72%) concorda que no SUP do HDE são levantadas as necessidades de conforto da criança/família e aplicadas estratégias para as satisfazer. Por outro lado, 4% dos enfermeiros discorda com esta afirmação, considerando que no SUP do HDE não são identificadas as necessidades de conforto da criança/família. No entanto, a realçar que 24% não tem opinião sobre este assunto, ou seja, não aparenta ter a certeza que as necessidades são levantadas como deveriam. De seguida, importou saber então quais as estratégias que a própria equipa sugere para a melhoria dos cuidados. Foi através de uma retrospecção sobre os próprios comportamentos, atitudes e pareceres dos enfermeiros que se tentou sensibilizá-los para a importância do conforto do RN/família.

Os enfermeiros do SUP consideram como muito importante o contexto físico (92%), seguido do contexto sociocultural (72%) e, em concomitância, o contexto psicoespiritual (16%) com o contexto ambiental (16%). No outro extremo da escala, o nada importante não foi referenciado por nenhum inquirido atribuindo assim, alguma importância a todos os contextos. Verifica-se que para a maioria dos enfermeiros o conforto surge associado à ausência de dor e à dimensão física da pessoa. No entanto, Kolcaba defende que seres humanos têm respostas holísticas perante um estímulo complexo, devendo ser analisadas todas as necessidades nos seus diferentes contextos (1994). Com o percurso ao longo do estágio, no SUP, foi precisamente isso que se tentou demonstrar ao identificar as necessidades do RN/família não dissociando nunca este binómio numa lógica do cuidado centrado na família.

Para apresentar o diagnóstico da situação e reflectir sobre o mesmo, utilizaram-se os momentos individuais mas também as sessões de formação elaboradas "O RN no Serviço de Urgência Pediátrica - Teoria do Conforto" (Anexo XXI). Foram realizadas duas sessões em dias diferentes estando presentes um total de 25 enfermeiros. Permitiu momentos de partilha e reflexão muito importantes para o desenvolvimento profissional, com vista a alteração da prática para a excelência do cuidar à criança/família.

Uma das estratégias sugeridas foi promover um espaço específico com melhores condições para além da sala existente no SUP (extensão 20) reservada às crianças mais debilitadas (imunodeprimidas, RN, deficientes). Esta sugestão iria de encontro à

tranquilidade no contexto do conforto ambiental, pois para Kolcaba o estado de tranquilidade é visto como um estado de contentamento, no qual ao se manipular o ambiente existe uma melhoria da performance do indivíduo. Para tal, é necessária uma reflexão sobre como ajustar o indivíduo ao ambiente e este estado pode ser avaliado através da correlação do indivíduo com as características do ambiente (Kolcaba, 1991). No entanto, por razões económicas e institucionais tal facto não é possível, pelo menos actualmente, apesar de ter sido apresentada na sessão a sugestão ao Sr. Enfermeiro Chefe. Também no contexto ambiental, as luzes intensas e brilhantes, elevados níveis de ruído e sensações dolorosas frequentes e a privação do sono, afectam negativamente o desenvolvimento precoce dos sistemas visual e auditivo do RN (Gustavo, 2001). Assim, particularmente na UICD, deve utilizar-se a fonte de iluminação individual de cada unidade e evitar atingir os olhos do RN com luz directa.

Outra sugestão está relacionada com o NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessement Program) que tem como objectivo implementar a filosofia de cuidados centrada na família, numa perspectiva do desenvolvimento. As áreas de intervenção são: o ambiente; a concentração dos cuidados; o posicionamento do RN e a vigilância dos seus sinais comportamentais que são ensinados aos pais, os quais são incentivados à participação activa nos cuidados. Por o interesse manifestado, estas importantes noções foram dadas na sessão pelo seu carácter holístico sobre o RN, apesar de ter sido referido que num ambiente transitório característico do SUP, dificilmente é possível implementar esta filosofia de cuidados muito associada à Neonatologia. Sobre o posicionamento do RN, como no SUP não existe o material específico como rolos e "ninhos" de contenção, foi realizada uma demonstração prática de como as mesmas noções de alinhamento e contenção poderiam ser aplicadas noutras formas de posicionamento alternativas com lençóis ("técnica do envelope") ou mesmo fazendo um "ninho". Após uma simulação com um RN, foi sugerido aos próprios enfermeiros fazerem eles próprios as técnicas de forma a treinarem e a poderem aplicá-la na prática para a melhoria do conforto do RN. Esta solução irá permitir contornar o problema de não existirem berços no UICD, o que obriga aos RN a permanecerem numa cama na qual é difícil delimitar os limites sentindo-se inseguros e sem conforto no posicionamento.

Uma maior utilização das medidas não farmacológicas para o alívio da dor, também foi uma das estratégias sugeridas. Foi relembrada a importância de usar o mínimo de fita

adesiva para imobilizar os cateteres venosos ou sondas gástricas, podendo-se recorrer a um produto Cavillon® que é uma película protectora que protege a pele e melhora a aderência dos adesivos permanecendo mais tempo. A epiderme do RN de termo é comparável à de um adulto mas menos pigmentada, espessa e hidratada pelo que são vários os cuidados a ter em conta para não a lesar durante os procedimentos (Macedo [et al], 2001). Verificou-se que na UICD, os eléctrodos usados não eram os aconselhados para os RN pelo que foram apresentados os indicados, existentes na farmácia hospitalar, e que também se adequam aos monitores da sala. O Sr. Enfermeiro Chefe aceitou a sugestão e contactou a farmácia hospitalar de forma a poder requisitar os materiais sugeridos.

Sendo o controlo da dor, como refere a DGS (2008, p. 2) uma " prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde (…) para a indispensável humanização dos serviços", importa realçar que os RN sentem dor. É necessário reconhecer que as vias da dor, centros corticais e subcorticais necessárias para a percepção da dor e que os sistemas neuroquímicos associados à transmissão e modulação da dor estão intactos no neonato (Whaley & Wong, 2006). Apesar de a sucrose existir no SUP e de se conhecer a sua eficácia, por vezes é desvalorizada. Contornou-se este facto, demonstrando que a técnica seria facilitada e o conforto aumentado complementando a sucrose com o colo dos pais e com um tom de voz calmo e suave. O *Eutectic Mixture of Local Anesthetics* (EMLA) é outra medida que pode ser utilizada em RN com idade gestacional superior às 37 semanas, apesar de não existirem dados sobre um tempo de aplicação superior a uma hora em RN com idade inferior a 3 meses, tendo este facto sido realçado (Gustavo, 2001). O EESIP deve escutar os pais e treiná-los para lidarem com situações de stress, incentivando a sua participação e instruindo-os como podem colaborar.

A sugestão da maior presença dos pais nos cuidados, inserida no contexto sociocultural e no psicoespiritual, foi reforçada com os conceitos teóricos dos cuidados centrados na família. Apelou-se à forma como os pais podem ser parceiros no cuidar e importantes para o conforto do RN podendo pegar ao colo, ajudar na contenção e falar suavemente mantendo-se assim, a vinculação. Neste caso específico, é difícil dissociar os dois contextos estando interligados entre si, não esquecendo que a estrutura taxonómica da TC é algo dinâmico e dependente entre si. No contexto sociocultural, o EESIP deve ser um elemento facilitador do papel parental ao promover ensinos e fornecer à família conhecimentos e informações que promovam a aquisição de competências para melhor

cuidar do RN, de forma a adoptarem comportamentos saudáveis (Cunha [et al], 2006). No contexto psicoespiritual, a parceria de cuidados é a formalização da participação dos pais no cuidar dos seus filhos hospitalizados de forma a atenuar sentimentos de ansiedade e angústia. Esta parceria implica os cuidados centrados na família com a partilha de informação e conhecimentos para a tomada de decisão e os cuidados negociados que conduz a um plano de cuidados combinado mutuamente (Mano, 2002). Aqui importa registar a presença e reacções/comportamentos dos pais.

Outra das sugestões referidas, foi mais formação neste âmbito do conforto pelo que se optou por compilar os resultados do estudo realizado no SUP, a apresentação da sessão e diversos artigos sobre a temática em um Dossier Informativo intitulado "O conforto do RN/família no SUP" para futura consulta.

Todas estas áreas abordadas no âmbito do conforto do RN/família nas sessões de formação e em momentos individuais tiveram como intuito a supervisão e a reflexão sobre a prática diária, constituindo estas áreas de intervenção em que o EE tem um papel relevante. De acordo com Bártolo,

> *" o desenvolvimento da formação no contexto de trabalho permite rentabilizar saberes, espaços, integrando na prática clínica uma dinâmica formativa [...] permite delinear estratégias, encontrar alternativas que façam coincidir tempos e espaços de trabalho e de formação. Nesta perspectiva, o indivíduo forma-se porque experimenta, vive, reflecte, aprende cuidando e cuida aprendendo"* (2008, p. 8).

A realização das sessões de formação e do respectivo dossier com suporte teórico escrito pretendeu ir de encontro à realidade vivida diariamente pela equipa de enfermagem do SUP, na medida em que foram abordados e discutidos com a equipa alguns conceitos e estratégias de actuação, que poderão ser colocados em prática durante a prestação de cuidados, mas com fundamentação baseada em conhecimento científico.

Estas actividades, permitiram desenvolver as seguintes competências específicas: "comunica os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas", "demonstra um nível de aprofundamento de conhecimentos na sua área de especialização" e "promove a formação em serviço na sua área de especialização".

2.3.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS DO HDE

Este módulo decorreu no período de 3 a 28 de Janeiro, no total de 90 horas. A UCIN do HDE presta assistência a RN com menos de 28 dias de vida que necessitam de cuidados médico-cirúrgicos provenientes do bloco de partos, serviço de obstetrícia, SUP e, ainda, de outros Hospitais da Região Sul do País e Regiões Autónomas que não têm capacidade de resposta para situações de cirurgia ou de alto risco de vida para o RN. A UCIN foi inaugurada a 23 de Abril de 1983, com lotação de 15 camas. Foi submetida a obras de reestruturação, reabrindo modernizada a 23 de Março de 2001, com lotação de 16 camas, das quais 8 são para cuidados intermédios e 8 para cuidados intensivos.

Este módulo desenvolveu-se em contexto profissional, pelo que já conhecia a estrutura física, dinâmica e vivências do RN/família na UCIN. Opta-se por realizar este estágio em contexto profissional por se querer aprofundar o projecto em causa, respondendo a algumas necessidades da UCIN.

Desta forma, o enfoque do módulo foi no RN/família com o levantamento pormenorizado das necessidades de conforto, como um diagnóstico da situação.

- ✓ **1º Diagnosticar as necessidades de conforto do RN/família na UCIN do HDE.**

De acordo com a TC de Kolcaba, levantou-se as necessidades de conforto do RN/família em situação crítica na UCIN, de acordo com a sua estrutura taxonómica (Anexo XXIII). Assim, identificou-se como uma situação stressante o RN/família em estado crítico na UCIN, como força obstrutiva os efeitos secundários da do internamento numa unidade de cuidados intensivos altamente tecnológica que suscitam diversas necessidades e induzem no RN/família sentimentos de angústia, irritabilidade e medo. No entanto, cabe ao EESIP como força facilitadora suprir essas necessidades movendo a tensão negativa que afecta o RN/família numa direcção positiva, com um planeamento de estratégias.

Este primeiro objectivo, permitiu desenvolver as seguintes competências: "demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização" e "reflecte na e sobre a sua prática".

- ✓ **2º Implementar na UCIN o Projecto "Hora da Sesta", inserido no contexto ambiental da Teoria do Conforto.**

A utilização de tecnologia avançada na UCIN tem vindo a reduzir as taxas de mortalidade e morbilidade dos RN nas últimas décadas. No entanto, a tecnologia provoca ruído que foi identificado como a principal fonte de stress ambiental. Desta forma, a par com o avanço da tecnologia surgem preocupações sobre o seu impacto no desenvolvimento dos RN (Blackburn, 1998).

O ambiente inclui não apenas o aspecto físico e objectos inanimados mas também as interacções com os cuidadores. Habitualmente, os indivíduos e o ambiente ao seu redor estão em constante alteração, num processo mútuo de adaptação e interacção. Contudo, no caso dos RN prematuros devido às suas características associadas a mecanismos homeostáticos imaturos, este processo de adaptação ao ambiente é limitado (Rosemary [et al], 1994). Considerando que a população da UCIN é composta por um elevado número de RN prematuros, a preocupação com o impacto ambiental sobre este grupo, torna-se de particular relevância.

Para Kolcaba (2003) o conforto ambiental diz respeito às condições e influências externas o que implica a cor, o ruído, a luz, a temperatura e a existência de espaços físicos com vista para o exterior, permitindo o acesso à natureza. A UCIN é um espaço amplo, recentemente renovado com pinturas das paredes alusivas à pediatria e com diversas janelas com acesso ao exterior. Ou seja, de acordo com a teórica, nas questões relativas ao espaço físico, encontra-se adequado em termos de conforto ambiental. No entanto, nas questões relativas aos efeitos negativos do ruído, da luminosidade e do excesso de manipulações, necessita de uma mudança de comportamentos para se adequar às necessidades de conforto da sua população. De acordo com a OE (2001, pg.7) o "ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde". Assim, para a melhoria da qualidade dos cuidados, é necessário que os enfermeiros foquem a sua intervenção na "complexa interdependência pessoa/ambiente" OE (2001, p.7).

Há cerca de um ano, já houvera reflectido sobre esta área e decidido iniciar como autora principal um projecto que envolvesse-se o ambiente da UCIN, o qual se denominou por "Hora da Sesta". No entanto, apesar do interesse da restante equipa, ainda não tinha tido oportunidade de efectivamente o implementar, pelo que este estágio em contexto profissional se revelou ser extremamente gratificante neste ponto.

Desta forma, decide-se a implementação da "Hora da Sesta" que ambiciona ser um período de silêncio. Através da redução da manipulação do RN obtém-se uma melhoria dos períodos de sono, uma redução dos comportamentos de stress e até uma maior estabilidade. Sugere-se que a equipa de enfermagem identifique e reduza os estímulos stressores da UCIN de forma a facilitar e desenvolver um ambiente apropriado ao conforto do RN/família. A implementação deste projecto tem a vantagem de não necessitar de grandes investimentos financeiros, dependendo essencialmente da formação da equipa multidisciplinar e da mudança de alguns comportamentos na UCIN.

Como fontes de ***stress*** para o conforto do RN/família foram identificados o ruído, a luminosidade e a manipulação. Como medida de saúde pública, a ***US Environmental Protection Agency*** propôs uma intensidade de som nos hospitais de 45 Decibéis (dB) durante o dia e de 35 dB durante a noite (***American Academy of Pediatrics***, 1997). Os níveis de ruído em excesso e contínuos provocam perdas auditivas, aumento da pressão arterial, da frequência cardíaca e respiratória e atraso no crescimento e desenvolvimento do RN prematuros (***American Academy of Pediatrics*** citado por Abbey [et al], 2010).

Desde há cerca de um ano que está em curso na UCIN do HDE, um projecto inovador em Portugal, sob a responsabilidade da Faculdade de Ciência e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa. O projecto centra-se no estudo do ruído relacionado com a ventilação não invasiva no RN. Para tal, para além das medições do ruído interno da incubadora é igualmente feita a medição do ruído ambiental. De forma a mobilizar conhecimentos, contactou-se a Sr.ª Engenheira autora do estudo para uma reunião, de forma a conhecer a metodologia e as suas conclusões. Gentilmente, a Sr.ª Engenheira explicou o estudo e cedeu algumas das conclusões do mesmo. As medições acústicas ambientais concluíram que os valores de ruído na UCIN do HDE, variam durante o dia, segundo um padrão, sendo o valor médio sempre acima dos 50 dB, com picos até 66 dB e sendo que 90% do ruído ultrapassa os 44dB durante o dia e os 46dB durante a noite. A realçar que alguns dos picos do ruído coincidem com o horário da passagem de ocorrências e outros cuidados de enfermagem que têm horários pré-estabelecidos (tais como a mudança da alimentação parentérica às 21 horas e da soroterapia às 12 horas). Desta forma, pretende-se uma redução dos níveis de ruído, com uma consciencialização da equipa de forma a assegurar períodos de silêncio que permitem melhorar o desenvolvimento global, o aumento de peso e reduzir a duração da permanência hospitalar do RN (Philbin, 2000).

No útero, o feto está em sono profundo aproximadamente cerca de 80% do tempo com poucas interrupções. Na UCIN, o sono de um RN em média é interrompido cerca de 132 vezes em 24 horas com períodos de repouso que variam entre os 4.6 a 9.2 minutos (Cathleen, 1993). A privação do sono no RN a curto prazo está associada ao desenvolvimento de apneia do sono, ao aumento significativo dos limites de alerta e da percepção da dor (Canet [et al], 1898; Franco [et al], 2004).

Em relação à luminosidade na UCIN existem diversos estudos sem consenso entre si. No pré-termo após as 28 semanas a luz pode ser importante para manter o ritmo circadiano. A ***American Academy of Pediatrics*** (1997) recomendou a introdução regular do ciclo dia/noite na UCIN. Assim, estabeleceu uma intensidade de 100-150 Lux para 8 horas diárias com uma redução à tarde e à noite. Robinson [et al] (1991) estudaram a luminosidade de 7 UCINs na Grã-Bretanha nos anos 90 e identificou valores de 348 Lux de intensidade luminosa à noite e de 470 Lx durante o dia, sendo muito superior ao estipulado.

Desta forma, a "Hora da Sesta" pretende conferir estratégias que incidam sobre estes três estímulos. O projecto da "Hora da Sesta" ocorre em três fases: planeamento, formação e implementação. Este delinear do projecto, permitiu desenvolver como competência: (a) *"toma iniciativas e é criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização"*; (b) *"incorpora na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências"*e (c) *" zela pelos cuidados prestados na sua área de especialização"*.

Relativamente ao "Planeamento", seleccionou-se em cada turno um período limitado para a implementação das estratégias de conforto ambiental para o RN/família. No turno da manhã entre as 13h30-14h30, no turno da tarde entre as 19h30-20h30 e, no turno da noite entre as 03h30-05h30. Assim, depois de identificar as fontes de stress para o conforto do RN/família, planearam-se estratégias de conforto ambiental e organizaram-se os cuidados de forma a evitar interrupções do sono e manipulações durante o período da "Hora da Sesta". Foi necessário obter o consentimento da Sr.ª Directora de Serviço, da Sr.ª Enfermeira Chefe e da restante equipa multidisciplinar. Importa realçar o importante papel dos pais em todo este processo. Estes devem ser instruídos na forma podem usufruir da "Hora da Sesta", por exemplo na realização do método canguru ou mesmo apenas contemplando o seu filho. A fase do planeamento, permitiu aprimorar a

seguinte competência: "demonstra capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar".

Na fase da "Formação", devem-se incluir as sessões de formação sobre a "Hora da Sesta" a toda a equipa multidisciplinar. Durante o período de estágio, apenas foi possível apresentar o projecto numa sessão de formação intitulada "Projecto Hora da Sesta - Teoria do Conforto" à equipa de enfermagem embora, já estejam planeadas sessões de formação à restante equipa multidisciplinar (Anexo XXIV). Como sugestão para esta fase, refere-se a elaboração de um folheto informativo para dar aos pais, não descurando todos os momentos de partilha individual, para que os mesmos possam ser parceiros nesta estratégia de conforto ao seu filho. A fase da formação permitiu aperfeiçoar a seguinte competência: "promove a formação em serviço na sua área de especialização".

A fase da "Implementação" diz respeito ao pôr em prática as estratégias debatidas e acordadas na equipa multidisciplinar nas fases anteriores. Estas estratégias estão enumeradas na norma de procedimento elaborada "Hora da Sesta" e têm como objectivo o conforto ambiental com a diminuição do ruído, luminosidade e manipulações de forma a melhorar os períodos de sono do RN com consequente optimização do seu desenvolvimento (Anexo XXV). A fase da implementação permitiu aprimorar as seguintes competências: "aborda questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização" e "realiza a gestão dos cuidados na sua área de especialização".

A garantia do cumprimento do projecto pela equipa está dentro do domínio do EE pois implica as dimensões da "educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e, (…), levar a cabo investigação relevante que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem". (OE, 2010, p.2). Compete ao EESIP dar a conhecer, instruir a equipa e pais bem como, supervisionar se as estratégias delineadas estão a ser executadas correctamente.

A consecução deste projecto permite realizar um estudo de investigação para avaliar os cuidados, inserido nos padrões da qualidade da OE, no enunciado descritivo "A prevenção de complicações", ou seja, *"Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes"*. (OE, 2002). Para tal, foi apresentado à Sr.ª Enfermeira Chefe e à equipa, na sessão de

formação, o projecto de acordo com os Padrões da Qualidade da OE e a *Check-List* para a avaliação da qualidade (*Heather Palmer*) com os critérios e indicadores de avaliação estabelecidos (Anexo XXVI).

A implementação do projecto "Hora da Sesta" permitiu desenvolver as seguintes competências: "participa e promove a investigação em serviço na sua área de especialização", " lidera equipas de prestação de cuidados especializados na sua área de especialização" e "exerce supervisão do exercício profissional na sua área de especialização".

Com este projecto, pretende-se garantir uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados na UCIN a caminho da excelência, envolvendo toda a equipa multidisciplinar e garantindo a adopção de boas práticas, Segundo o Regulamento Interno do Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC), no artigo 6º, um dos seus objectivos são "prestar cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, em tempo adequado, com eficiência e em ambiente humanizado".

- ✓ **3º Contribuir para a promoção do conforto ao RN/família em situação crítica.**

O internamento de um filho RN constitui uma situação de crise importante para os pais, provocando habitualmente, um desequilíbrio do casal ao afectar o seu bem-estar e ao dificultar a sua capacidade de desempenhar o papel parental. Na Teoria da Consecução do Papel Maternal de Mercer, define-se separação materno-infantil precoce como a " separação da mãe após o nascimento devido a doença ou prematuridade" (Tomey e Alligood, 2004, p. 525). A prematuridade é a principal causa de internamento numa UCIN. Considera-se um RN prematuro o que nasce com idade gestacional inferior a 37 semanas, independentemente do seu peso (Tamez e Silva, 2002).

Nas últimas décadas, desenvolveram-se inúmeras tecnologias nas UCIN responsáveis pela diminuição da morbilidade e mortalidade dos RN de baixo peso. A prática indica que estas tecnologias podem propiciar a separação entre a díade pais/criança, dificultando a vinculação. Kolcaba refere que o conceito de conforto tornou-se muito importante como um antídoto para a alta tecnologia. No entanto, a enfermagem sustentando-se em teorias próprias, evoluiu na perspectiva do cuidar no que diz respeito à crescente importância que se atribui à presença e participação dos pais nos cuidados.

Desta forma, na UCIN o modelo de trabalho implementado é o do enfermeiro responsável. Nesta unidade, a parceria de cuidados tem sido uma preocupação crescente

ao longo dos tempos com a implementação de vários de planos de intervenção sistematizados de boas práticas, centrados no desenvolvimento da criança/família. No entanto, opta-se por destacar três deles, visto considerar-se que os mesmos poderão ser optimizados, sendo postos em prática durante a "Hora da Sesta". Desta forma, foi proposto à equipa multidisciplinar a articulação com os projectos do "Método Canguru", do "Acolhimento aos Pais" e da "Perda e Morte na UCIN".

O "Método Canguru", instituído há cerca de um ano na UCIN no âmbito da "Promoção da Saúde" dos Padrões da Qualidade da OE (2002), tem se revelado uma intervenção autónoma de enfermagem bastante benéfica para o estabelecimento de uma relação de vinculação. Este método implica o contacto pele a pele entre a mãe e o RN prematuro, mantida de forma contínua, prolongada pelo tempo que for agradável para ambos, permitindo uma maior participação dos pais nos cuidados ao seu filho. Na norma de procedimento instituída na UCIN, refere-se que o "Método Canguru" deve ser realizado num ambiente calmo, pelo que se considera a "Hora da Sesta" como o momento ideal para a sua concretização. De acordo com Barnard citada por Tomey e Alligood (2004, p. 548), "o ambiente inclui todas as experiências enfrentadas pelas crianças: pessoas, objectos, locais, sons, sensações visuais e tácteis.".

A articulação com o projecto do "Acolhimento aos Pais", instituído há cerca de dois anos no âmbito da "Satisfação do Cliente" dos da Qualidade (OE, 2002), é essencial. No momento de admissão do RN, pretende-se que o acolhimento seja algo humanizado de forma a minimizar a ansiedade dos pais, valorizando os seus sentimentos. Assim, foi realizada uma ***chek-list*** de forma a sistematizar tudo o que necessita de ser referido pelo enfermeiro no acolhimento (a apresentação da equipa, unidade e suas normas, estado clínico do RN, entre outros). Para tal, durante a sessão de formação, negociou-se com a EESIP responsável por o projecto, a inclusão dos horários da "Hora da Sesta" nessa ***check-list*** e no folheto informativo com as normas entregue aos pais, para tomarem conhecimento e se sentirem incluídos no projecto.

Por fim, crê-se que a "Hora da Sesta" poderá ser um período de silêncio que os enfermeiros ao cuidarem de RN em fim de vida poderão utilizar para ajudarem a criança/família a ultrapassar esta situação de crise. De acordo com ***The Royal College of Pediatrics and Child Health*** citado por McNeilly (2006) os cuidados paliativos pediátricos são "um cuidar holístico que envolve elementos físicos, emocionais, sociais e espirituais e foca-se no aumento da qualidade de vida da criança bem como no suporte

familiar". Assim, faz-se a articulação com o projecto da "Perda e Morte na UCIN", apesar de actualmente, não estar instituída nenhuma política de cuidados paliativos. No entanto, estudos de 2006 realizados no Canadá, referem que mais RN morrem nos primeiros 27 dias de vida do que em qualquer outra período da infância e são poucos os que usufruem de cuidados paliativos. A estes, são várias as barreiras apontadas entre as quais o ambiente da UCIN que oferece pouca privacidade e conforto à família (Kain, 2006).

Pretende-se que os conceitos subjacentes à "Hora da Sesta" tais como a diminuição da luminosidade, do ruído e das manipulações sejam utilizados nos momentos da interacção dos pais com o RN em fim de vida. Neste período, pode ser proporcionado a ida do RN ao colo dos pais caso este seja o desejo dos mesmos. Habitualmente, este simples pegar ao colo, devido à instabilidade vivida em todo o internamento, é a primeira e última vez. Nestas situações, Walden (2001) diz ser de extrema importância atenuar os estímulos visuais e auditivos. Outra estratégia poderá ser mudar o RN em fim de vida para uma sala individual, ajudando a controlar o ruído externo e permitindo ao RN/família um tempo em silêncio para rezarem e se despedirem.

As famílias entram numa crise de espiritualidade e poderão perguntar-se "Porquê a mim? Porquê o meu bebé? O que fiz de errado? O EESIP deve estar despertos para a tendência das famílias se sentirem culpadas e se responsabilizarem, devendo ajudá-las a ultrapassar esta fase tal como diz Kolcaba (2003), de uma forma pacífica. De acordo com a TC, esta "morte pacífica" é um ***Health Seeking Beahavior***, ou seja, um comportamento promotor de saúde sendo a saúde facilitada pela atenção dada às necessidades de conforto. Assim, a morte pacífica pretende ir de encontro ao resultado final, o conforto da criança/família, ocorrendo quando os conflitos são resolvidos, os sintomas negativos são bem geridos e o processo é aceite pacificamente pela família. Desta forma, num ambiente tranquilizador e respeitando as suas crenças, este processo deverá ser explicado aos pais, incentivando-os a deixarem o seu filho "partir" numa atitude altruísta e de amor.

Morrer com dignidade, sem dor nem desconforto, é um direito de toda a Pessoa, mesmo uma criança. É necessário mudar o paradigma do cuidar, passando de uma atitude essencialmente tecnológica, curativa até ao limite, para uma atitude relacional, onde é essencial tornar os pais como parceiros activos no plano de cuidados, tendo como

objectivo final o conforto da criança/família. O EESIP deve valorizar a esperança, considerando-a, tal como referido por Magão (2000), como essencial numa situação de stress/*coping*, em contexto de incertezas no futuro. Das forças espirituais, destaca-se a esperança que, de acordo com a CIPE® Versão 2.0 (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2006) engloba a confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver, paz interior e mobilização de energia. A esperança pode contribuir para o aumento da capacidade dos pais para lidarem com situações de crise. É encarada como uma possível saída do ciclo do sofrimento e experienciada como um conforto (Cavaco [et al], 2010), que corrobora com Kolcaba pois para esta o oposto do conforto é o sofrimento. Neste caso, pretende-se que o resultado final, ou seja, o conforto da criança/família, se traduza na esperança. Para tal, Miller (2007) salienta a filiação e as relações interpessoais (carinho, sentimento de pertença e sentido do possível). Os pais necessitam de um significado para a vida, em situações de crise, sendo uma dimensão essencial para lidar com a doença e/ou preparação para a morte (Miller, 2007: Pires, 2006).

Estas actividades desenvolvidas em contexto profissional possibilitaram aprimorar as seguintes competências: "demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, relacionados com o RN e família", "reflectir na e sobre a prática, de forma crítica" e "zelar pelos cuidados prestados".

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A consecução deste relatório permitiu reflectir sobre a temática comum nos três Módulos de Estágio, tendo sempre em vista a promoção do conforto da criança/família. Frequentemente a palavra conforto é utilizada pelos enfermeiros de uma forma vaga e indiscriminada, traduzindo-se em expressões como: "***foram prestados cuidados de higiene e conforto"*** e ***"a criança está com aspecto aparentemente confortável"***. No entanto, o conforto tem um significado muito mais complexo, do que apenas a ausência de dor. É um resultado positivo, dinâmico e holístico consequente das intervenções de enfermagem.

Foi importante reflectir e conduzir os enfermeiros a reflectir sobre a questão, "O que é o conforto"? Neste percurso, pode-se constatar que os enfermeiros consideram como muito importante a implementação de estratégias para o conforto da criança/família mas no entanto, nem sempre o sistematizam. Tal como Kolcaba defende, é crucial que os enfermeiros registem e dêem visibilidade aos seus cuidados de conforto. Um dos pontos de interesse, consistiu na elaboração de vários instrumentos de registo dos cuidados para que os mesmos fossem facilitadores da sistematização dos cuidados.

Foram várias as experiências gratificantes nos três módulos de estágio. Realço no módulo I, o impacto que a sessão de formação teve na UCSP de Alcântara, com a abordagem da TC no âmbito do AM. Inicialmente, o que poderia parecer um tema que não traria muita informação nova, revelou ser um momento intenso de partilha de saberes e práticas com base na reflexão. Contribui o convite realizado a uma EESIP considerada perita na área para participar nesta sessão e dar o seu relevante contributo. No Módulo II, foi gratificante ver a satisfação dos enfermeiros ao ir de encontro não só às necessidades da criança/família, mas também às suas próprias necessidades de conforto. Era notória, naquele momento, a insatisfação dos enfermeiros com o registo e as práticas na abordagem à criança com feridas. Com a introdução de novo saber teórico e prático e com a reformulação dos formulários, foi notória a satisfação dos enfermeiros bem como a melhoria da metodologia utilizada nos cuidados. No Módulo III, no SUP, enfatizo a receptividade da equipa à TC. Foi gratificante ver o seu envolvimento no preenchimento dos questionários elaborados como diagnóstico de situação. A formação promovida foi directamente de encontro às necessidades que os mesmos exprimiram

sobre o conforto do RN/família. Ainda no Módulo III, realizado em contexto de trabalho na UCIN, foi enriquecedor ver as demonstrações de vontade da equipa para alterar comportamentos relativos ao conforto ambiental. Actualmente, sou a dinamizadora principal do projecto "Hora da Sesta", com a supervisão e responsabilidade pela recolha e análise dos dados estipulados como indicadores de avaliação, no âmbito dos padrões da qualidade, de forma a dar continuidade ao projecto.

Realço a facilidade que a estrutura taxonómica da Teoria confere ao permitir um correcto levantamento de necessidades da criança/família nos diversos tipos de conforto e, posteriormente, um planeamento dos cuidados para cada necessidade. Paralelamente, tentou-se ao máximo que as actividades delineadas tivessem por base um pensamento crítico e reflexivo fundamentado na investigação. Considera-se que só assim o EESIP poderá a fazer a diferença no panorama actual da enfermagem, com atitudes e mudanças de comportamento em prol do bem-estar e qualidade dos cuidados à criança/família. Pelo seu carácter operacional foi para mim envolvente e estimulante a aplicabilidade da TC.

Neste sentido, é extremamente gratificante pensar que durante este processo formativo, se desenvolveu um conjunto de competências e habilidades que permitiram modificar a forma de pensar, agir, estar, ser e sentir. Actualmente, esta visão permite-me olhar para o utente pediátrico na sua individualidade e no seu carácter holístico tendo presente que "bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas" (OE, 2002, p.10),

Pelo carácter limitativo do tempo de cada módulo de estágio, não foi possível implementar qualquer questionário elaborado por Kolcaba para a avaliação das estratégias de conforto implementadas, tendo as mesmas sido avaliadas com o conhecimento aprofundado das reacções da criança/família. Assim, como sugestão fica a realização de um estudo mais abrangente com a aplicação de questionários à criança e aos pais. Outra área que importa saber será, qual a perspectiva dos enfermeiros sobre o conforto da criança/família.

Kolcaba possui actualmente um sítio na Internet no qual apresenta, discute e dá a conhecer os últimos avanços da sua investigação, pelo que a sustentação deste relatório foi baseada na sua maioria, em fontes primárias.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBEY, Berg [et al] – Monitoring Noise Levels in a Tertiary Neonatal Intensive Care. **Spring.** Louisiana. vol.37 (2010), p. 69-72;

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS - Noise: a Hazard for the Fetus and Newborn. **Committee on Environmental Health.** vol.100: n.º4 (1997), p.724-727;

- AZEVEDO, Carlos; AZEVEDO, Ana **– Metodologia Científica: Contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos**. 9ª ed. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2008. ISBN: 978-972-54-0212-2;

- BÁRTOLO. Emília – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos: um lugar onde os profissionais de saúde aprendem. **Revista de Ciências da Educação**. n.º 5 (2008), ISSN 1646-4990. p.7-17;

- BENNER, Patrícia – **De iniciado a perito**. 1ª ed. Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN: 972-8535-97-X;

- BLACKBURN, S. – Environmental impact of the NICU on development outcomes. **Journal Pediatrics Nursing**. vol.5: n.º15 (1998), p.279-289;

- BORKOWSKI, Suzanne [et al] – Pediatric Stomas, Tubes and Appliances. **Pediatric Clinics of North America. v**ol. 45: n.º6 (1998), p.1419-1435;

- BOTELHO, José Rodrigues **–** Contributos da formação profissional contínua para a qualidade dos cuidados de enfermagem. **Revista Servir**. vol.46: n.º5 (1998), p. 262-266;

- BOTTORF, Joan (1991) **– The lived experience of being comforted by a nurse.** Acedido em 18-12-2010: http://www.phenomenologyonline.com/articles/bottroff.html

- CALDEIRA, Teresa [et al] **–** O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica **– Acta Pediátrica Portuguesa.** vol.1 nº37 (2006), p.1-4;

- CANET, E. [et al] – Effects of sleep deprivation on respiratory events during sleep in healthy infants. **Journal of Applied Physiology.** nº66 (1989), p.1158-1163;

- CARVALHO, M.; TAMEZ, R. **– Amamentação, bases científicas para a prática profissional.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002;

- CASEY, Anne – Development and Use of Partnership Model of Nursing Care. In: GLASPER, E. A.; TUCHER, A. **Advances in Child Health Nursing**, London, Scutari, 1993;

- CATHLEEN, Strauch [et al] – Implementation of a Quiet Hour: Effect on Noise Levels and Infant Sleep States. **Neonatal Network.** vol.12: n.º2 (1993), p.31-35;

- CAVACO, Vera [et al] – Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? – Revisão sistemática. **Revista Referência**. II Série: nº12 (2010), p.93-103;

- C.E.C.D. (2009) – Visão, missão e valores. Acedido em 12-04-2010: http://www.cecdmirasintra.org/

- CONFERÊNCIA DA UNIÃO EUROPEIA - **Promoção, Promoção e Suporte ao Aleitamento Materno na Europa: um projecto em acção**. Dublin. 2004;

- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS **– Classificação internacional para a prática de enfermagem - CIPE Versão 2.0** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2006;

- COSTA, José. **– Métodos de prestação de cuidados.** Viseu: Escola Superior de Enfermagem de Viseu **–** 30 anos. 2004, p.234-255;

- CUNHA, J. [et al.] **–** Recém-nascidos na urgência pediátrica hospitalar. **Acta Pediátrica Portuguesa.** vol.38: nº6 (2006), p.235-240;

- DINIZ, Edite **–** Avaliação da qualidade de cuidados. **Revista Servir**. vol.43: n.º2 (1995), p. 69-78;

- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE **– Código de Ética: Substitutos do Leite Materno, biberões e tetinas.** Lisboa. 1981. 8p;

- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Programa Nacional de Controlo da Dor.** Circular Normativa Nº 11/DSCS/DPCD. Lisboa (2008), 15p.;

- FORTIN, Marie-Fabiene - **O Processo de Investigação: Da concepção à realização.** Loures: Lusociência, 1999;

- FRANCO, P. [et al] **–** Decreased arousals among healthy infants after short-term sleep deprivation. **Journal Pediatrics.** vol.114: nº114 (2004), p.192-197;

- GALVÃO, Dulce **–** Acompanhamento da implementação das orientações sobre amamentação num hospital amigo do bebé: perspectiva da mãe. **Revista de Investigação em Enfermagem**. nº 12 (2005), p. 52-56;

- GUERRA, Alberto **–** Estratégias de Intervenção do Enfermeiro para a Redução do Stress da Criança Pré Escolar no Serviço de Urgência. **Nursing.** Lisboa. nº 213 (2006), ISSN 0871-6196, p.12-18;

- GUSTAVO, Rocha [et al.] – Analgesia e sedação. **Consensos de Neonatologia,** 2001, p.45-51;

- HARRISSON, L.; WOODS, S. – Early parental touch and preterm infants". **JOGNN**. vol.20: nº4 (1991), p.299-305;

- HESBEEN, Walter **– Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar.** Loures: Lusociência, 2001. 220p. ISBN 972-8383-20-7;

- HOCKENBERRY, Marilyn [et al] **– Fundamentos de enfermagem pediátrica**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. 1303p. ISBN 13-978-85-352-1918-0;

- HDE **– Abertura da Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais (UCERN).** Circular Normativa nº 048. Lisboa, 2009;

- HDE – **Admissão ao Serviço de Urgência Pediátrica.** Boletim Informativo nº 34/05. Lisboa, 2006;
- HDE **– Estratégia de Reanimação. Manual da qualidade –** Boletim Informativo nº 311/05. Lisboa. 2005;
- HDE – **Missão do HDE.** Boletim Informativo nº 191/05. Lisboa. 2005 HDE;
- STANHOPE, M.; LANCASTER, J. - **Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos.** 4ª ed. Lisboa: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-05-3, p.491-517p;
- JORGE, Ana Maria **– Família e Hospitalização da Criança (RE) Pensar o Cuidar em Enfermagem.** Loures: Lusociência, 2004, 192p. ISBN 972-8383-79-7;
- KAIN, V – Palliative Care Delivery in the NICU: What Barriers do Neonatal Nurses Face?. **Neonatal Network.** nº25 (2006), p.387-392;
- KAM, P. [et al] – "Noise pollution in the anesthetic and intensive care environments. **JAMA**. nº263 (1994), p.3185-3190;
- KOLCABA, Katharine. **–** A taxonomic structure for the concept of comfort. **Journal of Nursing Scholarship**. vol.23 (1991), p. 237-240;
- KOLCABA, Katharine. **–** A Theory of holistic comfort for nursing. **Journal of Advanced Nursing.** vol.19 (1994), p.1178-1184;
- KOLCABA, Katharine – **Comfort Line.** Acedido em 03-07-2010: http://www.thecomfortline.com/index.html
- KOLCABA, K. & Wykle, M. – Comfort research: spreading comfort around the world. **Reflections.** vol.23 (1997), p.12-13;
- KOLCABA, Katharine **–** Comfort Theory and Practice. New York. **Springer Publish Company**. vol.19: n.º1 (2003), ISBN: 0-8261-1663-7;

- KOLCABA, Katharine – Evolution of the Mid Range Theory of Comfort for Outcomes Research. **Nursing Outlook**. vol. 49: n.º2 (2001), p.86- 92;

- KOLCABA, Katharine – Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. **Advances in Nursing Science.** vol.15 (1992), p.1-10;

- KOLCABA, Katharine - The art of comfort care. **Journal of Nursing Scholarship.** vol.27 (1995), p.287-289;

- KOLCABA, Katharine; DiMarco, A., Marguerite – Comfort Theory and the Application to Pediatric Nursing. **Pediatric Nursing.** vol.31: n.º3 (2005), p. 187-194;

- LEVY, L. & BÉRTOLO, H. – **Manual de Aleitamento Materno**. ed. revista. Lisboa: Comité Português para a UNICEF, 2008, p.8;

- MACEDO, Israel [et al] – **Cuidados Cutâneos ao RN.** Consensos de Neonatologia. 2001, p.106-107;

- MAGÃO, Maria – Esperança nos pais de crianças com cancro: uma análise fenomenológica interpretativa da relação com profissionais de saúde. **Pensar em Enfermagem**. vol.4, nº1 (2004), p.3-22;

- MANO, M. – Cuidados em Parceria às crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e pais. **Revista Referência**, nº8 (2002), p.53-61;

- MARTINS, Cristina Araújo (2008) **– Transição para a Parentalidade. Programa de Doutoramento em Enfermagem – Revisões Sistemáticas de Literatura.** Acedido em 04-02-2010: http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/242085.

- MCLLDUFF, A. [et al] – Parental Touch of the Neonate: Encourage or condemn?. **ACMI Journal**.vol.11 (1998), p.18-21;

- McNEILLY, P. [et al] –A Model For Reflection in Children's Palliative Care. **European Journal of Palliative Care**. nº13 (2006), p.31-34;

- MELEIS, Affaf **[**et al**]** – Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. **Advances in Nursing Science**. vol 23: nº 1 (2000), p. 12 – 28;

- MILLER, L. **–** Hope: a construct central to nursing. **Nursing Forum**. vol.42: nº1 (2007), p.12-19;

- NINGHTINGALE, Florence. **– Notes on Nursing**. London: Harrison, 1859;

- OLIVEIRA, Maria Helena. - Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria. **Nursing**. Lisboa. nº 130 (2009), p. 18-23;

- OLIVEIRA, Valério; CADETE, Matilde – A consulta de Enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Revista Mineira de Enfermagem.** Rio de Janeiro. vol 11, nº1 (2007), p. 77-80;

- OMS/UNICEF **– Declaração de INNOCENTI sobre Protecção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno.** Florencia. 1990;

- ORDEM DOS ENFERMEIROS **– Código Deontológico:** Lei nº. 111/2009 de 16 de Setembro. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 21-05-2010:

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

- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual: enunciados descritivos.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2002. Acedido em 12-12-2010: http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/62_PadroesQualidade.pdf

- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados.** Lisboa. 2007. Acedido em: http://www.ordemenfermeiros.pt

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Rede de cuidados de saúde primários: Modelos de gestão dos centros de saúde. **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. Suplemento da revista. nº 13 (2004), p. 24. Acedido em: 14-05-2010

  http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/issues/13_sup13.pdf

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.** Lisboa. Assembleia-geral da Ordem dos Enfermeiros de 29 de Maio de 2010. Acedido em: 02-12-2010: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf

- ORDEM DOS ENFERMEIROS **– Regulamento das Competências Comuns do EE em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem.** Assembleia-geral Extraordinária da Ordem dos Enfermeiros de 20 de Novembro de 2010. Acedido em 02-12-2010:

  http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_CompetenciaCrian%C3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros:** Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 21-05-2010: http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf

- PHILBIN, M.K. **–** The Influence of auditory experience on the behavior of preterm newboRN. **Journal of Perinatology.** nº20 (2000), p.76-87;

- PIRES, A - **O lugar da esperança na aprendizagem do cuidado de enfermagem.** Loures: Lusociência. 2006, 216p.;

- PEREIRA, Adriana. **– Aleitamento Materno, a importância da correcção da pega no processo da amamentação - resultados de um estudo experimental**. Loures: Lusociência. 2006;

- PORTAL DA SAÚDE **–** UCSP de Alcântara. Acedido em 10-04-2010: http://www.portaldasaude.pt/portal/servicos/prestadoresV2/?providerid=452

- PORTUGAL. Ministério da Saúde - **Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes Saúde Infantil e Juvenil: Programa Tipo de Actuação e Orientações Técnicas.** 2ª ed. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2002, 48 p.

- PORTUGAL Ministério da Saúde - **Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários.** Lisboa. 2006. Acedido em 10-01-2010: http://www.portaldasaude.pt

- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos**. - Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. Vol. II - Orientações estratégicas, 216 p. ISBN 972-675-108-X;

- PORTUGAL Ministério da Saúde – **Programa Nacional de Vacinação.** Lisboa: Direcção-Geral de Saúde. 2006. ISBN 78-972-675-153-3. 84p

- PORTUGAL, Ministério da Saúde - **Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Criança:** Decreto-Lei nº281/2009 de 10 Outubro. Acedido em 30-04-2010:

  http://dre.pt/pdf1sdip/2009/10/19300/0729807301.pdf;

- **REGIME JURIDICO dos Agrupamentos de Centros de Saúde:** Decreto-Lei nº. 28/2008, de 22 de Fevereiro;

- **REGULAMENTO do Exercício Profissional dos Enfermeiros:** Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro;

- RILEY, J. **– Comunicação em Enfermagem.** 4ª ed. Loures: Lusociência, 2004. 454p, ISBN 972-8383-81-9;

- ROBINSON, J. [et al] - Illuminance of neonatal units. **Archives of Disease in Childhood.** nº65 (1990), p.679-682;

- ROSEMARY, White Traut [et al] **–** Environmental Influences on the Developing Premature Infant: Theoretical Issues and Applications to Practice. **JOGNN.** nº5, vol.23 (1994

- SARAIVA, Helena – **Aleitamento Materno, Promoção & Manutenção.** Lisboa: Lidel, 2010, 240p.;

- SAÚDE, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL – **Carta de Ottawa para a promoção da saúde.** In 1ª Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde. Ottawa, 1986. Acedido em 10-01-2010: http://www.dgs.pt/

- SAÚDE, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL **– Constitution of the Worl Health Organization.** Acedido em 20-10-2010:

  http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

- SHIN, Hyunjeong.; ROSEMARY, White-Traut – The conceptual structure of transition to motherhood in the neonatal intensive care unit. **Jornal of Advances in Nursing Science**. vol 58, nº 1 (2007), p. 90-98;

- SILVA, Abel Paiva – Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. **Servir**. vol.55, nº1-2 (2007), p.11-20;

- STANHOPE, Márcia; LANCASTER, Jeanette **– Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de grupos, famílias e indivíduos.** 4ª ed. Loures: Lusociência. 1999. ISBN 972-8383-05-3. p. 528-540, 584-560, 881-913;

- TAMEZ, Raquel; SILVA, Maria **– Enfermagem na UTI neonatal – assistência ao recém-nascido de alto risco**; 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002; 205p. ISBN 8527707306;

- TARDY, J.; VOLPE, J. **–** Intraventricular haemorrhage in the premature infant. **Pediatrics Clinics of North America**. vol.29 (1982), p.1077-1104;

- TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile **– Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem.** 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6;

- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA **– Regulamento Geral de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional.** Lisboa: UCP, 2009, 14 p.

- WALDEN, M. [et al] – Comfort Care for Infants in the Neonatal Intensive Care Unit at End of Life. **Newborn and Infant Nursing Reviews.** vol.1, nº2 (2001), p.97-105);

- WATSON, J. – **Nursing: Human Science and Human Care.** New York: NLN 1999;

- WHALEY, Lucille; WONG, Donna L.; **Enfermagem Pediátrica - Elementos Essenciais à Intervenção Efectiva**. 5ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997;

- WRIGHT, L.; LEAHEY, M. – **Enfermeiras e famílias: um guia para a avaliação e intervenção na família.** 3ª ed. São Paulo: Roca. 2002.

0’kl

ANEXOS

ANEXO I

Contextualização da Teoria do Conforto

CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEORIA DO CONFORTO

- Katharine Kolcaba –

Inicialmente, Kolcaba definiu o conforto como " a experiência de ter alcançado as necessidades humanas básicas de tranquilidade, alívio e transcendência" (1991, p.20) e, mais tarde, como "a satisfação (activa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência que emergem de situações causadoras de stress, em cuidados de saúde nos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental" (1994, p.1178)

Os pressupostos básicos que sustentam a TC são: os seres humanos têm respostas holísticas perante um estímulo complexo; o conforto é um resultado holístico desejável que está associado à disciplina de enfermagem e os seres humanos empenham-se, activamente, por satisfazer ou terem as suas necessidades básicas de conforto satisfeitas (1994, p.1178).

Desta forma, os enfermeiros identificam as necessidades de conforto do indivíduo que ainda não tenham sido satisfeitas por outros sistemas de suporte existentes e planeiam intervenções para satisfazer essas necessidades. Neste processo, as variáveis intervenientes são tidas em conta no planeamento das intervenções no sentido de aumentar imediatamente o conforto. Se o conforto pretendido é atingido, os indivíduos são incentivados a adoptar comportamentos saudáveis; se adoptarem comportamentos saudáveis em consequência do seu fortalecimento e das medidas implementadas, tanto os indivíduos como os enfermeiros estarão mais satisfeitos com os cuidados de saúde; se os indivíduos estão mais satisfeitos com os cuidados de saúde, numa determinada instituição, esta conservará o seu bom funcionamento e as suas boas normas e práticas (Kolcaba, 2003). Os indivíduos que se sentem mais confortáveis, reabilitam-se mais facilmente, superam melhor os obstáculos, adaptam-se melhor às limitações e têm uma morte mais serena do que aqueles que estão desconfortáveis (Kolcaba & Wykle, 1997; Kolcaba, 2003). Este modelo conceptual é apresentado esquemáticamente na Figura 1.



Figura 1 - Quadro Conceptual da Teoria do Conforto de Kolcaba (2003). Fonte: http://www.thecomfortline.com/home/intro.html

Importa compreender os seus pressupostos básicos aplicados à enfermagem de saúde infantil e pediatria, nomeadamente: (1) a criança/família têm respostas holísticas perante um estímulo complexo; (2) os enfermeiros devem identificar as necessidades de conforto da criança/família que ainda não tenham sido satisfeitas e planearem intervenções para satisfazerem essas necessidades; (3) no caso da criança/família a prevenção do conforto é melhor que o tratamento; (4) se o desconforto ambiental não pode ser prevenido, a criança/família pode ser ajudada a alcançar a transcendência através de estratégias de conforto que permitam a esperança, sucesso e suporte ao seu medo; (5) ao aplicar a TC, os enfermeiros deve considerar toda a criança no seu contexto familiar e, (6) se o conforto pretendido é atingido, a criança/família são incentivados a adoptar comportamentos promotores de saúde (Kolcaba 2001; Kolcaba & DiMarco, 2005). Ao adoptarem comportamentos promotores de saúde, tanto a criança/família como os enfermeiros estarão mais satisfeitos numa determinada instituição de saúde. Esta ao ter a criança/família satisfeitos conservará o seu bom funcionamento e as suas boas normas e práticas.

Estruturalmente, o conforto está organizado numa grelha bidimensional (Kolcaba, 1992). A primeira dimensão representa a intensidade de satisfação, ou não, das necessidades de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência). A segunda dimensão diz respeito aos contextos nos quais o conforto é experimentado (físico, psicoespiritual, ambiental e social) (Kolcaba, 1991).

O estado de alívio pressupõe a existência de desconforto prévio, do qual o indivíduo é aliviado através das intervenções de enfermagem. O estado de tranquilidade é visto

como um estado de contentamento, no qual ao se manipular o ambiente existe uma melhoria da *performance* do indivíduo. Assim, o conforto é um estado positivo e duradouro que não implica um desconforto prévio. Kolcaba refere que o conforto faz sentido como um meio para alcançar a *performance* durante uma tarefa. Para tal, é necessária uma reflexão sobre como ajustar o indivíduo ao ambiente e este estado pode ser avaliado através da correlação do indivíduo com as características do ambiente (Kolcaba, 1991) Em situação de saúde, o corpo sente-se tranquilo. Em situação de doença, "*dis-ease"* afasta a tranquilidade "*ease"* e é através da intranquilidade que se começa a tomar consciência do conforto. Este, é um estado de sentido de esperança, ganho de capacidades e de uma nova tranquilidade quando tudo parecia perdido. A transcendência está relacionada com as intervenções dos enfermeiros para aumentar o auto-conhecimento, a auto-estima, a auto-determinação, o auto-controlo, ou seja, pretende-se um desprendimento do indivíduo com a preocupação da dor, incapacidade ou qualquer outra dificuldade (Watson, 1999; Kolcaba, 2003).

A segunda dimensão engloba os quatro contextos do conforto, sintetizados por Kolcaba (1992, 2003). O contexto físico corresponde às sensações corporais. Esta dimensão fisiológica corresponde ao estado físico do indivíduo nomeadamente, o descanso, o relaxamento, a condição médica, os níveis de eliminação e hidratação, o equilíbrio hidroelectrólitico, a dor, o posicionamento, a oxigenação celular e outros indicadores metabólicos. O contexto psicoespiritual diz respeito à consciência interna de si próprio incluindo a auto-estima, o auto-conceito, a sexualidade, o significado de vida e, ainda a relação com uma ordem ou um ser mais elevado. O contexto sociocultural, corresponde às relações interpessoais, familiares e sociais. Inclui ainda aspectos financeiros e informacionais da vida social. Por fim, o contexto ambiental engloba as condições do meio como a luz, o ruído, o equipamento, a cor, a temperatura e os elementos naturais ou artificiais do meio.

CONTEXTO DO CONFORTO		TIPO DE CONFORTO (ESTADOS)		
		Alívio	**Tranquilidade**	**Transcendência**
	Físico	Alívio Físico	Tranquilidade Física	Transcendência Física
	Psicoespiritual	Alívio Psicoespiritual	Tranquilidade Psicoespiritual	Transcendência Psicoespiritual
	Sociocultural	Alívio Sociocultural	Tranquilidade Sociocultural	Transcendência Sociocultural
	Ambiental	Alívio Ambiental	Tranquilidade Ambiental	Transcendência Ambiental

Figura 2 - Estrutura Taxonómica do Conforto. Adaptado de Kolcaba (1991).

O conjunto das doze células, apresentada na Figura 2, representa a forma holística do conforto concebida por Kolcaba e reflecte a síntese dos significados das duas dimensões. Todos os aspectos são interdependentes, ou seja, uma mudança num deles provoca uma mudança nos outros (Kolcaba, 1992). Este quadro permite aos enfermeiros organizarem os seus cuidados, com um levantamento correcto das necessidades de conforto e uma interpretação facilitada das suas componentes. Este possibilita o registo efectivo de todas as necessidades da criança/família inserida nos diferentes contextos do conforto.

Kolcaba baseou-se na *Teoria da Personalidade da Pressão Humana de Murray* (1993) que sintetizou uma Teoria de grande alcance para a psicologia sobre as necessidades humanas. Através de um processo dedutivo, Kolcaba decompôs os conceitos abstractos em conceitos mais específicos para construir a TC, como ilustra a figura 3.

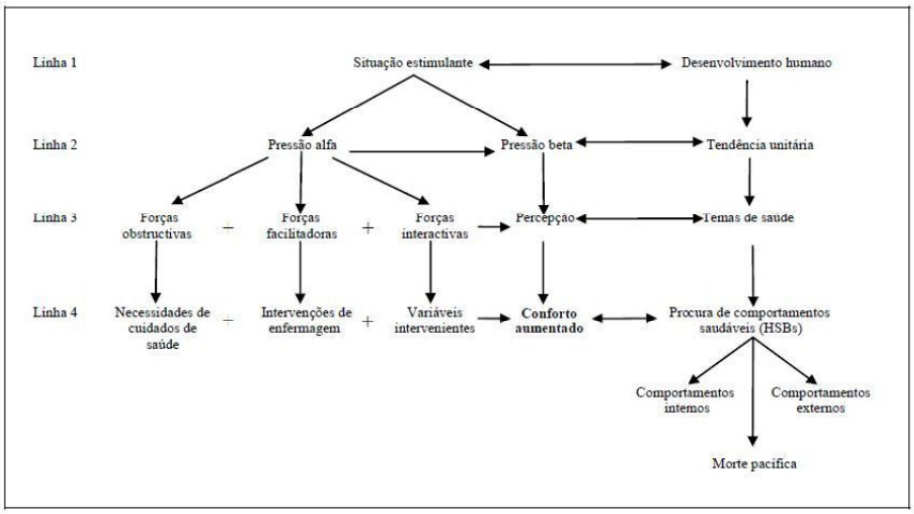


Figura 3 – Processo Dedutivo da Teoria do Conforto. Adaptado de Kolcaba (1994, p.1181)

A linha 1 representa os conceitos mais abstractos e difíceis de definir. A linha 2 representa os conceitos menos abstractos que ainda podem ser subdivididos para serem melhor definidos nos conceitos na linha 3 que são os mais concretos e que podem ser generalizados a qualquer disciplina. No entanto, para elaborar a TC, Kolcaba delineou a linha 4 que corresponde aos conceitos específicos dos cuidados de saúde e da enfermagem (2003).

Assim, uma situação stressante tende a causar uma tensão negativa que representa um desequilíbrio quando as forças obstrutivas excedem as forças facilitadoras a que a pessoa pode recorrer, ou seja os seus recursos. A pressão alfa (α) é a soma das forças negativas ou obstrutivas, das forças positivas ou facilitadoras e das forças de interacção. A pressão beta (β) é a percepção que a pessoa tem de como as intervenções de enfermagem (forças facilitadoras) supriram as necessidades de conforto que provinham de situações de cuidados de saúde (forças obstrutivas) e das quais os indivíduos requerem assistência para que essas necessidades possam ser satisfeitas.

As forças obstrutivas correspondem às necessidades de cuidados de saúde como por exemplo os efeitos secundários da doença e dos tratamentos, as experiências sociais ou ambientais ameaçadoras ou as sensações como medo, ansiedade e solidão. As forças facilitadoras são as intervenções ou medidas de conforto implementadas pelos enfermeiros. As forças interactivas são as variáveis intervenientes que interferem com o processo de saúde e de cuidados e consistem nas experiências passadas dos indivíduos, a idade, a atitude face à saúde ***versus*** doença, o estado emocional ou outros elementos presentes na situação actual (Kolcaba, 2001).

As necessidades de conforto devem ser identificadas pelos enfermeiros e as intervenções de enfermagem dirigidas para suprir essas necessidades movendo a tensão numa direcção positiva. Os enfermeiros devem julgar em que medida os resultados desejáveis de conforto foram atingidos subjectiva ou objectivamente, por exemplo através dos questionários de conforto. Um aumento no conforto indica que as tensões negativas foram reduzidas e que as tensões positivas foram adicionadas.

Ao sentir-se mais confortável o indivíduo tende a optar por comportamentos saudáveis (***Health Seeking Behaviors***-HSB) internos e externos. Os de nível interno podem ser avaliados através de análises sanguíneas, da saturação de oxigénio ou dos valores da pressão sanguínea. Os HSB de nível externo podem ser avaliados através de

comportamentos como a mobilidade, sucesso do desempenho psicossocial, adesão ao tratamento, entre outros. A morte pacífica ocorre quando os conflitos são resolvidos, os sintomas negativos são bem geridos e o processo é aceite pacificamente pelo indivíduo e família.

Assim, no modelo conceptual da TC, a "Enfermagem" é descrita como o processo de avaliação das necessidades de conforto do indivíduo e a implementação de intervenções de enfermagem seguidas de uma avaliação sobre a sua eficácia. As "Necessidades de Saúde" são consideradas como deficits em qualquer contexto do conforto que resultam de situações stressantes às quais o indivíduo não consegue suportar. O "Doente" é um indivíduo, família ou comunidade que necessitam de cuidados de saúde. O "Ambiente" é as influências externas (espaço físico, politicas) que podem ser manipuladas para melhorar o conforto. A "Saúde" é a função ideal de um indivíduo/família/comunidade facilitada pela atenção dada às necessidades de conforto (Kolcaba, 2003).

Sendo uma Teoria bastante recente e inerente à disciplina da enfermagem é cada vez mais utilizada pelas escolas e pelos alunos nos ensinos clínicos. A teórica possui actualmente um sítio na Internet no qual Kolcaba apresenta, discute e dá a conhecer os últimos avanços da sua investigação. Assim, a maioria da pesquisa realizada neste âmbito é primária e bastante recente, revelando-se uma vantagem para a sustentação das práticas.

Desta forma, considera-se que o conforto da criança/família é algo complexo e que não deve ser generalizado nem desvalorizado pelo EESIP. Inicialmente o conforto fora definido como a ausência de dor mas revela ser muito mais do que isso. Kolcaba define o conforto como um conceito positivo e que engloba muitos aspectos para além do contexto físico.

ANEXO II

Estrutura Taxonómica da Teoria do Conforto no Módulo I

Quadro 1 - Estrutura Taxonómica da TC com o levantamento das necessidades de conforto da criança/família no Módulo II na UCSP de Alcântara.

		TIPO DE CONFORTO (ESTADOS)		
		Alívio	**Tranquilidade**	**Transcendência**
CONTEXTO DO CONFORTO	**Físico**	• Introdução precoce do leite artificial; • Posicionamento incorrecto durante a amamentação.	• Dúvidas dos pais acerca do aleitamento materno; • Taxa elevada de abandono do aleitamento materno.	
	Psicoespiritual			
	Sociocultural		• Falta de conhecimento dos pais acerca do funcionamento da Consulta de Saúde Infantil.	• Receio da parentalidade.
	Ambiental			

ANEXO III

Guia Orientador deVigilância da Criança até aos 2 Anos

GUIA ORIENTADOR

DA VIGILÂNCIA DA CRIANÇA ATÉ AOS 2 ANOS



CONSULTA DE ENFERMAGEM

Unidade de Cuidados Personalizados de Alcântara

Elaborado por: ACMEESIP Joana Rainha

Orientado por: Enfª Margarida Pires (Especialista Saúde Infantil)

Junho, 2010

Siglas e Abreviaturas

- DGCSP - Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários
- DGS - Direcção Geral de Saúde
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- PNV – Plano Nacional de Vacinação
- RN - Recém-nascido
- UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Índice

0. Introdução 5
1. Consultas de Enfermagem 7
2. Cuidados Antecipatórios 10
3. Esquema de Vigilância em Saúde Infantil 12
3.1. Primeira Consulta (entre o 3º e 6º dia de vida) 13
3.1.1. CONHECER na 1ª Consulta de Enfermagem 14
3.1.2. PARÂMETROS A AVALIAR na 1ª Consulta de Enfermagem 15
3.1.3. Aleitamento Materno/Artificial 18
3.1.4. Extracção do Leite Materno 22
3.1.5. Preparação do Biberon 25
3.1.6. Preparação do Leite 26
3.1.7. Higiene e Conforto 27
3.1.8. Hábitos de Sono 28
3.1.9. Hábitos Intestinais e Cólicas 29
3.1.10. Sinais de Alerta 30
3.2. Consulta de Enfermagem ao 4º mês 33
3.2. Consulta de Enfermagem ao 6º mês 35
3.3. Consulta de Enfermagem ao 9º mês 37
3.4. Consulta de Enfermagem ao 12º mês 39
3.5. Consulta de Enfermagem ao 15º mês 41
3.6. Consulta de Enfermagem ao 18º mês 43
3.7. Consulta de Enfermagem aos 2 anos 45
4. Síntese 47
5. Referências Bibliográficas 48

Segundo Canavarro (2001, p. 151)

(…) o período pós-natal imediato tem sido reconhecido por vários autores como um momento formativo importante para a evolução do sistema familiar em que, quer o bebé, quer os pais, se encontram particularmente receptivos a trocas mútuas e a explorar vias possíveis de interacção (Gomes Pedro, 1985; Klaus & Kennell, 1981). É neste sentido que Nugent e Brazelton (1989) defendem ser o período neonatal o momento crítico para a intervenção, por excelência, durante o qual são possíveis mudanças profundas no modo de funcionamento da família, à medida que ela inicia a integração da nova criança no seu seio.

0. INTRODUÇÃO

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 determina a promoção da saúde/prevenção da doença como uma importante estratégia a adoptar no sentido de obter "ganhos em saúde". É neste contexto que a Rede de Cuidados de Saúde Primários desempenha um papel fulcral, através das equipas de saúde e especialmente dos profissionais de enfermagem que acompanham o indivíduo desde o nascimento.

É indiscutível o impacto das consultas de vigilância da saúde infantil e juvenil pertinentes e de qualidade. A manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças são um imperativo para os profissionais e para os serviços. O Programa-tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil actualmente em vigor resultou da contribuição de muitos profissionais, com formação e experiências variadas e foi publicado na Circular Normativa 9/DSI, de 06.10.1992, da então Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários (DGCSP).

O Programa-tipo de vigilância de saúde é um garante de cuidados de saúde adequados e eficazes devendo, com a contribuição e o empenho de todos, ser sistematicamente aplicado nas acções de vigilância de saúde, onde quer que estas tenham lugar.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define promoção da saúde como o processo que visa criar condições que possibilitem aos indivíduos e aos grupos (família, escola, trabalho e comunidade) adquirir capacidades que lhes permitam controlar a sua saúde, com o intuito de a melhorar ou manter (DGS). A promoção da saúde, como proclama a CARTA de OTTAWA em 1986, *"pretende reduzir as desigualdades existentes nos níveis de saúde das populações e assegurar a igualdade de oportunidades e recursos, com vista a capacitá-las para a completa realização do seu potencial de saúde*". A saúde, como nos refere a supra citada carta, *"é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida"* e a promoção da saúde " *centra-se na procura da equidade em saúde."*

A promoção da saúde na criança privilegia os cuidados centrados na família. Este modelo reconhece a família como um ponto essencial na prestação de cuidados à criança. Os conceitos básicos deste modelo são a capacitação e o *empowerment* isto é, os profissionais de saúde capacitam a família para revelarem e adquirirem competências e a relação de parceria que estabelecem com a família proporciona-lhe o controlo da situação (o poder). Ao promover o cuidado centrado na família, o profissional de saúde reforça a capacidade da família para cuidar da saúde dos seus elementos (HOCLENBERRY, 2006).

As consultas de enfermagem constituem momentos óptimos para promover a saúde da criança, através de uma correcta avaliação do desenvolvimento infantil e da promoção de competências parentais. Compete ao enfermeiro especialista de saúde infantil assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde estabelecendo com estes uma relação de parceria de cuidar promotora da optimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade. É igualmente sua competência cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem. Deve saber considerar as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital e responder eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude.

A promoção da saúde da criança tem de ser assegurada em todos os contextos e em todas as situações de forma a responder à complexidade dos actuais problemas e das necessidades em saúde. Um melhor estado de saúde só se atinge com actuações multiprofissionais, interdisciplinares e intradisciplinares com o enfermeiro a assumir um papel fundamental na defesa dos direitos da criança.

O Guia Orientador de Vigilância da criança até aos 2 anos surge da necessidade de uniformizar os cuidados de enfermagem prestados na Consulta de Enfermagem da Unidade de Cuidados Personalizados de Alcântara, contribuindo para uma melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem. Este manual encontra-se estruturado de acordo com o "Programa-tipo de Actuação para a Saúde Infantil e Juvenil" da DGS. Encontra-se dividida pelas "idades chave" das diversas consultas de saúde infantil até aos 2 anos, com os parâmetros a avaliar e os cuidados antecipatórios mais relevantes. Em cada idade, existem dois quadros para consulta rápida e folhetos informativos para dar aos pais. Pretende-se que este manual permita a uniformização dos cuidados, a integração de novos elementos de enfermagem, o apoio a alunos e seja um instrumento válido de consulta para quem tenha dúvidas no âmbito desta temática.

1. CONSULTAS DE ENFERMAGEM

As consultas de enfermagem constituem momentos óptimos para promover a saúde da criança, através de uma correcta avaliação do desenvolvimento infantil e da promoção de competências parentais. Assim, é importante a existência de uma consulta de enfermagem que capacite a família para a prestação de cuidados à criança.

Deste modo, a Consulta de Enfermagem é um acto assistencial e tem como objectivo proporcionar cuidados de enfermagem a todos os utentes que deles necessitam. Descreve-se a consulta de enfermagem, como a que é realizada por um enfermeiro que acompanha a população sã ou doente através de um atendimento directo (entrevista face a face), utilizando um processo de registo da sua actividade. Assim, a consulta de enfermagem no programa de saúde infantil, é uma actividade importante, sendo indispensável a troca de informações entre todos os elementos da equipa, registando todas as intervenções efectuadas e sendo uma oportunidade única para estabelecer com os pais um clima de confiança.

Neste sentido, os cuidados de enfermagem prestados na consulta, compreendem mais do que apenas a realização de técnicas (administração de vacinas) ou utilização de instrumentos de medição e registo (a balança, fita métrica, gráficos ou boletins). Pelo contrário, a consulta de enfermagem inclui uma avaliação, levantamento de diagnósticos, orientação e educação para a saúde (OLIVEIRA E CADETE, 2007). Desta forma, é importante que as consultas de enfermagem sejam independentes das consultas médicas havendo sim, uma complementaridade, de forma a disponibilizar o tempo necessário no apoio à família e ao desenvolvimento das competências dos pais com a promoção dos cuidados antecipatórios. Como o crescimento e desenvolvimento da criança são influenciados por factores intrínsecos (genética) e extrínsecos (ambiente exterior, alimentação, cuidados gerais, saúde, condições socioeconómicas), têm que ser avaliados como um todo tendo em conta o contexto familiar, social e cultural. Por este motivo, é necessário que o acompanhamento da criança seja realizado por uma equipa multiprofissional, uma vez que são imprescindíveis intervenções que não são da competência de apenas uma classe profissional. Cada profissional terá uma visão e uma actuação diferente de acordo com a sua área de competência e responsabilidade (OLIVEIRA e CADETE, 2007). Desta forma, é importante o envolvimento e o encaminhamento sempre que necessário para outros técnicos de saúde existente no centro de saúde de Alcântara tais como, a assistente social, a psicologia, a higienista oral, a optometrista e, entre outros.

A consulta de enfermagem tem como principais pressupostos: a avaliação do estado global da criança e do seu desenvolvimento, o despiste de possíveis problemas de saúde e promoção de um crescimento saudável e em segurança.

São objectivos dos exames globais das Consultas de Enfermagem:

A. *Avaliar o crescimento, desenvolvimento* e registar nos suportes próprios, nomeadamente no Boletim Individual de Saúde Infantil e Juvenil, os dados antropométricos, e outros do desenvolvimento físico, bem como parâmetros do desenvolvimento psicomotor, escolaridade e desenvolvimento.

B. *Estimular a opção por comportamentos saudáveis*, entre os quais os relacionados com a:
   - nutrição, adequada às diferentes idades e às necessidades individuais, prevenindo práticas alimentares desequilibradas;
   - prática regular de exercício físico, a vida ao ar livre e em ambientes despoluídos e a gestão do stress;
   - prevenção de consumos nocivos e a adopção de medidas de segurança, reduzindo assim o risco de acidentes.

C. *Promover:*
   - o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação;
   - a suplementação vitamínica e mineral, nas idades e situações indicadas;
   - a saúde oral;
   - a prevenção de acidentes e intoxicações;
   - a prevenção dos riscos decorrentes da exposição solar;
   - a prevenção das perturbações da esfera psicoafectiva.

D. *Detectar precocemente e encaminhar* situações que possam afectar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e do adolescente, como: malformações congénitas (doença luxante da anca, cardiopatias congénitas, criptorquidea), perturbações da visão, audição e linguagem, perturbações do desenvolvimento estaturoponderal e psicomotor, alterações neurológicas, alterações de comportamento e do foro psicoafectivo.

E. *Prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns* nas várias idades, nomeadamente reforçando o papel dos pais e alertando para os sinais e sintomas que justificam o recurso aos diversos serviços de saúde.

F. *Sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência* e às suas famílias, bem como promover a eficaz articulação com os vários intervenientes nos cuidados a estas crianças.

G. *Assegurar a realização do aconselhamento genético,* sempre que tal esteja indicado.

H. *Identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de violência ou negligência*, qualquer que seja o seu tipo.

I. *Promover a auto-estima do adolescente* e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde. Prevenir situações disruptivas ou de risco acrescido.

J. *Apoiar e estimular a função parental* e promover o bem-estar familiar

(Programa-tipo de Saúde Infantil e Juvenil, 2005, p.7-8)

Neste sentido, todas as consultas devem incluir:

- Avaliação do peso;
- Avaliação do comprimento/altura;
- Avaliação do perímetro cefálico até aos 36 meses;
- Avaliação da tensão arterial a partir dos 5 anos;
- Avaliação da dentição (número e estado dos dentes) a partir dos 6 meses;
- Avaliação do desenvolvimento;
- Avaliação do estado geral da criança (observação física) e despiste de problemas relacionados por exemplo, com visão e audição;
- Verificação do cumprimento do PNV e realização de vacinas quando é necessário.
- Promoção de competências parentais, através de esclarecimento e orientação sobre diversos temas, relacionados com a promoção da saúde.

É de extrema importância a realização da consulta de enfermagem de saúde infantil até aos 2 anos de vida da criança pois, esta constitui uma fase de grandes alterações ao nível do crescimento e do desenvolvimento infantil.

2. CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS

Durante o período pós-parto os pais têm de se adaptar às múltiplas alterações que se lhes colocam a nível físico, psicológico e relacional, decorrentes das modificações impostas à dinâmica familiar pela integração de um novo membro na família. Nesta fase do ciclo de vida, a maioria dos pais necessita de muita informação no que concerne à aprendizagem de práticas do cuidar e ao desenvolvimento de competências parentais, já que apresentam na maioria das vezes insegurança nos cuidados ao RN (recém-nascido) logo após o nascimento.

Os pais vão aprendendo sobre si próprios enquanto prestadores de cuidados e ao mesmo tempo vão aprendendo sobre os seus filhos, na medida em que o RN traz consigo competências que lhe permite interagir com o meio e com as pessoas, sendo capaz logo nos primeiros dias de estabelecer laços afectivos com os pais.

Estas interacções podem e devem ser promovidas e incentivadas pelo enfermeiro de saúde infantil, dando a conhecer aos pais algumas das competências do RN. Deste modo, os pais ficarão a conhecer melhor o seu filho, podendo contribuir de forma positiva para o seu desenvolvimento. De acordo com as directivas do Programa-tipo de Actuação de Saúde Infantil e Juvenil (2004-2010), o enfermeiro deve reconhecer os pais como principais cuidadores dos seus filhos, pelo que as intervenções devem ser baseadas numa perspectiva de cuidados antecipatórios, partilhando com estes conhecimentos que possam ser facilitadores do desenvolvimento de competências parentais.

Deste modo, deverá existir um acompanhamento dos pais na sua transição para a parentalidade, favorecendo-se a promoção de sentimentos de competência, confiança e conforto (Williams, 1999). O termo conforto é frequentemente usado no contexto dos cuidados e como descreve-lo tem sido desenvolvido em inúmeros estudos e obras na área da enfermagem. No entanto, apesar de ser alvo de interesse por parte de um conjunto de autores que reconhecem o conforto como central para a enfermagem, Kolcaba foi a teórica que o operacionalizou em 1991. Definiu conforto como" a satisfação das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência que emergem de situações causadoras de stress, em cuidados de saúde nos contextos físico, "psicoespiritual", sociocultural e ambiental" (1994, p.1178). Para Kolcaba (2004), as necessidades de conforto dos seus utentes são satisfeitas pelos enfermeiros. Assim, os enfermeiros que são julgados pela sua capacidade para manter os seus doentes confortáveis, identificam as necessidades de conforto dos indivíduos que ainda não tenham sido satisfeitas por outros sistemas de suporte e planeiam intervenções para satisfazerem essas necessidades. Se o conforto pretendido é atingido: os indivíduos são

incentivados a adoptar estilos de vida saudáveis; ao adoptarem estilos de vida saudáveis, em consequência do seu fortalecimento e devido às acções implementadas, tanto dos utentes como dos enfermeiros, estarão mais satisfeitos com os cuidados de saúde e se os indivíduos estão satisfeitos com os cuidados de saúde, numa determinada instituição, esta conservará o seu bom funcionamento e as suas normas e práticas (Kolcaba, 2004). Os utentes quando se sentem mais confortáveis curam-se mais depressa, superam melhor os obstáculos, adaptam-se melhor às limitações e reabilitam-se de forma mais completa. Desta forma, os cuidados desenvolvidos em contexto dos centros de saúde são fundamentais para ajudar os pais nesta fase inicial de prestação de cuidados ao RN, pois é possível identificar as áreas onde os pais sentem dúvidas e promover a interacção entre ambos, mobilizando os conhecimentos acerca das suas competências e das do RN. Desta forma, para alcançar o conforto da criança/família torna-se crucial a elaboração e execução dos cuidados antecipatórios de forma a promover comportamentos saudáveis.

O enfermeiro deverá desenvolver uma intervenção em parceria com os pais onde é importante realçar a necessidade de profissionais competentes e com saberes específicos, onde o respeito, o ser autêntico, o ser humilde, o ser empático, o apresentar um entusiasmo contido e a integridade pessoal são qualidades gerais que devem pautar a sua intervenção.

Importa ainda realçar a importância das competências comunicacionais que devem ser o veículo da prestação de cuidados com os Pais, nomeadamente, a atenção; a escuta activa; a empatia; a exploração; o desafio e a resolução de problemas.

3. ESQUEMA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE INFANTIL

A consulta de enfermagem de saúde infantil privilegia o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança uma vez que estes constituem eixos de referência para todas as actividades desenvolvidas com a mesma. Desta forma, é importante além da avaliação global da criança, a realização de uma avaliação do seu desenvolvimento. O desenvolvimento infantil desencadeia-se por fases de acordo com as capacidades que a criança adquire. Assim, a vigilância de saúde da criança está organizada no sentido de acompanha-la em idades consideradas como "idades-chave", ou seja, idades associadas a pontos cruciais do desenvolvimento psicomotor da criança e do PNV (actualmente em vigor).

O calendário de consultas de enfermagem da Unidade de Cuidados Personalizados de Alcântara está estabelecido da seguinte forma:

- A primeira consulta de enfermagem é efectuada no dia em que é realizado o Teste de Guthrie (entre o 3º e 6º dia de vida);
- Avaliação ponderal semanal/quinzenal até aos dois meses;
- Consultas de enfermagem sempre que necessárias e se possível alternadas com as de saúde infantil de rotina preconizadas.

Como forma de auxiliar o enfermeiro na realização da consulta de enfermagem os registos a efectuar no decorrer da mesma são feitos na Folha de Registos de Enfermagem o que permite uma verificação fácil e rápida dos principais pontos a avaliar e a promover em cada consulta. No entanto, existem muitos aspectos a salientar em cada um das consultas pelo que se opta neste manual de colocar no inicio de cada consulta um quadro com os pontos essenciais de actuação do enfermeiro para uma rápida e fácil consulta.

O Programa de Saúde Infantil e Juvenil refere os exames de saúde oportunistas pois, as idades preconizadas não são idades rígidas. Desta forma, se uma criança se deslocar ao Centro de Saúde por outros motivos, pouco antes ou pouco depois da "idade-chave", poderá ser feito o exame indicado para essa idade. De igual modo, a periodicidade recomendada deverá adequar-se a casos particulares, podendo ser introduzidas ou eliminadas algumas consultas.

3.1. PRIMEIRA CONSULTA (ENTRE O 3º E 6º DIA DE VIDA)

CONHECER na 1ª Consulta de Enfermagem
História Familiar (gravidez/parto, número de filhos, doenças e alergias dos progenitores e irmãos do RN, contexto social, económico, familiar e cultural da família)
Local onde a criança irá fazer a vigilância da saúde (Centro de Saúde, Pediatra particular)
Opção Alimentar escolhida pelos pais (Aleitamento Materno/Aleitamento Artificial)
Preocupações Parentais (monetárias, familiares, cólicas, aleitamento)
Confirmar (registo na conservatória, inscrição no centro de saúde, revisão do puerpério, licença de maternidade/paternidade)

PARÂMETROS A AVALIAR na 1ª Consulta de Enfermagem	
Peso	Visão
Comprimento	Audição
Perímetro Cefálico	Exame Físico
Desenvolvimento	Coração
Teste de Guthrie/PNV (VHB? BCG?)	Anca

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS na 1ª Consulta de Enfermagem	
Alimentação	**Hábitos intestinais e cólicas**
Vitamina D	**Desenvolvimento e temperamento**
Higiene e conforto	**Acidentes e segurança**
Posição ao deitar	**Hábitos de sono**
Hábitos do sono	**Temperatura Normal e Febre**

3.1.1. CONHECER NA 1ª CONSULTA DE ENFERMAGEM

A primeira consulta do recém-nascido decorre habitualmente na primeira semana de vida e frequentemente para a realização do "teste do pezinho". Além de muitas vezes ser o primeiro contacto do recém-nascido com o centro de saúde, esta consulta decorre numa altura importante para a família, que se encontra num processo de reconhecimento mútuo, pelo que a intervenção do enfermeiro se torna essencial. Esta fase de adaptação, relacionada com o facto de ter um bebé recém-nascido em casa, é habitualmente, uma altura de muitas dúvidas e de natural ansiedade para os pais/família. É durante esta consulta que, na maioria das vezes, acontece o primeiro contacto entre o enfermeiro e a família, o que a converte num momento importante, para o início de uma relação de ajuda.

Nesta primeira abordagem, **o enfermeiro deverá conhecer a família** no que respeita ao seu enquadramento familiar e social, a situação económica e a história de saúde familiar englobando o número de filhos, a gravidez actual e anteriores, alergias, antecedentes familiares, entre outros. Isto permite para fazer um levantamento de eventuais diagnósticos de enfermagem que necessitem de intervenção. Com o intuito de termos um conhecimento familiar intrínseco em todos os seus domínios a cultura da família não deve ser esquecida. Para tal é necessário incluir conhecimentos sobre a integração cultural (no caso de família migrante); religião e hábitos religiosos; a cultura e os seus reflexos na promoção da saúde e as práticas diárias/estilos e vida são aspectos a considerar. Importa confirmar com os pais se já foi feito o registo do RN na conservatória e a sua inscrição no Centro de Saúde. É importante, aproveitar a presença dos pais, para informar e relembrar a revisão do puerpério e esclarecer possíveis dúvidas sobre a licença de maternidade e paternidade. Fornecer aos pais o Folheto "Guia das Consultas de Saúde Infantil".

3.1.2. PARÂMETROS A AVALIAR NA 1ª CONSULTA DE ENFERMAGEM

Em relação ao **Teste de Guthrie,** este deve ser registado no Boletim Individual de Saúde, com a respectiva assinatura do enfermeiro e o carimbo do centro de saúde. Deverá ser fornecido aos pais o folheto da Comissão Nacional para Teste de Guthrie e explicado o seu objectivo, a forma de envio (pelo correio com selo azul) e posterior consulta do resultado por via internet ao fim de cerca de 3 semanas (dando o destacável aos pais com código de entrada). Deverão ser alertados que em caso de dúvidas ou alteração do teste, os pais serão contactados telefonicamente pelo laboratório.

Confirmar a actualização do **PNV** caso não tenha sido dada a vacina BCG e a VHB. A vacina BCG os pais terão que marcar antecipadamente.

Em relação ao **peso,** pode reparar-se uma evolução de cerca de 20-30 gramas por dia, sendo que ao fim do primeiro mês já ultrapassou o peso de nascença. No entanto, nos primeiros quinze dias tendem a perder até 10% do peso com que nasceram. No que diz respeito ao **comprimento**, o lactente terá crescido cerca de 3,5 cm. A avaliação do comprimento deve ser efectuada com o lactente deitado em decúbito dorsal e com a ajuda de uma craveira. Outro aspecto importante é a medição do perímetro cefálico e a observação do tamanho das fontanelas anterior e posterior. No que diz respeito ao **perímetro cefálico**, ele cresce em média, num mês e até aos 3 meses, cerca de 2 cm. Estes parâmetros devem ser registados no Boletim Individual de Saúde do RN e igualmente no processo do RN no centro de Saúde, com a avaliação das respectivas curvas de percentil. A avaliação deste parâmetro é importante na medida em que se despista atraso no desenvolvimento cerebral, assim como algum problema intra-craniano. Esta avaliação é efectuada com uma fita métrica, até cerca dos 24 meses. Por outro lado, o tamanho das fontanelas é avaliado com a ajuda dos dedos indicadores e médio através da palpação. A fontanela posterior encerra as 6/8 semanas, pelo que ainda deve ser avaliada nesta primeira consulta. Esta apresenta uma forma de triângulo com cerca de 0,5 a 1 cm. Por outro lado, a fontanela anterior tem uma forma de diamante, com 4 ou 5 cm na porção mais larga e encerra cerca dos 12/18 meses. Dever-se-á avaliar também o encerramento/cavalgamento das suturas através da palpação.

Existe uma grande **evolução ao nível motor grosso e fino**, que é necessário avaliar nesta consulta. Assim, o lactente com um mês de vida, ao nível da motricidade grossa apresenta as seguintes aquisições:

- em decúbito ventral adopta uma posição flectida, embora os joelhos não toquem no abdómen;

- levanta a cabeça quando se encontra em decúbito ventral; quando é levantado de decúbito dorsal para a posição de sentado, deixa cair a cabeça; adquire uma postura assimétrica superior em extensão para o lado em que a face está voltada; pode rolar involuntariamente uma vez que o abdómen é redondo;
- não consegue sustentar o corpo quando está de pé e sentado adopta uma posição em arco sem controlo da cabeça.

Quanto à **motricidade fina**, nesta altura, o latente permanece a maior parte do tempo com as mãos fechadas, ou se as tem abertas fecha-as em contacto com um objecto.

Para além disto, também os **órgãos sensoriais** sofrem grande evolução. A **visão** é o órgão sensorial menos desenvolvido. Nesta altura o latente duplicou a capacidade da visão periférica, adquirindo às 6 semanas de vida a binocularidade (PAPALIA, OLDS EFELDMAN (2001) pelo que, consegue seguir uma bola pendente a uma distancia de 25 cm de um lado ate a linha média. Por outro lado, o **olfacto** e o paladar encontram-se totalmente desenvolvidos assim como o tacto, apresentando o latente uma grande sensibilidade ao toque e a dor. No que diz respeito a **audição**, apresenta a capacidade de parar e virar os olhos em direcção a um som que seja produzido a cerca de 15 cm do seu ouvido.

Os reflexos primitivos do recém-nascido incluem o reflexo de Preensão, Babinsky, Moro, Flexão tónica do pescoço e Marcha Automática, sendo a sua avaliação fundamental para o despiste de alterações. O recém-nascido, por altura do nascimento, já possui algumas capacidades sensoriais, que devem ser avaliadas logo nas primeiras consultas. Assim em relação à visão, deve-se observar se o bebé fixa a mãe, quando esta fala com ele, ou o alimenta ao peito, e se segue uma bola vermelha a uma distância de 20cm. Em relação à audição pode-se verificar se o bebé pára de chorar em resposta ao som de uma voz humana. Os reflexos primitivos são movimentos involuntários, automáticos e rápidos em resposta a estimulações sensoriais específicas (VOUCLAIR, 2004).

O **desenvolvimento cognitivo**, de acordo com Piaget citado por PAPALIA, OLDS E FELDMAN (2001), o latente com um mês encontra-se no 1º estádio designado por *Sensório–Motor*, mais especificamente no 2º sub-estádio designado por *Reacções circulares primárias* que se inicia no 1º mês de vida e estende-se até aos 4 meses. Nesta altura o lactente repete comportamentos, que inicialmente ocorrem por acaso, mas que produzem alguma satisfação. Estas acções estão centradas no seu corpo e não nas consequências produzidas no ambiente que os rodeia. Por exemplo, obtêm satisfação a chuchar e repete esta acção noutros objectos, que por acaso encontra, para além da chucha.

No que diz respeito ao **desenvolvimento psicossocial**, o aspecto mais importante a avaliar é a vinculação que se começa a estabelecer com a mãe, desde o nascimento. Nas avaliações do latente, ao longo do primeiro ano de vida, importa observar e avaliar esta relação de reciprocidade, dando atenção aos comportamentos dos pais ou cuidador e do lactente durante o tempo da nossa intervenção. Como pontos de referência podemos destacar (WONG, 1999): a forma como a mãe pega no lactente para vestir e despir (por ex.); tipo de contacto físico (evitam ou exploram determinadas partes do corpo); contacto visual; trata-a pelo nome; aproveita os momentos de alerta para interagir; se o pai é integrado no processo, assim como os irmãos; que tipo de comunicação os pais têm um com o outro e com o lactente; expectativas dos pais quanto ao seu papel e ao futuro do lactente; experiência dos pais enquanto filhos (conceito de parentalidade); tipo de preparação que fizeram para a parentalidade e redes de apoio.

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS na 1ª Consulta de Enfermagem

3.1.3. ALEITAMENTO MATERNO/ARTIFICIAL

A amamentação é uma prática milenar com reconhecidas vantagens nutricionais, imunológicas, cognitivas, económicas e sociais.

Segundo dados da OMS (2002) em todo o mundo apenas 35% dos lactentes são alimentados exclusivamente com leite materno nos primeiros quatro meses de vida, iniciando-se a alimentação complementar demasiado cedo. Em Portugal, não existem estatísticas sobre a incidência e a prevalência do aleitamento materno. Os estudos efectuados no nosso país sugerem que a evolução do aleitamento materno se processou de maneira semelhante à de outros países europeus (UNICEF, 2008). O Ministério da Saúde no documento Plano Nacional de Saúde, Orientações Estratégicas para 2004-2010 (pg.16), refere que "será dado destaque ao aleitamento materno como um critério de qualidade dos cuidados de saúde perinatais", visando a melhoria dos indicadores do período perinatal.

Assim, o apoio ao aleitamento materno exclusivo constitui para a OMS uma recomendação de saúde pública. As vantagens são potenciadas quando a amamentação é praticada exclusivamente até aos seis meses de vida, e complementada até aos dois anos.

Promover o aleitamento materno pelo menos até aos três meses de vida é referido como uma intervenção de enfermagem pela Ordem dos Enfermeiros (2004) na área de saúde da criança e do adolescente, referindo esta organização como indicador o número de crianças alimentadas até aos três meses de vida. No mesmo documento, é referida a amamentação como foco de atenção da enfermagem.

No entanto, vários factores interferem na decisão da mãe em continuar a amamentar, tais como as experiências anteriores, o estado emocional da mãe, o apoio dos serviços de saúde, do trabalho, da comunidade e da família (Poli & Zagonel, 1999). Estes factores levam por vezes ao abandono gradual do aleitamento materno ao longo dos meses de vida da criança, como foi demonstrado num estudo realizado na área de abrangência do Hospital Garcia da Horta, com os seguintes valores: 99,2 % das mães amamentam à saída da maternidade, 85,6% no primeiro mês, 54,5% no terceiro mês e apenas 30,4 % aos seis meses de idade (Gomes &Rocha, 1998).

Este facto levou a OMS e a UNICEF a recomendarem o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até aos 6 meses de vida e a manutenção da amamentação com outros alimentos até aos 2 anos de idade ou mais (OMS & UNICEF, 1995). Em Portugal, a Direcção-

Geral de Saúde estabeleceu como meta para 2010, que 50% das mulheres pratiquem o aleitamento materno exclusivo, até aos 3 meses (DGS, 2004). Para atingir estes objectivos determinou como estratégia o incentivo do aleitamento materno, junto da "família, infantário, amas, local de trabalho, instituições de acolhimento e das unidades de saúde" (DGS, 2004, p. 29-30).

A mãe deverá ser informada dos seus direitos. De acordo com a Protecção Social na Parentalidade, no Decreto de Lei nº 91/2009, de 9 de Abril, são vários os direitos e condições a que se tem de atender.

Subsídio inicial

- A trabalhadora tem direito a uma licença por maternidade de 120 ou 150 dias consecutivos, de acordo com a opção da mãe e do pai. O período após o parto, pode ser partilhado por ambos, sendo obrigatório a mãe gozar as primeiras seis semana;
- A estes períodos acrescem 30 dias por motivo de:
    - Nascimento de gémeos (por cada criança nascida com vida);
    - Partilha da licença, se o pai e a mãe gozarem, em exclusivo, um período de 30 dias consecutivos ou dois períodos de 15 dias consecutivos, após o gozo obrigatório das 6 semanas da mãe.

Os 30 dias de acréscimo podem ser gozados pelo pai ou pela mãe, ou repartidos por ambos

Inicial Exclusivo da Mãe

- Atribuído à mãe antes e depois do parto. Só é atribuído antes do parto, se a mãe exercer actividade profissional.
- É concedido até 72 dias, dos quais:
    - 30 dias, no máximo, são facultativos e a gozar antes do parto, se a mãe for trabalhadora e;
    - 42 dias (6 semanas) são obrigatórios e a gozar logo a seguir ao parto.

Estes dias estão incluídos no período correspondente ao subsídio parental inicial.

Inicial Exclusivo do Pai

- Atribuído ao pai, a seguir ao nascimento de filho, durante:
    - 10 dias úteis obrigatórios, dos quais 5 dias seguidos, imediatamente após o nascimento de filho e 5 dias seguidos ou interpolados, nos 30 dias seguintes ao nascimento de filho;
    - 10 dias úteis facultativos, seguidos ou interpolados, desde que gozados após o período de 10 dias obrigatórios e durante o período em que é atribuído o subsídio parental inicial da mãe.

Por nascimento de gémeos, a cada um dos períodos de 10 dias acrescem 2 dias, por cada criança nascida com vida, além da primeira, a gozar imediatamente a seguir a cada um daqueles períodos.

No caso de parto de nado-morto, é apenas atribuído subsídio relativamente aos 10 dias obrigatórios.

Subsídio Parental Alargado

Atribuído ao pai ou à mãe ou a ambos alternadamente, para assistência a filho integrado no agregado familiar, desde que a licença parental alargada seja gozada imediatamente a seguir ao termo do período de concessão do subsídio parental inicial ou do subsídio parental alargado do outro progenitor.

É concedido por um período até 3 meses.

Subsídios	Montante Diário (% da Remuneração de Referência)
Parental Inicial Adopção	100%, nos casos de: • 120 dias; • 150 dias (120+30) por partilha de subsídio; • Acréscimo (nascimento ou adopções múltiplas)
	83%, no caso de 180 dias (150 + 30) por partilha de subsídio
	80%, no caso de 150 dias



AVALIAR NO ALEITAMENTO MATERNO:

- Tipo de aleitamento o bebé se encontra a fazer e como está a ser feito;
- A técnica da mamada:
  - Posição da mãe
  - Posição do RN
  - Adaptação do RN à mama (pega)
  - Retirada da mama da boca do RN;
  - Ambiente envolvente



- Cuidados com as mamas:
  - Cuidados antes das mamadas
  - Cuidados após as mamadas
  - Utilização de soutiens apropriado
  - Cuidados específicos face à presença de problemas
- Posições de eructação
  - Utilização de uma das posições correctas que facilitam a eructação do RN

Para avaliar a mamada, o enfermeiro deverá utilizar uma folha de "Observação da Mamada", elaborada pela UNICEF e adaptada à Unidade de Cuidados Personalizados de Alcântara. Consultar norma do Aleitamento Materno.

Se o bebé se encontrar a fazer aleitamento materno, a mãe deve ser alertada para o facto de não existirem horários rígidos, nem tempo certo para a mamada. O RN deve esvaziar uma mama e se não ficar satisfeito pode ainda mamar da outra mama. Se o RN se encontrar em aleitamento misto ou artificial, deve fazer-se o reforço positivo da actuação dos pais, instruindo e revalidando a preparação correcta do biberão (esterilização, medidas de água e pó).

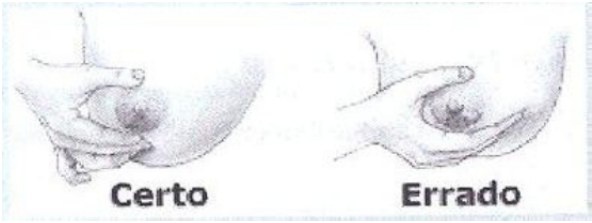


3.1.4. Extracção do Leite Materno

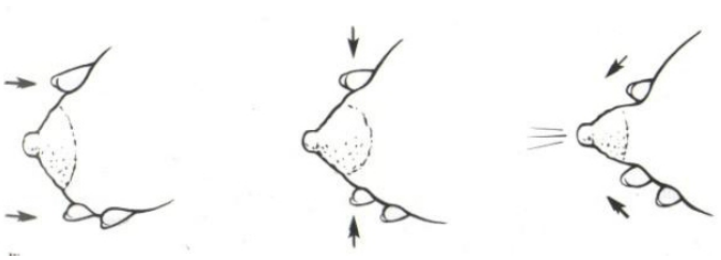
A extracção do leite pode ser feita manualmente ou com bomba manual ou eléctrica (Consultar Norma "Extracção e Conservação do Leite Materno". Se a mãe não puder levar a criança para o local de trabalho, deve extrair e conservar o leite durante as últimas 4 semanas de licença de maternidade. O ideal, seria propor e a mãe poder levar a bomba e extrair leite no trabalho.

Extracção Manual

1. Começar por fazer uma massagem leve e agradável, para estimular o reflexo de descida;
2. Colocar o polegar por cima da mama e os dois primeiros dedos por baixo;



3. O polegar e os outros dedos devem encontrar-se a cerca de dois centímetros e meio dos mamilos, para que fiquem posicionados sobre os ductos lactíferos;
4. Depois, deve-se rodar o polegar e os outros dedos para fora, para que o leite existente nos ductos saia;
5. Quando o leite descer, deve-se rodar a mão em torno da mama;
6. O movimento rotativo evita hematomas ou abrasões da pele;



7. Repetir este movimento até esvaziar os ductos ou o reflexo de descida diminuir;
8. Extrair o leite do segundo peito e depois repetir o processo em ambos.

Extracção por Bomba

Existem vários tipos de bombas:

- Manual: para utilização ocasional
- Eléctrica: profissionais (de elevada qualidade) e portáteis

As bombas podem ser compradas em farmácias ou em empresas que comercializem este tipo de equipamento.





Nota: Consultar sempre as instruções do fabricante de cada marca comercial.



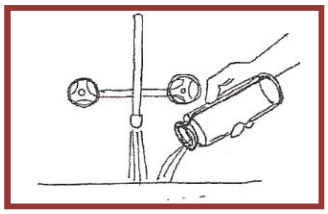
AVALIAR NO ALEITAMENTO ARTIFICIAL:

- Manuseamento de Biberons
  - Técnica correcta
  - Higiene prévia das mãos
- Preparação do Leite
  - Tipo de leite
  - Nº de medidas de leite/quantidade de água correcta
  - Verificação da temperatura do leite
  - Verificação do orifício da tetina
- Técnica da mamada
  - Adaptação da boca do RN á tetina
  - Inclinação do biberon
  - Posição da mãe
  - Posição do RN
- Posições de eructação
  - Utilização de uma das posições correctas que facilitam a eructação do RN

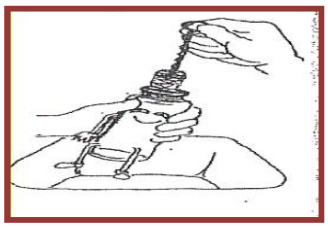
Existem várias formas de **esterilização dos biberões** com equipamentos próprios, acerca dos quais importa respeitar as regras do fabricante. Quanto a **preparação**, é importante reforçar com os pais as quantidades correctas de água e pó da fórmula, de modo a respeitar as necessidades hídricas e calóricas do lactente e a prevenir distúrbios hidro-electrolíticos.

As vitaminas e minerais presentes no leite materno e leite adaptado são suficientes para satisfazer as necessidades do lactente, com excepção da **vitamina lipossolúvel D** cuja prohormona dever ser fornecida como suplemento na dose de 600UI/dia (GOMES *et al,* 2004). Explora-se com os pais a importância de fornecer esta vitamina ao longo do primeiro ano de vida para o crescimento e diferenciação celular, da necessidade de exposição a luz solar para passar a biologicamente activa e consequentes estratégias de administração, como o juntar aos alimentos numa colher, desde que o lactente ingira a totalidade.

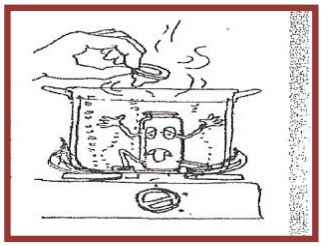
3.1.5. PREPARAÇÃO DO BIBERON



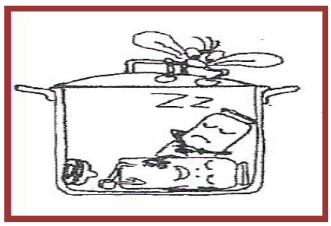
A seguir à mamada: deitar fora o leite que sobrou e passar por água o biberão e a tetina.



Lavagem: lavar o biberão com uma escova própria (ou o cabo de uma colher embrulhado num pano limpo), água quente e sabão e passar por água corrente. Lavar as tetinas com água e sabão; se estiverem pegajosas esfregá-las com sal /depois retire bem o sal).



Fervura: por o biberão dentro de uma panela com água (de modo a ficar todo mergulhado) e contar 10 min depois da água levantar fervura; nessa altura juntar a tetina e deixe ferver mais 5 minutos. Depois da fervura escorrer a água.



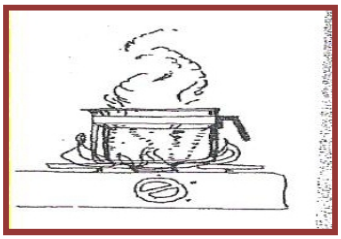
Conservação: conservar os biberões e tetinas dentro da panela tapada, para não se sujarem de poeira.

NOTA: Respeitar sempre as instruções e regras do fabricante. Consultar o folheto "Alimentação Artificial"

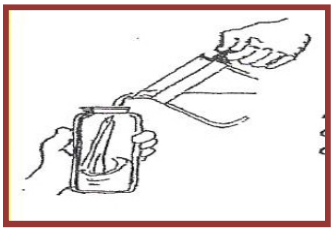
A água deve ser fervida até aos 6 Meses!

3.1.6. PREPARAÇÃO DO LEITE

Lavar as mãos.



Ferver a água durante 10 minutos numa panela (pode ferver para vários biberões, mantendo-a depois tapada. Renová-las todos os dias).



Deitar no biberão a quantidade de água indicada, morna (nunca a ferver). Verificar a medida exacta com o biberão ao nível dos olhos.



Juntar o número de medidas de leite em pó indicadas. Não esquecer que são medidas rasas e não calcadas (use uma faca para tirar o pó em excesso.

Nunca deitar a água sobre o pó, pois assim a fórmula ficará demasiado concentrada.

Fechar o biberão com a tampa e agitá-lo com movimentos circulares até o leite estar bem dissolvido, sem grumos nem resíduos.

NOTA: Respeitar sempre as instruções e regras do fabricante.

Existem dois tipos de leite em pó:

- **Leites Adaptados:** leites que, pelas suas modificações introduzidas, são mais parecidos com o leite da mulher. São os ideias para o bebé nos primeiros meses de vida.

- **Leites de Transição:** são indicados a partir dos 6 meses, sendo semelhantes ao leite vaca.

3.1.7. HIGIENE E CONFORTO



AVALIAR NA HIGIENE E CONFORTO

- <u>Técnica do banho:</u>
  - Preparação prévia do material
  - Temperatura ambiente
  - Utilização de banheira ou recipiente adequado
  - Temperatura da água
  - Imersão do RN na água
  - Sequência do banho
  - Posição como segura o RN durante o banho
  - Cuidados à face do RN (olhos, nariz, ouvidos)
- Produtos a usar:
  - Produtos com características adequadas
- Cuidados ao coto umbilical
  - Utilização de álcool a 70^0
  - Limpeza do cordão e área circundante
- Cuidados à região perineal e peri-anal:
  - Higiene dos genitais nas meninas de cima para baixo
  - Colocação de creme em camada fina

Instruir os cuidados a ter com o coto umbilical, banho, unhas (limar com lima de papel em vez de cortar), hidratação da pele (creme hidratante) e eritema da fralda. Reforçar ainda o ensino sobre os cremes a utilizar no bebé, que devem ser todos da mesma marca, para despistar possíveis alergias.

3.1.8. HÁBITOS DE SONO



Instruir sobre os hábitos de sono do recém-nascido. Os bebés têm um relógio interno que regula os ciclos diários de comer, dormir e estado de alerta. Estes ciclos periódicos de vigília, sono e actividade parecem ser inatos, e todos os bebés vivem os mesmos estados de alerta, mas o ciclo de cada bebé é diferente, e varia de dia para dia.

De uma forma geral os recém-nascidos dormem cerca de 16 horas por dia, no entanto, um RN pode dormir 11 horas, e outras 21 horas (PAPALIA, 2001). O sono domina o período neonatal, e a maior parte dos bebés acordam com intervalos de 2/3 horas durante o dia e noite, alternando períodos curtos de sono, com períodos curtos de alerta, que se destinam essencialmente à alimentação.

Os estados de consciência do recém-nascido são seis: sono profundo; sono activo; estado de sonolência ou intermédio; acordado, em estado de alerta; alerta, mas irritado e choro. O estado de consciência determina a capacidade do bebé para captar e utilizar uma informação, assim como afecta o tipo e o grau de resposta que ele vai dar, alertando os pais para começarem a conhecer o estado em que o bebé se encontra, compreendendo deste modo a sua disponibilidade para comer, dormir ou relacionar-se com os pais (BRAZELTON, 1989).

3.1.9. HÁBITOS INTESTINAIS E CÓLICAS



A **obstipação** é de difícil caracterização nos lactentes pelo padrão de eliminação intestinal irregular, sendo de valorizar o aumento da consistência das fezes que podem provocar lacerações na mucosa e o perímetro abdominal. Um lactente obstipado apresenta maior tendência para apresentar choro por desconforto e cólicas, pelo que pode ser necessário recorrer a estimulação rectal com sonda, aplicar micro enemas ou supositórios de glicerina. As **cólicas** são episódios de dores abdominais que podem durar cerca de 3 horas por dia, surgindo 3-4 dias por semana, ao fim da tarde e noite e que afectam bebés com idades aproximadamente entre os 15 dias e os 3-4 meses.

A **diarreia** caracteriza-se pelo aumento do número de dejecções e/ou diminuição da consistência das fezes. As acções educativas aos pais devem contemplar as medidas não farmacológicas a iniciar em caso de diarreia e a identificação do risco de desidratação. Até aos 3 meses de idade, a criança com diarreia deve ser observada em unidades hospitalares (DIRECCAO-GERAL DA SAUDE, 2004).

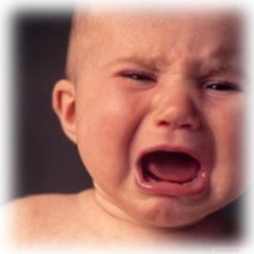
AVALIAR:

- A alimentação da mãe que está a amamentar (evitar, em excesso, citrinos, chocolate, café, leguminosas) que pode provocar cólicas no bebé;
- Técnica correcta de administração de leite por biberão (evitar ingestão excessiva de ar, usar tetina anti-cólica).

INCENTIVAR

- Posições que melhoram a cólica (ex: ao colo colocado ao alto, encostado ao corpo da mãe/pai);
- Certificar-se que o bebé eructa sempre no final de cada mamada;
- Massagem anti-cólica, e movimentos com os membros inferiores, tipo bicicleta, em direcção à barriga, na posição dorsal, que facilitam a diminuição das cólicas e as suas consequências.

3.1.10. Sinais de Alerta



O **choro** pode ter múltiplas causas, como a fome, dor ou desconforto, sensação de falta de protecção ou simplesmente por necessidade de se organizar. Chorar e uma forma de expressar o desconforto e esperar uma resposta por parte de um cuidador (BRAZELTON E SPARROW, 2004b). No entanto, um choro agudo, contínuo e difícil de acalmar deverá alertar os pais para alguma situação irregular e contactar os profissionais de saúde.



O lactente pode apresentar períodos de **obstrução nasal**, caracterizado por aumento esporádico das secreções na mucosa nasal, pelo que devem ser administradas algumas gotas de soro fisiológico nas narinas para fluidificar as secreções e facilitar a sua excreção. Quando a obstrução nasal se associa a tiragem, polipneia, adejo nasal e/ou pieira ou farfalheira, os pais devem contactar os profissionais de saúde. A tosse, tal como a obstrução nasal podem ser um mecanismo de defesa do sistema respiratório. No entanto, se apresentar sangue ou se associar a dificuldade respiratória, pode ser considerada um sinal de alerta para os pais recorrerem aos profissionais de saúde, bem como a instrução sobre os sinais que podem indicar algum problema com o bebé, e actuação dos pais nessas situações. Estes sinais são a **Febre, Diarreia, Vómitos, Prostração, Cianose e Icterícia.**



Informar os pais qual a diferença entre **temperatura** normal (36-37.5º) e febre (> 38º), referindo também a importância de evitar a perda de calor, com vestuário adequado e protegendo o bebé de alterações bruscas da temperatura ambiente. Consultar o folheto da Febre e a tabela das dosagens de Benuron.



Em relação aos vómitos é importante ensinar a diferença entre **vomitar e bolçar**. Bolçar significa a emissão de pequena quantidade de leite pela boca e por vezes pelo nariz, após a refeição, que não interfere com o estado geral do bebé, enquanto vomitar consiste em expulsar o conteúdo gástrico, normalmente em grande

quantidade, pela boca e/ou nariz, acompanhado, na maioria das vezes, de náuseas e sudorese. Quando os vómitos são persistentes um bebé pequeno pode desidratar facilmente, pelo que, os pais devem nesta situação, contactar um serviço de saúde (centro de saúde ou Serviço saúde 24).



É importante alertar os pais para evitar tanto quanto possível **sair com o bebé**, pois encontra-se numa altura frágil, com maior susceptibilidade a desenvolver infecções, e ainda, alertá-los para terem algum cuidado com as visitas em casa, evitando, sempre que possível, que várias pessoas peguem no bebé ao colo.



Este é um tema de extrema importância que deve ser incluído, logo a partir da primeira consulta, sobre as atitudes que devem tomadas no sentido de proporcionar, à criança, um **crescimento em segurança**. Após o nascimento são vários os aspectos a ensinar aos pais, designadamente:

- **Transporte:** utilização correcta de um Sistema de Retenção (cadeira de transporte dos 0 aos 13kgs - Grupo 0+), em que o bebé deve estar bem acondicionado, ou seja, ter o cinto bem apertado (com espaço de 1 dedo entre a criança e o cinto), voltado para trás, e caso seja transportado no banco da frente do automóvel, deve estar desligado o airbag frontal. (Consultar Folheto"Crianças no Automóvel" da APSI)
- **Quedas:** verificar se o berço está bem fixo e seguro, não apresenta saliências ou fissuras na madeira, não contém adornos decorativos que possam ser retirados pela criança; e se cumpre a norma europeia de distância entre o estrado e o bordo superior (> 60cm) e distância entre as grades (deve ser <6cm); o colchão deve ser firme e bem adaptado ao tamanho da cama (para não ficar qualquer espaço entre o colchão e as grades); levantar sempre as grades do berço; nunca deixar o bebé sozinho numa superfície alta e sem protecção; pousar a cadeira do bebé no chão e não numa superfície elevada e se for necessário fazê-lo não deixar a criança sozinha;
- **Queimaduras:** utilizar a água do banho a uma temperatura de 35º-37º (colocar primeiro água fria e depois temperar com água quente) caso não tenha termómetro de água, confirmar com o cotovelo, ou punho, a temperatura; não tomar bebidas

quentes, nem cozinhar com a criança ao colo; confirmar sempre a temperatura do leite dado por biberão;

- **Asfixia/Afogamento:** manter todos os sacos de plástico afastados do bebé; não tapar a cabeça da criança com cobertores; não usar aquecedores a gás no quarto, nem ter o berço perto de aquecedores eléctricos ligados; ter em atenção todos os materiais que possam cobrir a criança, como almofadas, brinquedos, fitas, laços enquanto dorme; não dormir na cama dos pais; não dar o biberão com o recém-nascido deitado; segurar bem a criança durante o banho, e utilizar pouca água para o mesmo;
- **Outras lesões:** cuidados com os animais domésticos, nomeadamente, cães. Os pais devem preparar o animal para a presença do bebé, através por exemplo de dar a cheirar a roupa que o bebé vestiu no primeiro dia e gravar o choro do bebé, colocando para o animal ouvir e se habituar (antes que o bebé tenha alta da maternidade); utilização do marsúpio, aplicando correctamente os cintos, e utilizando sapatos rasos quando andar com o bebé nesta forma.

É ainda importante questionar os pais em relação à compra de determinados produtos de puericultura, nomeadamente, alcofa, berço para dormir, muda fraldas, banheira e cadeira de banho, marsúpio, cadeira de transporte para o carro e carrinho de passeio, de forma a guiá-los em relação aos perigos de cada produto, e a necessidade de verificar sempre se cumprem as normas europeias.

Ao longo do 1º mês de vida e sempre que se justificar até ao 2ºmês, o recém-nascido virá ao Centro de Saúde para consultas de enfermagem com o objectivo de controlar o peso. Nestas consultas, deve ser avaliado o estado geral do recém-nascido, fazendo o reforço das instruções fornecidas na 1ª consulta, e esclarecidas eventuais dúvidas dos pais.

3.2. CONSULTA DE ENFERMAGEM AO 4º MÊS

PARÂMETROS A AVALIAR na Consulta de Enfermagem (4ºMês)	
Peso	Visão
Comprimento	Audição
Perímetro Cefálico	Exame Físico
Desenvolvimento	
PNV	

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS na Consulta de Enfermagem (4ºMês)	
Alimentação (diversificação alimentar)	**Hábitos intestinais e cólicas**
Vitamina D (reforço)	**Desenvolvimento e temperamento**
Posição ao deitar	**Acidentes e segurança**
Reacções às vacinas	**Regresso ao trabalho** (se fica na creche, na ama, extracção do leite materno)
Sinais e sintomas (febre, rinorreia, obstrução nasal)	

PROMOVER

- **Aleitamento materno**, sempre que possível, como alimentação mais adequada à criança. Os bebés, que se encontram a fazer, exclusivamente, aleitamento materno devem mantê-lo **até cerca dos 6 meses de idade, tendo em conta aspectos como o regresso da mãe ao trabalho,** ou a criança ir para uma creche (condições da creche para tratamento do leite da mãe). As mães que começam a trabalhar podem continuar a extrair o leite (de acordo com as suas condições de trabalho), durante o dia, utilizando expressão manual ou bomba, para alimentar o bebé durante a sua ausência.
- **A introdução de novos alimentos**. Para o bebé a alteração da dieta líquida, para dieta mole, constitui um processo que, por vezes, não é fácil, por isso os pais precisam de estar preparados para lidar com as dificuldades. O início da diversificação alimentar deve ser gradual, em pequenas doses e com intervalo, entre cada introdução de novo alimento, de uma semana. Os pais podem começar por substituir uma refeição por papa de cereais sem glutén, de preferência ao jantar. É importante referir que existem

2 tipos de papas (lácteas e não lácteas) e a correcta preparação de cada uma. Entregar folheto da diversificação alimentar

- Prevenção de acidentes (aspiração de conteúdo gástrico, asfixia, queimaduras).
- A partir desta altura a maioria das crianças irá para uma **creche ou ama**, pelo que, é importante conversar um pouco com os pais em relação a estes aspectos. As creches são lugares óptimos para a socialização da criança, e estabelecimento de regras, mas podem no entanto facilitar o aparecimento de doenças típicas da infância, e deve-se alertar os pais para este aspecto.
- A importância do PNV. Informar da próxima inoculação.
- Adesão às consultas de vigilância. Providenciar marcação da próxima consulta médica e de enfermagem.
- A manutenção de um ambiente de empatia e disponibilidade de modo a que sejam expostas todas as dúvidas/questões dos pais.
- Despiste de sinais e sintomas de alerta.

3.2. CONSULTA DE ENFERMAGEM AO 6º MÊS

PARÂMETROS A AVALIAR na Consulta de Enfermagem (6ºMês)	
Peso	Visão
Comprimento	Audição
Perímetro Cefálico	Exame Físico
Dentes	Anca
Desenvolvimento (Reacção ao estranho)	
PNV	

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS na Consulta de Enfermagem (6ºMês)	
Alimentação	**Hábitos intestinais e cólicas**
Vitamina D	**Desenvolvimento e temperamento**
Dentição (primeiros dentes) **e Higiene Oral** (Flúor)	**Acidentes e segurança**
PNV (DTPaHibVIP, 3ªdose; VHB, 3ªdose)	**Sinais e Sintomas mais comuns**
Outros (escolha de brinquedos, cama e quarto próprios, rituais de adormecimento)	

PROMOVER:

- Aleitamento materno. Pode iniciar-se a introdução de novos alimentos, mas a mãe deve ser estimulada e informada da importância da manutenção do aleitamento materno.
- **Alimentação adequada**. Obter informações que permitam compreender o esquema nutricional da criança. Despiste de alergias alimentares. Entregar folheto da diversificação alimentar.
- **Desenvolvimento de conhecimentos e competências nos pais** que permitam corrigir: erros alimentares, a introdução atempada e correcta de novos alimentos, a administração por colher e a dentição.
- A importância do plano nacional de vacinação. Realizar as inoculações recomendadas pelo **PNV** e informar da próxima inoculação.
- A adesão às consultas de vigilância. Providenciar marcação da próxima consulta médica e de enfermagem.

- Prevenção de acidentes (asfixia por aspiração de objecto, queda, queimadura, entre outros). Deve alertar-se os pais para outros perigos que advém das capacidades que o bebé vai adquirindo. **Escolha de brinquedos** macios e facilmente laváveis (pois a criança irá levá-los facilmente à boca), e suficientemente grandes para que não possam ser engolidos. Manter objectos pequenos como botões, tampas de plástico, pilhas redondas, bem guardadas, e longe do bebé.
- A manutenção de um relacionamento de confiança e empatia entre enfermeiro e família através de um acolhimento adequado e de uma conduta profissional aberta ao diálogo.
- Despiste de sinais e sintomas de alerta.

3.3. CONSULTA DE ENFERMAGEM AO 9º MÊS

PARÂMETROS A AVALIAR na Consulta de Enfermagem (9ºMês)	
Peso	Visão
Comprimento	Audição
Perímetro Cefálico	Exame Físico (confirmar presença de testículos na bolsa)
Dentes	
Desenvolvimento	
PNV (confirmar se está actualizado)	

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS na Consulta de Enfermagem (9ºMês)	
Alimentação (peixe, despiste de alergias, alergia do ovo)	**Hábitos intestinais e cólicas**
Vitamina D (reforço)	**Desenvolvimento e temperamento**
Dentição (avaliação)	**Acidentes e segurança**
Outros (desenvolvimento da linguagem)	

PROMOVER

- **A introdução do peixe branco, cozido, na sopa alternando com a carne**. Reforçar a necessidade de escolher peixe de boa qualidade, seja fresco ou congelado. Obter informações que permitam compreender o esquema nutricional da criança e saber como os pais estão a adaptar a criança às refeições em família. Corrigir principais erros alimentares que surjam. Entregar folheto da diversificação alimentar.
- **Despiste de alergias alimentares**. Esta também é a altura de juntar a **gema do ovo**. Fazer o ensino para que os pais não tenham dúvidas. Se existir alergias anteriores ou familiares deve adiar-se a introdução destes alimentos, assim como o tomate, citrinos, e o ananás, até aos 12-15 meses, por isso é importante fazer o levantamento das alergias existentes.
- **Desenvolvimento de conhecimentos e competências nos pais quanto a:** temperamento e relacionamento da criança e reacções a estranhos; introdução atempada e correcta de novos alimentos; dentição e higiene oral; escolha dos

brinquedos (não apenas com o sentido lúdico mas também importante no desenvolvimento da criança); prevenção de acidentes (asfixia por aspiração de objecto, queda, queimadura, entre outros) e sobre a importância do brincar.

- **Fazer a avaliação dos dentes** que a criança já tem, como se apresentam as gengivas e como tem reagido (a criança) à erupção dos dentes. Normalmente, por esta altura, os dentes que já surgiram são os incisivos centrais inferiores e superiores e podem começar a aparecer os incisivos laterais. Reforçar o ensino de medidas de conforto, para aliviar os sintomas associados à erupção dos dentes, e fazer o reforço do ensino da higiene dentária do bebé.
- A importância do **PNV**. Realizar as inoculações recomendadas pelo PNV e informar da próxima inoculação;
- A adesão às consultas de vigilância. Providenciar marcação da próxima consulta médica;
- A manutenção de um ambiente de empatia e disponibilidade de modo a que sejam expostas todas as dúvidas/questões dos pais.
- As competências parentais através do esclarecimento de dúvidas, e controlo de factores que levem ao desencadear de stress familiar.
- Despiste de sinais e sintomas de alerta.

3.4. CONSULTA DE ENFERMAGEM AO 12º MÊS

PARÂMETROS A AVALIAR na Consulta de Enfermagem aos 12 Meses	
Peso	Exame Físico
Estatura	
Perímetro Cefálico	
Dentes	
Desenvolvimento (Imitação)	
PNV (confirmar se está actualizado)	

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS na Consulta de Enfermagem aos 12 Meses	
Alimentação (referir a anorexia nervosa do 2º ano de vida; rotina de horários)	
Saúde Oral	**Acidentes e segurança**
Desenvolvimento	**Temperamento e Relacionamento**
Estilos de Vida Saudáveis	

PROMOVER:

- **Horários de refeição semelhantes ao resto da família.** O **leite passa a ser de Transição 3**, e deve ensinar-se aos pais para adiar, tanto quanto possível, até aos 3 anos a introdução do leite de vaca.
- A orientação dos pais/família na introdução dos novos alimentos, como as leguminosas, hortaliças e saladas, e o ovo que já pode ser completo. **Os alimentos podem passar a ser mais sólidos**, inicialmente utilizando o *passe-vite* e posteriormente podem ser apenas esmagados.
- Nos pais a consciência que o bebé vai passar por um período de **anorexia fisiológica durante o 2º ano de vida**, para que não fiquem assustados, nem transformem as refeições em momentos de stress para toda a família.
- È também uma altura em que pode surgir o **hábito de ter um brinquedo favorito** (ou cobertor), que será utilizado para proporcionar conforto e segurança perante situações que provoquem medo.

- Nesta altura a maioria dos bebés **começa a dar os primeiros passos agarrado**, conseguindo mesmo ficar em pé momentaneamente, além disto conseguirá:
    - Dizer três a cinco palavras além de papá e mamã;
    - Compreender o significado de várias palavras;
    - Reconhecer os objectos pelo nome;
    - Imitar sons de animais;
    - Pode escolher um brinquedo favorito;
    - Demonstrar medo de situações desconhecidas.
- **A segurança, devendo manter-se todos os cuidados anteriores e ainda:**
    - Transporte. Verificar se é necessário trocar a cadeira de transporte, pois por vezes, devido ao tamanho do bebé, não é possível manter até aos 18 meses a 1ª cadeirinha. Escolher uma cadeira preparada até aos 18kgs (Grupo 0+/1);
    - Queimaduras. Ensinar o significado da palavra quente e não deixar que a criança brinque com isqueiros, fósforos, aparelhos eléctricos, velas, torneiras.
    - Asfixia /Afogamentos. Utilizar braçadeiras quando brincar à beira da água e começar a ensinar as regras de segurança na água, de forma compreensível para a criança. Manter sempre sobre vigilância quando perto de uma fonte de água,

3.5. CONSULTA DE ENFERMAGEM AO 15º MÊS

PARÂMETROS A AVALIAR na Consulta de Enfermagem aos 15 Meses	
Peso	Exame Físico
Estatura	Coração
Perímetro Cefálico	Anca/Marcha
Dentes	Visão
Desenvolvimento (Ansiedade da Separação)	Audição
PNV (VASPR 1ª Dose; MenC, 3ªDose)	

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS na Consulta de Enfermagem aos 15 Meses	
Alimentação (reforçar a anorexia nervosa)	
Saúde Oral (começa a lavar os dentes)	**Acidentes e segurança**
Desenvolvimento	**Temperamento e Relacionamento**
Estilos de Vida Saudáveis (Afirmação da personalidade, birras, regras sociais)	

PROMOVER:

- Uma **alimentação semelhante ao resto da família** pelo que os hábitos alimentares saudáveis devem ser aconselhados, para todos os elementos.
- Nos pais a **adopção de estilos de vida saudáveis na criança**, nomeadamente com passeios ao ar livre, com brincadeiras estimulantes e criativas. Também deve alertar-se os pais para a necessidade de implementar regras, como por exemplo o horário de dormir e a utilização da televisão.
- Reforçar a importância de uma correcta higiene oral, é muito importante nesta altura. **A criança pode começar a lavar os dentes, mas os pais devem sempre escovar**, todos os dentes da criança.
- Aos 15 meses **a imitação é a característica social que mais se destaca.** É nesta altura que a criança imita os adultos, desenvolvendo a sua capacidade de observação das atitudes dos pais.
- **A minimização da dor sentida durante a administração de vacinas é importante, pois nesta fase a criança normalmente reage muito com choro,** gritos, e movimentos

bruscos dos membros, o que deixa os pais ansiosos, contribuindo por vezes para o não cumprimento do PNV.

- Nesta idade as estratégias não farmacológicas mais utilizadas para diminuir a dor são a **musicoterapia, distracção da criança, com brincadeiras e pedir para a criança respirar profundamente**, ou soprar enquanto se faz a vacina, no fim da administração **deve elogiar-se a criança**. Também é importante preparar os pais para a vacina, nomeadamente, explicando que a criança vai reagir mas que vamos tentar diminuir a dor, causada pela vacina e pedir a colaboração dos pais para segurar e distrair a criança.
- Por esta altura a criança faz a vacina VASPR, que por ser uma vacina viva, pode provocar reacções durante cerca de 15 dias após a administração.

3.6. CONSULTA DE ENFERMAGEM AO 18º MÊS

PARÂMETROS A AVALIAR na Consulta de Enfermagem aos 18 Meses	
Peso	Exame Físico
Estatura	Anca/Marcha (problemas ortopédicos)
Perímetro Cefálico	
Dentes	
Desenvolvimento	
PNV (DTPaHib)	

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS na Consulta de Enfermagem aos 18 Meses	
Alimentação	**Controlo dos Esfíncteres** (Inicio do treino)
Saúde Oral	**Acidentes e segurança**
Desenvolvimento	**Temperamento e Relacionamento**
Estilos de Vida Saudáveis (Afirmação da personalidade, birras, regras sociais, terrores nocturnos)	
Outros (desmame do biberon e do leite ao adormecer)	

PROMOVER:

- Informar os pais que a criança atravessa uma fase de **anorexia fisiológica** que acontece durante o 2º ano de vida, mas que é mais acentuada nesta idade. **A criança pode ter um apetite voraz num dia, e no outro não apresentar apetite,** e recusar comer, o que é um comportamento normal, mas os pais ficam muito preocupados, pelo que é importante descansar os mesmos, em relação a este comportamento.
- **Nos pais o treino do controlo dos esfíncteres da criança no período diurno**. Este treino deve ser feito devagar e com paciência, utilizando o reforço positivo quando a criança consegue algum controlo pois esta é uma competência que demora algum tempo a conseguir. Normalmente o controlo do esfíncter anal acontece primeiro que o vesical, sendo o controlo vesical nocturno alcançado por volta dos 4/5 anos. Também nesta altura deve acontecer o desmame do biberão, e do leite á noite.

- **Os terrores nocturnos também são comuns nesta fase**, estando relacionados com os medos que a criança vivencia no dia-a-dia, e com a ansiedade da separação. Os pais podem utilizar como estratégias, para ajudar a criança a ultrapassar estes medos, o estabelecimento de um horário regular para dormir, assim como um ritual para ir para a cama, utilizando um objecto de transição para dormir, como um peluche ou cobertor.
- ***A* compra de calçado apropriado**, com sola antiderrapante e flexíveis. O primeiro objectivo do sapato é a protecção do pé da criança, e o segundo facilitar a marcha, pelo que o conforto do sapato é mais importante que a aparência. Idealmente e para evitar acidentes os sapatos devem ter fitas ajustáveis.

3.7. CONSULTA DE ENFERMAGEM AOS 2 ANOS

PARÂMETROS A AVALIAR na Consulta de Enfermagem aos 2 Anos	
Peso	Exame Físico
Estatura	Anca/Marcha (problemas ortopédicos)
Perímetro Cefálico	
Dentes	
Desenvolvimento (Jogo do "faz de conta")	
PNV (Confirmar Actualização)	

CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS na Consulta de Enfermagem aos 2 Anos	
Alimentação	
Saúde Oral	**Acidentes e segurança**
Temperamento e Relacionamento	
Estilos de Vida Saudáveis (Brincar, desenhar, hábitos de adormecer)	
Outros (desmame da chupeta)	
Desenvolvimento (Aprendizagem das regras e rotinas diárias)	

PROMOVER:

- A **adopção de uma alimentação saudável** será incluída em todas as consultas realizadas após esta idade, e é extremamente importante. As crianças podem comer doces 1x por semana, mas devem evitar alimentos muito doces, como flocos de cereais (ex: Chocapic).
- **Verificar o estado dos dentes e reforçar o ensino da higiene oral**. Esta é a altura indicada para começar a lavagem dos dentes utilizando a pasta de dentes, que deve ter um sabor agradável à criança.
- **Estimular os pais a iniciar o treino do controlo de esfíncteres se ainda não começaram.**
- Deve ensinar-se os pais a realizar o treino, começando por familiarizar a criança com o **penico** e posteriormente iniciar as sessões de treino, com uma duração de 5 a 10

minutos, e um dos pais deve permanecer perto da criança. **Ensinar a limpeza dos órgãos genitais após o treino.**

- Outros aspectos importantes que os pais devem seguir, para facilitar este processo, envolvem vestir roupas fáceis de tirar, usar fraldas que possam ser facilmente retiradas, e estimular a imitação dos pais no WC. É também indispensável que os pais relembrem a criança, para ir, várias vezes, á casa de banho.
- É importante estimular os pais a estabelecer rotinas diárias e regras, para um desenvolvimento social e emocional saudável. Outro problema que permanece por vezes, nesta idade, são os terrores nocturnos e ansiedade da separação, e por este motivo, deve avaliar-se a criança, reforçando o ensino necessário.
- É no entanto importante falar com os pais em relação à **cadeira de transporte da criança** pois, para a maior parte das crianças, é necessário mudar de cadeira, entre os 2-3 anos, dependendo do peso da criança. A cadeira indicada passa a ser do grupo II/III (de 15- 36kgs).
- Higiene oral. As crianças tendem a aprender por imitação pelo que é aconselhável lavar os dentes junto com os pais. É um bom exercício de aprendizagem para elas. De início, deve-se ensiná-las a proceder à lavagem duas vezes por dia (de manhã e antes de ir para a cama) durante dois minutos.
- **O desmame da chupeta.**

4. SÍNTESE

A Ordem dos Enfermeiros, nos Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem, reconheceu a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem, baseados em evidências empíricas, como uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (2002, p.10). Assim, este manual pretende ser um guia de saberes e conhecimentos de forma a promover uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, na consulta de saúde infantil.

Este deve ser uma base para o profissional de enfermagem devendo ser adaptada a cada realidade, família e criança, utilizando conhecimentos que permitam moldar os cuidados às exigências de cada situação particular.

O objectivo principal da actuação do enfermeiro na consulta é a promoção de saúde, uma vez que encontra-se evidenciado por vários estudos internacionais que as estratégias de promoção da saúde podem desenvolver e mudar os estilos de vida, assim como as condições sociais, económicas e o ambiente que determinam a saúde. A promoção da saúde constitui-se como uma forma concreta de obter ganhos em saúde. Promover o aleitamento materno pelo menos até aos três meses de vida é referido como uma intervenção de enfermagem pela Ordem dos Enfermeiros (2004) na área de saúde da criança e do adolescente, referindo esta organização como indicador o número de crianças alimentadas até aos três meses de vida. No mesmo documento, é referida a amamentação como foco de atenção da enfermagem.

A promoção da saúde na consulta de saúde infantil deve englobar a abordagem dos mais variados temas desde o aleitamento materno, a diversificação alimentar, o desenvolvimento infantil e a prevenção de acidentes.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação de Promoção da Segurança Infantil, "Crianças no Automóvel", [Consult. 5 Maio. 2010] **http://www.apsi.org.pt/24/cadeirinhas_folheto_pdf.pdf**

- BOLANDER, Verolyn Barnes – Sorensen e Luckman Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica. Lisboa: Lusodidacta, 1998, ISBN 972-96610-6-5;

- BRAZELTON, T. Berry. – O Grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos. Barcarena: Editorial Presença, 2006. 9ª ed. 535p;

- CANAVARRO, M. C - Psicologia da Gravidez e da Maternidade. Coimbra: Quarteto Editora, 2001;

- CARTA DE OTTAWA – 1ª Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde, 17-21 de Novembro. Canadá. 1986 [Consult. 29 Abril. 2010] Disponível em http://www.dgs.pt

- Direcção-Geral de Saúde - Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010 – Orientações Estratégicas (vol. 2). Lisboa: Direcção-Geral de Saúde. 2004;

- Gomes, A. & Rocha, L. M. - Prevalência do aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida. Saúde infantil, 1998. *pp.* 59-66;

- HOCKENBERRY, Marilyn J. -Wong – Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 7ª Edição. Rio de Janeiro: ELSEVIER, 2006, p. 371-373. ISBN 13-978-85-352-1918-0;

- INSTITUTO DE SEGURANÇA SOCIAL. - "Guia Prático Subsidio Parental". 2009. [Consult. 5 Maio. 2010]
  Disponível em **http://demaeparamae.pt/files/Guia_Pratico_Subsidio_parental.pdf**;

- KOLCABA, Katharine – Comfort Theory and Practice. New York, **Springer Publish Company**. 2003. ISBN: 0-8261-1663-7;

- LEVY, Leonor; BERTOLO, Helena. – Manual de Aleitamento Materno. Comité Português para a UNICEF/ Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. 2008. 43p. ISBN 96436;

- OLIVEIRA, Valéria; CADETE, Matilde – Anotações do enfermeiro no acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil. **Acta Paulista de Enfermagem**, 2009**;**

- OMS & UNICEF - Aconselhamento em amamentação – manual do participante. São Paulo. Instituto de Saúde. 1995;

- ORDEM DOS ENFERMEIROS – Rede dos Cuidados de Saúde Primários, Modelos de Gestão dos Centros de Saúde, Lisboa. 2008. [Em Linha]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/Paginas/default.aspx;

- PAPALIA, Diane E.; OLDS, Sally Wendkos; FELDMAN, Ruth Duskin – O Mundo da Criança. Lisboa: Editora McGraw-Hill, 2001. 710 p. ISBN 972-773-069-8;

- POLI, L. M. C. & ZAGONEL - Prática do aleitamento materno, a cultura familiar na transferência de conhecimentos. **Família Saúde Desenvolvimento***,* 1999. pp. 33-38;

- PORTUGAL, Ministério da saúde. - Programa Nacional de Saúde 2004/2010. Vol.I - prioridades [Em Linha]. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. [Consult. 29 Abril. 2010]. Disponível em WWW: URL: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns-vol1.pdf>;

- PORTUGAL, Ministério da Saúde – Saúde infantil e Juvenil: Programa-tipo de actuação. Orientações técnicas [Em Linha]. 2ª ed. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2002. [Consult. 20 Abril. 2010]. Disponível em www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008188.pdf>;

- SARAIVA, Helena – Aleitamento Materno, Promoção & Manutenção. Lisboa. Lidel. Abril 2010.

ANEXO IV

Folheto Informativo -Guia das Consultas de Saúde Infantil



Contactos Úteis:

- Número Nacional de Socorro: 112
- Hospital São Francisco Xavier (Urgência Geral): 210431160/61
- Hospital Egas Moniz (Urgência ORL): 210432233
- Hospital Egas Moniz (Urgência Oftalmologia): 2104332235
- Dói Dói Trim Trim: 808250143
- Intoxicações INEM: 808 250 143
- **Centro de Saúde de Alcântara:** 213630130/9
- **Atendimento Telefónico de Saúde Infantil:**
  - 2ª F/4ªF/6ªF: 09h30—12h30
  - 3ª F/5ªF: 14h00—16h00
- **Atendimento Telefónico Vacinação:**
  - 2ª Feira: 14h00—15h30
  - 3ª Feira: 09h00—12h00
  - 6ª Feira: 14h00—15h30

Horário da Saúde Infantil

☺ 2ª Feira: 9h00-13h00

☺ 3ª Feira a 6ªFeira: 9h00-13h00 e 13h30-15h00

Horário da Vacinação

☺ 2ª Feira: 09h00-12h30

☺ 3ª Feira: 13h30-15h30

☺ 6ª Feira: 09h00-12h30

Elaborado por ACMEESIP Joana Rainha, orientado por a Sr.ª. Enf.ª Especialista de Saúde Infantil e Pediatria Margarida Pires

Maio, 2010

Guia das Consultas de Saúde Infantil







Unidade de Cuidados Personalizados de Alcântara

Centro de Saúde Alcântara

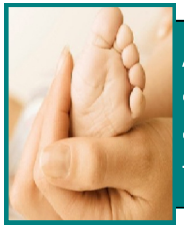
Importância das Consultas de Saúde Infantil



Nestas consultas desenvolvem-se um conjunto de acções de vigilância, manutenção e promoção da saúde.

- Avalia o crescimento e desenvolvimento;
- Estimula a opção por comportamentos saudáveis;
- Promove: o plano nacional de vacinação, a suplementação vitamínica e mineral, a saúde oral, a prevenção de acidentes/intoxicações, prevenção de riscos da exposição solar e de perturbações da esfera psicoafectiva;
- Detecta precocemente e encaminha situações negativas para a qualidade de vida da criança;
- Sinaliza e apoia crianças com doença crónica/deficiência;
- Esclarece todas as suas dúvidas.

Consultas de Enfermagem de Saúde Infantil



A 1ª Consulta de Enfermagem deverá realizar-se entre o 3º e 6º dia de vida da criança, com a elaboração do Diagnóstico Precoce ("teste do pezinho") . Marcar previamente por telefone.

- Não existem idades rígidas para as consultas de enfermagem. As próximas consultas serão marcadas de acordo com a enfermeira de saúde infantil, tendo em conta o desenvolvimento e saúde do seu filho;
- As consultas de enfermagem antecedem as consultas médicas;
- As consultas são no 1º Andar.

Consultas Médicas de Saúde Infantil de Rotina



As consultas da criança até aos 2 anos de idade, deverão ser marcadas presencial ou telefonicamente com a Enf.ª Margarida Pires no 1º andar. Depois dos 2 anos de idade a marcação deverá ser feita nos serviços administrativos.

- Dos 12 meses aos 2 anos a marcação deverá ser feita para cada médico de família atribuído.

Vacinação



O Plano Nacional de Vacinação é universal, gratuito e acessível a todos em Portugal. Permite prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico.

- A vacina BCG e VHB deverá ser feita à nascença. Se não for dada na maternidade, deverá marcá-las no centro de saúde;
- Sobre as vacinas extra Plano Nacional de Vacinação deverá falar com a Enf.ª. de Saúde Infantil e médico para mais informações.

Vacinas contra	Idades do Plano Nacional da Vacinação										
	0 Nascе	2 Meses	3 Meses	4 Meses	5 Meses	6 Meses	15 Meses	18 Meses	5-6 Anos	10-13 Anos	Toda a vida
Tuberculose	BCG										
Poliomielite		VIP 1		VIP 2		VIP 3			VIP 5		
Difeteria-Tétano-Tosse Convulsa		DTPa 1		DTPa 2		DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5	Td	Td
Haemophilus influenzae b		Hib 1		Hib 2		Hib 3		Hib 4			
Hepatite B	VHB	VHB2				VHB3				VHB4[1]	
Sarampo-Parotidite epidémica-Rubéola								VASPR 1		VASPR 2	
Meningococo C			MenC1		MenC2		MenC3				

ANEXO V

Grelha de Registo dos Cuidados Antecipatórios

Grelha de Registo dos Cuidados Antecipatórios

Nº. Processo _____ Enfermeira _____

Nome do Bebé _____ Idade _____

Nome da Mãe _____ Data _____

			Observação da Promoção de Cuidados Antecipatórios	Sim	Não	Observações
Conforto Fisiológico	***Alimentação***		*Aleitamento Materno*			
		1	Reflexo de sucção			
		2	Técnica da mamada			
		3	Cuidados com as mamas			
		4	Posições de eructação			
			Aleitamento Artificial			
		6	Manuseamento de biberões			
		7	Preparação do leite artificial			
		8	Posições de eructação			
	Eliminação		*Eliminação intestinal*			
		9	Frequência e características das fezes			
		10	Técnica de alívio de cólicas			
	Higiene e Conforto	12	Técnica do banho			
		13	Produtos a usar			
		14	Cuidados ao coto umbilical			
		15	Cuidados à região perineal e peri-anal			
	Vestuário	16	Características			
		17	Acessórios			
		18	Produtos a usar			
	Sono	19	Necessidades			
		20	Condições que favorecem			
Conforto Ambiental	***Segurança e Prevenção de Acidentes***	21	Posicionamento ao deitar			
		23	Transporte em alcofa, cadeira e automóvel			
		24	Exposição Solar			
		25	Risco de Queda			
		24	Risco de Queimaduras			
		25	Uilização de acessórios			

			Observação da Promoção de Cuidados Antecipatórios	Sim	Não	Observações
Conforto Sociocultural	***Afecto e Estimulação***	28	Percepção dos pais sobre o RN			
		29	Interacção pais-RN			
		30	Estimulação verbal e táctil			
		31	Utilização do brinquedo			
	Vigilância de Saúde	35	Boletim de Saúde Infantil e Boletim Individual			
		36	Vacinação (início do PNV)			
		37	Conduta perante a febre			
		38	Conduta perante a cólica adominal			
Conforto Psicoespiritual	***Apoio***	39	Confiança nos cuidados que presta ao RN			
		40	Receio do quem vem a seguir			
		41	Necessidade de Apoio Psicológico			

ANEXO VI

Normas de Procedimento:

A – Aleitamento Materno

B – Extracção e Conservação do Leite Materno

1 – OBJECTIVOS

- Uniformizar procedimentos relativos ao aleitamento materno;
- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados;
- Promover o aleitamento materno na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Alcântara.

2 - ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Enfermeiros da UCSP de Alcântara - ACES III Lisboa Central

Responsável pela aplicação da norma: Enf.ª Chefe e Enf.ª Margarida Pires

3 - SIGLAS, ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES

ACES- Agrupamentos dos Centros de Saúde

ACMEESIP – Aluna Curso Mestrado Enfermagem Especialização Saúde Infantil e Pediatria

RN – Recém-nascido

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Lactação: Processo Secretor com as características específicas: Processo de síntese e secreção de leite materno pelas glândulas mamárias da mulher; que contém hidratos de carbono, proteínas, gordura em suspensão, vitaminas e minerais; é o alimento base para recém-nascidos e lactentes (CIPE, 2005, p. 73).

Reflexo de Sucção: Reflexo com as características específicas: Estabelecimento de ligação adequado da criança à mãe, enquanto mama e se alimenta, estabelecendo contacto, compreendendo os sinais da mãe; forma apropriada de agarrar a aréola, sucção e colocação da língua correctas, deglutição audível, num mínimo de 5 a 10 minutos em cada mama, largando espontaneamente quando satisfeito (CIPE, 2005, p. 65).

Amamentação: Padrão alimentar ou de ingestão de líquidos com as características específicas: Estabelecimento de uma relação maternal adequada com a criança enquanto a alimenta, dando-lhe leite de mama, ao mesmo tempo que a encoraja, estabelece contacto e compreende o seu temperamento e os sinais precoces de fome (CIPE, 2005, p. 45).

Poder-se-á então considerar que a amamentação se refere ao aleitamento materno. Segundo a OMS (citado por Pereira, 2006, p.85) o aleitamento materno também é " a administração ao RN de leite materno por copo ou colher e eventualmente por biberon ou sonda. No entanto, para que possa existir amamentação é necessário existir uma aceitação mútua entre mãe e filho, amor, carinho, disponibilidade e entrega total por parte da mãe, para que o fenómeno da secreção láctea seja eficaz (PEREIRA, 2006, P.89).

4 - INSTRUÇÃO DE TRABALHO

4.1. INTRODUÇÃO

A amamentação é uma das experiências mais agradáveis para a mãe e para o filho, uma vez que através do contacto físico com a mãe, o RN tem a experiência do amor, calor e protecção, que favorecem a vinculação. Para além disso, esta experiência é vital para o saudável desenvolvimento psicológico, mental e físico do RN.

A amamentação é uma prática milenar com reconhecidas vantagens nutricionais, imunológicas, cognitivas, económicas e sociais.

Segundo dados da OMS (2002) em todo o mundo apenas 35% dos lactentes são alimentados exclusivamente com leite materno nos primeiros quatro meses de vida, iniciando-se a alimentação complementar demasiado cedo. Em Portugal, não existem estatísticas sobre a incidência e a prevalência do aleitamento materno. Os estudos efectuados no nosso país sugerem que a evolução do aleitamento materno se processou de maneira semelhante à de outros países europeus (UNICEF, 2008). O Ministério da Saúde no documento Plano Nacional de Saúde, Orientações Estratégicas para 2004-2010 (pg.16), refere que "será dado destaque ao aleitamento materno como um critério de qualidade dos cuidados de saúde perinatais", visando a melhoria dos indicadores do período perinatal.

Assim, o apoio ao aleitamento materno exclusivo constitui para a OMS uma recomendação de saúde pública. As vantagens são potenciadas quando a amamentação é praticada exclusivamente até aos seis meses de vida, e complementada até aos dois anos.

Promover o aleitamento materno pelo menos até aos três meses de vida é referido como uma intervenção de enfermagem pela Ordem dos Enfermeiros (2004) na área de saúde da criança e do adolescente, referindo esta organização como indicador o número de crianças alimentadas até aos três meses de vida. No mesmo documento, é referida a amamentação como foco de atenção da enfermagem.

O Enfermeiro, pela sua proximidade com a família, deve servir de conselheiro em aleitamento materno, promovendo esta prática como um saudável início de vida para o RN e para a família.

Este facto levou a OMS e a UNICEF a recomendarem o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até aos 6 meses de vida e a manutenção da amamentação com outros alimentos até aos 2 anos de idade ou mais (OMS & UNICEF,

1995). Em Portugal, a Direcção-Geral de Saúde estabeleceu como meta para 2010, que 50% das mulheres pratiquem o aleitamento materno exclusivo, até aos 3 meses (DGS, 2004). Para atingir estes objectivos determinou como estratégia o incentivo do aleitamento materno, junto da "família, infantário, amas, local de trabalho, instituições de acolhimento e das unidades de saúde" (DGS, 2004, p. 29-30).

O profissional de enfermagem na consulta de saúde infantil tem um papel fulcral a desempenhar no incentivo à prática da amamentação, nomeadamente no:

- Realçar as vantagens do aleitamento materno;
- Incentivar a mãe a extrair o leite e a conservá-lo quando necessário;
- Ensinar os procedimentos correctos a ter na extracção e conservação do leite materno;
- Ensinar diversos posicionamentos facilitadores da amamentação e,
- Esclarecimento de todas as dúvidas dos pais.

4.2. VANTAGENS DO LEITE MATERNO

O leite materno tem inúmeras vantagens, tanto para a mãe como para o RN. Do ponto de vista nutricional, o leite materno é um alimento vivo, completo e natural, que fornece todos os nutrientes necessários. Para além disso, contém outros constituintes que promovem o crescimento e a protecção contra infecções, não só pelas defesas que passam da mãe para o filho, mas também porque há menor risco de contaminação. Confere ainda protecção contra alergias e facilita a adaptação a outros alimentos.

4.3. TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO

A técnica da mamada não está dependente apenas de um dos intervenientes. A mãe e o RN têm um papel igualmente importante. No entanto, o RN, pela necessidade de alimento tem um estímulo acrescido.

Existem três principais reflexos do RN relacionados com a amamentação. O reflexo de busca e preensão, o de sucção e o de deglutição.

- Busca e preensão – quando alguma coisa toca nos lábios ou bochechas do RN, ele abre a boca e pode virar a cabeça à procura daquilo que lhe tocou. O RN põe a língua para baixo e para fora;
- Sucção e deglutição **–** quando alguma coisa toca o palato do RN, ele começa a sugar e quando a sua boca se enche de leite, ele engole. Estes são reflexos que acontecem automaticamente, sem que o RN tenha de os aprender.

O que é importante é que o RN esvazie uma mama em cada mamada. O RN deve primeiro esvaziar a primeira mama e se depois continuar com fome é que lhe é oferecida a segunda mama. Existe uma grande variabilidade do leite materno ao longo do dia quer em qualidade quer em quantidade (UNICEF, 2009).

4.3.1. Material Necessário:

- ✓ Cadeira;
- ✓ Apoio de pés;
- ✓ Almofada de amamentação;

4.3.2. Posicionamento

A mãe deve estar sentada confortavelmente, com as costas direitas e não recostada, com os pés apoiados e uma almofada no colo.

O RN deve estar virado de frente para a mãe, apoiado na sua barriga (barriga com barriga), tendo a cabeça, ombros e o corpo em linha recta. O nariz do RN deve estar ao nível do mamilo, permitindo que este o abocanhe facilmente, sem ser necessário esticar-se ou girar a cabeça.

É importante que a mãe aproxime o RN da mama e não a mama do RN.



4.3.3. Características de uma boa pega:

- A boca do RN está muito aberta e ele tem uma grande porção de mama dentro da boca;
- O queixo está a tocar na mama;
- O lábio inferior está enrolado para trás;
- Se existir aréola visível, mais quantidade é visível acima do lábio superior do que abaixo do lábio inferior



4.4 Situações especiais

Existem situações nas quais a mãe que amamenta pode necessitar de tomar medicamentos, nomeadamente em casos de doença crónica, aguda, ou alguma complicação relacionada com gravidez ou período neonatal.

Muitas vezes existe interrupção do aleitamento materno devido às preocupações com os prejuízos para o RN, da medicação tomada pela mãe. No entanto, é necessário avaliar os benefícios do uso do medicamento para a mãe, o risco de não amamentar ou de sujeitar o RN aos efeitos potenciais desses fármacos.

Existem alguns *sites* na *internet* que podem ajudar os enfermeiros no esclarecimento de algumas dúvidas:

- ✓ www.aleitamento.com
- ✓ www.breasfeeding.com
- ✓ www.e-lactancia.org
- ✓ www.mamamater.org
- ✓ www.sosamamentacao.org.pt
- ✓ www.lalecheleague.org/portugal.htlm

5 – REFERÊNCIAS BILIOGRÁFICAS

- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – **Classificação internacional para a prática de enfermagem - CIPE Versão 1.0** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2005;

- CORDERO, Mª José Aguilar; PÉREZ, Carmen Puertas - Desarrollo de los RNs alimentados com leche materna. **Revista Rol de enfermèria**, Barcelona. ISSN 0210-5020. vol. 25, nº 7-8 (2002), p.50-56;

- GONZÁLEZ, Carlos **– Manual prático do aleitamento materno.** Parede: Mama Mater – Associação, 2004. 260p.;

- OMS/UNICEF - **Aconselhamento em amamentação – manual do participante.** São Paulo. Instituto de Saúde. 1995;

- OMS/UNICEF - **Manual do Curso de aconselhamento em Amamentação: Um curso de treinamento.** Universidade Nova de Lisboa, Tradução de Cristina do Monte; Edição revista Maio 1997;

- OMS/UNICEF – **Declaração de INNOCENTI sobre Protecção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno.** Florencia. 1990;

- LEVY, L. & BÉRTOLO, H. **– Manual de Aleitamento Materno**. ed. revista. Lisboa: Comité Português para a UNICEF, 2008, p.8;

- MOLEIRO, A; Gomes, A; Nona, M. **– Aleitamento Materno** in SECÇÃO DE NEONATOLOGIA da SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA – Consensos Nacionais em Neonatologia. Setúbal: Angelini Farmacêutica, Novembro 2004. ISBN 972-99417-0-X. p.113-116.

- PEREIRA, Adriana. – **Aleitamento Materno, a importância da correcção da pega no processo da amamentação - resultados de um estudo experimental**. Loures: Lusociência. 2006;

- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos**. - Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. Vol. II - Orientações estratégicas, 216 p. ISBN 972-675-108-X;

Vantagens do aleitamento Materno

Para o recém-nascido

O leite materno é o alimento mais completo e adequado para o saudável crescimento e desenvolvimento do RN;

- ✓ Reforça o vínculo entre a mãe e filho, por isso as crianças amamentadas sentem-se menos rejeitadas e mais seguras;
- ✓ Reforça o sistema imunitário da criança;
- ✓ Previne o aparecimento de diarreias;
- ✓ Reduz a incidência de alergias, infecções respiratórias e otites;
- ✓ Reduz o risco do aparecimento na idade adulta de cáries, hipertensão arterial, obesidade, doença cardiovascular, diabetes, doença celíaca, doença inflamatória do intestino, alguns tipos de cancro e outras doenças crónicas;

Para a mãe

- ✓ Facilita a perda do peso ganho durante a gravidez;
- ✓ Contribui para que o útero recupere o seu tamanho normal mais rapidamente favorecendo também para a prevenção das hemorragias pós-parto;
- ✓ Reduz o risco do aparecimento de anemia;
- ✓ Diminui o risco de aparecimento de osteoporose, cancro da mama, ovário e endométrio (útero);
- ✓ Atrasa o retorno à normalidade dos ciclos ovulatórios e menstruais;
- ✓ Amamentar fortalece o vínculo entre mãe e filho e permite à mãe ficar mais tranquila e segura;
- ✓ É mais prático e mais económico! Está sempre pronto a tomar e não requer preparação prévia nem utilização de biberões;

Fonte: www.dgs.pt

Como aumentar a produção de leite

Indicações para aumentar a produção de leite

- A mãe deve amamentar sempre que o RN tenha fome;
- O RN deve esvaziar uma mama até ao fim, só depois a mãe deve oferecer a outra; na mamada seguinte deve alternar;
- Se sentir que a mama ainda tem leite após a mamada deve esvaziá-la;
- A mãe pode amamentar com mais frequência durante alguns dias;
- Amamentar também de noite (a libertação de prolactina é superior durante a noite);
- Retirar o leite, sempre que não esteja com o RN, cada 2 a 3 horas durante o dia e cada 3 a 4 horas no período da noite, procurar esvaziar por 15 minutos cada mama;
- Usar técnicas de relaxamento, como ouvir música, sentar-se confortavelmente antes de retirar o leite;
- Aumentar a ingestão de líquidos (água, sumos) – 1 a 2 copos antes de cada mamada (mais ou menos 8 copos por dia).

1 – OBJECTIVOS

- Uniformizar procedimentos relativos à extracção e conservação do leite materno;
- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na UCSP de Alcântara.

2 - ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Enfermeiros da UCSP de Alcântara - ACES III Lisboa Central

Responsável pela aplicação da norma: Enf.ª Chefe e Enf.ª Margarida Pires

3 - SIGLAS, ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES

ACES- Agrupamentos dos Centros de Saúde

ACMEESIP – Aluna Curso Mestrado Enfermagem Especialização Saúde Infantil e Pediatria

UCSP- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Lactação: Processo Secretor com as características específicas: Processo de síntese e secreção de leite materno pelas glândulas mamárias da mulher; que contém hidratos de carbono, proteínas, gordura em suspensão, vitaminas e minerais; é o alimento base para recém-nascidos e lactentes (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, 2005, p. 73).

Amamentação: Padrão alimentar ou de ingestão de líquidos com as características específicas: Estabelecimento de uma relação maternal adequada com a criança enquanto

a alimenta, dando-lhe leite de mama, ao mesmo tempo que a encoraja, estabelece contacto e compreende o seu temperamento e os sinais precoces de fome (CIPE, 2005, p. 45).

4 - INSTRUÇÃO DE TRABALHO

4.1. INTRODUÇÃO

A amamentação é uma das experiências mais agradáveis para a mãe e para o filho, uma vez que através do contacto físico com a mãe, o bebé tem a experiência do amor, calor e protecção, que favorecem a vinculação. Para além disso, esta experiência é vital para o saudável desenvolvimento psicológico, mental e físico do bebé.

O profissional de enfermagem na consulta de saúde infantil tem um papel fulcral a desempenhar no incentivo à prática da amamentação, nomeadamente no:

- Realçar as vantagens do aleitamento materno.
- Incentivar a mãe a extrair o leite e a conservá-lo quando necessário;
- Ensinar os procedimentos correctos a ter na extracção e conservação do leite materno;
- Ensinar diversos posicionamentos facilitadores da amamentação.
- Esclarecimento de todas as dúvidas.

4.2 EXTRACÇÃO E CONSERVAÇÃO DO LEITE MATERNO

Existem três métodos para extrair o leite materno, nomeadamente:

- ✓ Extracção manual
- ✓ Extracção com bomba manual
- ✓ Extracção com bomba eléctrica

Qualquer que seja o método a utilizar, a mãe deve:

- Lavar as mãos antes de proceder à extracção do leite ou tocar em qualquer

material a ser utilizado;

- Procurar um local sossegado onde esteja confortável e descontraída;
- Ter o bebé perto, ou olhar para uma fotografia dele;
- Colocar uma música relaxante;
- Fazer uma suave massagem no peito, de forma circular, com a ponta dos dedos, para ajudar o leite a fluir. Pode-se utilizar uma toalha com água morna alguns minutos antes de iniciar a extracção;
- Estimular suavemente os mamilos rodando-os entre os dedos;
- Fazer a extracção do leite com intervalos de 2 a 3 horas durante o dia;
- Não ultrapassar o tempo de extracção (expressão ou utilização da bomba) que deve ser cerca de 15 minutos em cada mama, devendo a mãe evitar estar mais de 4 horas sem tirar leite;
- Relativamente à higiene da mama, efectuá-la diariamente (apenas uma vez), evitando esfregar com a toalha, usar cremes, óleos ou sabão, pois estes alteram a humidificação da pele e mamilos, propiciando o aparecimento de lesões. Antes e após a extracção humedecer o mamilo e aréola mamária com o próprio leite.

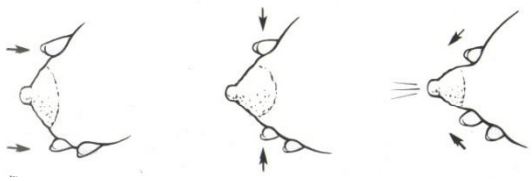
4.2.1 Extracção manual

Ensinar a mãe a proceder à extracção manual do leite cumprindo os seguintes passos:

- Colocar o polegar sobre a parte superior da auréola e o indicador sob a auréola mamária; pressionar em direcção ao tórax (costelas). Pressionar o polegar e os outros dedos, de forma a apertar o seio. Fazer pressão em direcção ao mamilo;
- O leite deve começar a sair, primeiro em pequena quantidade e depois em maior quantidade;

- Rodar a mão à volta da auréola, de forma a alcançar todas as partes da mama. Retire primeiro de uma mama e depois da outra;

É importante informar a mãe que não deve avaliar a produção de leite pela quantidade que conseguir extrair e que de um modo geral, poderá conseguir extrair mais leite durante o período da manhã.



4.2.2- Extracção do leite materno com bomba

A extracção com bomba é adequada para a recolha do leite, numa altura em que a mãe se tenha ocasionalmente de separar do bebé e também no caso de voltar ao trabalho. A bomba deverá ser pequena e de fácil lavagem, poderá ser eléctrica, a pilhas ou manual.

Ensinar aos pais que as peças da bomba e o frasco ou biberão onde vão armazenar o leite, devem ser lavados com água quente e detergente e esterilizados.

4.2.3- Conservação do Leite Materno

- Transferir o leite extraído para um biberão de plástico ou saco especial para o efeito (à venda nas farmácias);
- Colocar uma etiqueta no recipiente, com a data e a hora a que o leite foi recolhido, de forma a poder utilizar primeiro, o leite mais antigo;
- Fraccionar as quantidades de leite de acordo com as necessidades nutricionais do bebé, para 24 horas;
- Colocar o recipiente no frigorífico ou congelador (temperatura de - 20º);

- Lavar com água quente e detergente todas as peças da bomba de leite, que tenham entrado em contacto com o leite. Enxaguar bem com água limpa;
- O leite materno acabado de extrair contém factores anti-bacterianos, que permitem a sua conservação à temperatura ambiente durante 6 horas;
- Em casa o leite materno pode ser conservado no frigorífico durante 48 horas e no congelador até 3 meses (ter em atenção se o congelador conserva o leite por esse tempo: 1 mês por cada estrela) e até 6 meses na arca congeladora;
- Os recipientes devem ser colocados no congelador de forma dispersa e separadamente para que ocorra uma congelação uniforme;
- O descongelamento do leite deve ser feito no frigorífico, ou em caso de urgência num recipiente em água tépida (banho-maria);
- Após retirar do congelador pode ser conservado no frigorífico por 24 horas;
- Para aquecer o leite utilizar um aquecedor de biberões, água quente corrente ou banho-maria;
- Agitar o biberão uniformemente e verificar a temperatura do leite na face interna do punho antes de dar ao bebé;
- O transporte do leite materno, em viagens ou passeios, deve fazer-se em saco térmico com placas, ou cubos de gelo;
- Após descongelar, nunca voltar a congelar o leite;
- Não reaquecer o leite devido ao risco de crescimento de bactérias;
- Não utilizar o microondas para descongelar ou aquecer o leite materno. O leite, que não seja aquecido uniformemente poderá conter pontos quentes, que poderão queimar o bebé. Além disso o microondas pode alterar as proteínas e destruir alguns componentes protectores do leite.

5 – REFERÊNCIAS BILIOGRÁFICAS

- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS – **Classificação internacional para a prática de enfermagem - CIPE Versão 1.0** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2005;

- LEVY, L. & BÉRTOLO, H. – **Manual de Aleitamento Materno**. ed. revista. Lisboa: Comité Português para a UNICEF, 2008, p.8;

- MOLEIRO, A; Gomes, A; Nona, M. – **Aleitamento Materno** in SECÇÃO DE NEONATOLOGIA da SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA – Consensos Nacionais em Neonatologia. Setúbal: Angelini Farmacêutica, Novembro 2004. ISBN 972-99417-0-X. p.113-116;

- OMS/UNICEF - **Manual do Curso de aconselhamento em Amamentação: Um curso de treinamento.** Universidade Nova de Lisboa, Tradução de Cristina do Monte; Edição revista Maio 1997.

ANEXO VII

Folheto Informativo - O Aleitamento Materno

Métodos para recolha do leite Materno

Conservação do Leite Materno

- À temperatura ambiente, durante 6 horas;
- No frigorifico durante 48 horas;
- No congelador do frigorifico, durante 3 meses:
- No congelador independente do frigorifico ou na arca até 36meses;
- Quando o leite não é dado ao bebé nas 24 horas seguintes à recolha, deve proceder-se à sua congelação.
- Quando armazenar o leite, tenha em atenção, que o deverá identificar com a data no qual foi extraído, para poder utilizar sempre em primeiro o leite extraído há mais tempo.



Para congelar o leite, deve usar sacos de plásticos adequados que poderá adquirir numa farmácia

Utilização do Leite Materno Congelado

- Descongelamento lento, no frigorifico. Nunca descongelar ou aquecer no microondas.

Depois de descongelado, terá de usar o leite num período de 24 horas. Caso contrário, terá de o deitar fora.

Elaborado por ACMEESIP Joana Rainha, orientado por a Sr.ª. Enf.ª Especialista de Saúde Infantil Margarida Pires

Maio, 2010

Centro de Saúde Alcântara

O Aleitamento Materno



Unidade de Cuidados Personalizados de Alcântara

O leite materno é um alimento completo nas melhores condições de higiene e temperatura. É seguro e económico.

Vantagens do leite materno para a mãe

- Facilita a recuperação do útero;
- Facilita a perda de peso ganho durante a gravidez;
- Diminui o risco de aparecimento de osteoporose, cancro da mama, ovário e endométrio (útero);
- Atrasa o retorno à normalidade dos ciclos ovulatórios e mestruais;
- Fortalece o vínculo entre mãe e filho.

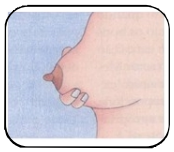
Vantagens do leite materno para o seu filho



Recomenda-se o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de vida!

Contém todos os nutrientes que o seu filho necessita!

Métodos para Recolha do Leite Materno



Extracção Manual



Extracção com bomba manual



Extracção com bomba eléctrica

Extracção Manual

1. Começar por fazer uma massagem leve e agradável, para estimular o reflexo de descida;
2. Colocar o polegar por cima da mama e os dois primeiros dedos por baixo;



3. O polegar e os outros dedos devem encontrar-se a cerca de dois centímetros e meio dos mamilos, para que fiquem posicionados sobre os ductos lactíferos;
4. Depois, deve-se rodar o polegar e os outros dedos para fora, para que o leite existente nos ductos saia;
5. Quando o leite descer, deve-se rodar a mão em torno da mama;
6. O movimento rotativo evita hematomas ou abrasões da pele;
7. Repetir este movimento até esvaziar os ductos ou o reflexo de descida diminuir.
8. Extrair do leite do segundo peito e repetir o processo.

Deve ser feito de 4/4 horas durante o dia e mais espaçadamente à noite para poder descansar.

ANEXO VIII

Formulário para Observação da Mamada

FORMULÁRIO PARA OBSERVAÇÃO DA MAMADA

Nº Processo _____ Data _____/_____/_____

Nome da Mãe _____

Nome do Bebé _____ Idade _____

Sinais Amamentação sem dificuldades		Sinais Amamentação com dificuldades	
Mãe			
Mãe parece relaxada	☐	Mãe parece doente ou depressiva	☐
Mãe relaxada e confortável	☐	Mãe parece tensa e desconfortável	☐
Sinais de vinculação entre mãe e bebé	☐	Sem contacto visual entre a mãe e bebé	☐
Criança			
Criança parece saudável	☐	Criança parece doente ou sonolenta	☐
Criança calma e relaxada	☐	Criança que está agitada ou chora	☐
Criança roda e procura a mama se tem fome	☐	Criança que não roda nem procura a mama	☐
Anatomia da mama			
Mamas aparentemente sãs	☐	Mama ruborizada, cheia ou inflamada	☐
Nenhuma dor ou desconforto	☐	Mama ou mamilos doridos	☐
Mama sustida com dedos longe do mamilo	☐	Mama sustida, com dedos sobre a aréola	☐
Posição da criança			
Cabeça e corpo da criança em linha	☐	Cabeça e corpo da criança rodados	☐
Criança junto do corpo da mãe	☐	Criança afastada do corpo da mãe	☐
Todo o corpo da criança sustido	☐	Criança sustida apenas pela cabeça e pescoço	☐
Criança à mama com o nariz frente ao mamilo	☐	Criança à mama, com lábio inferior/queixo frente ao mamilo	☐
Pega da Criança			
Mais aréola visível acima do lábio superior	☐	Mais aréola visível abaixo do lábio inferior	☐
Boca bem aberta	☐	Boca da criança pouco aberta	☐
Lábio inferior virado para fora	☐	Lábio inferior virado para dentro	☐
Queixo da criança toca a mama	☐	Queixo da criança não toca a mama	☐
Sucção			
Sucção lenta e profunda, com pausa	☐	Sucção rápida e superficial	☐
Bochechas arredondadas quando mama	☐	Bochechas côncava quando mama	☐
Criança Afaste-se da mama quando termina	☐	Mãe tira o bebé da mama	☐
Mãe com sinais de reflexo da ocitocina	☐	Mãe sem sinais de reflexo de ocitocina	☐

Formulário adaptado de UNICEF/WHO - *Beastfeeding promotion and support in baby friendly hospital* (2008)

ANEXO IX

Sessão de Formação "O Aleitamento Materno – Teoria do Conforto":

A – Plano de Sessão

B – Dispositivos

C – Avaliação da Sessão

PLANO DE SESSÃO

Tema da Sessão	***ALEITAMENTO MATERNO*** ***- TEORIA DO CONFORTO -***
População-Alvo	Enfermeiros e Médicos do Centro de Saúde de Alcântara (USF e USCP)
Formadora (s)	Joana Rainha (Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria) Helena Saraiva (Perita) (Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria)
Objectivo Geral **Objectivos Específicos**	Promover o conforto da criança/família no contexto físico com a melhoria da prática do aleitamento materno (AM). Que os formandos no final da sessão sejam capazes de: 1. Identificar as necessidades de conforto de acordo com a Teoria do Conforto de Kolcaba, na UCSP de Alcântara; 2. Enumerar as vantagens da promoção e manutenção do aleitamento materno; 3. Enumerar os recursos existentes, actualmente, nos acessórios para uma amamentação.
Indicador de Avaliação	• Pelo menos 2 respostas correctas dada a cada pergunta feita no final da sessão • Pelo menos 50% (20) das pessoas estimadas (40) compareçam à sessão
Duração	60 Minutos
Data/Hora	2 de Junho de 2010 às 13h30
Local	Sala Comum do Centro de Saúde de Alcântara

Fases da Sessão	Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas	Recursos Didácticos	Tempo
Introdução	Apresentação da formadora inicial e perita convidada	Método Expositivo	Computador Data show	1 min
	Enquadramento do estágio e justificação da temática	Método Expositivo	Computador Data show	1 min
	Objectivos	Método Expositivo	Computador Data show	1 min
Desenvolvimento	Definição, duração e vantagens do Aleitamento Materno	Método Expositivo e Activo	Computador Data show	5 min
	Factores que influenciam o Aleitamento Materno	Método Expositivo e Activo	Computador Data show	5 min
	Manutenção do Aleitamento Materno	Método Expositivo e Activo	Computador Data show	5 min
	Extracção e Conservação do Leite Materno	Método Expositivo e Activo	Computador Data show	8 min
	Apoio Familiar durante o Aleitamento Materno	Método Expositivo e Activo	Computador Data show	5 min
Conclusão	Síntese	Método Activo	Computador Data show	2 min
	Avaliação	Método Expositivo e Activo	Computador Data show	2 min
	Esclarecimento de dúvidas e reflexão	Método Activo	Computador Data show	5 min
	Entrega de certificados e discussão da documentação		Certificado Apresentação dos trabalhos elaborados durante o estágio	10 min
	Representante da Medela		Expositivo Amostras	10 min



"O Aleitamento Materno" - Teoria do Conforto"

Elaborado por ACMEESIP Joana Rainha
Orientado por EESIP Margarida Pires

2 de Junho, 2010

Aleitamento Materno



- **Objectivo Geral:**
  - Promover o conforto da criança/família no contexto físico - prática do aleitamento materno.
- **Objectivos Específicos**
  - Identificar as necessidades de conforto de acordo com a Teoria do Conforto de Kolcaba, na UCSP de Alcântara;
  - Enumerar as vantagens da promoção e manutenção do aleitamento materno;
  - Enumerar os recursos existentes, actualmente, nos acessórios para uma amamentação.



O Porquê do tema...Aleitamento Materno

- Observação directa e Diagnóstico da Situação com um levantamento das necessidades de conforto de acordo com a estrutura taxonómica da Teoria.

		TIPO DE CONFORTO (ESTADOS)		
		Alívio	Tranquilidade	Transcendência
CONTEXTO DO CONFORTO	Físico			
	Psicoespiritual			
	Sociocultural			
	Ambiental			



Premissas da Teoria do Conforto





Aleitamento Materno

- Necessidades de conforto físico não satisfeitas pela criança/família na UCSF de Alcântara, no âmbito do aleitamento materno.

Alívio

✓ Introdução precoce do leite artificial;

✓ Posicionamento incorrecto durante a amamentação.

Tranquilidade

✓ Dúvidas dos pais acerca do aleitamento materno;

✓ Taxa elevada de abandono do aleitamento materno.



Aleitamento Materno

Segundo dados da OMS (2002) em todo o mundo apenas 35% dos lactentes são alimentados exclusivamente com leite materno nos primeiros quatro meses de vida iniciando-se a alimentação complementar demasiado cedo.

Em Portugal, estudos das últimas décadas (1990 e 2000) sugerem que a maioria das mães decide amamentar, verificando-se elevadas percentagens de aleitamento materno à saída da maternidade.

Contudo, existe uma queda acentuada da sua prática nos primeiros meses de vida do lactente.

Aleitamento Materno



- **Num estudo realizado na área de abrangência do Hospital Garcia da Horta, constatou-se que:**
  - 99,2 % das mães amamentam à saída da maternidade;
  - 85,6% no primeiro mês;
  - 54,5% no terceiro mês e,
  - 30,4 % aos seis meses de idade

(Gomes & Rocha, 1998).

Números longe do preconizado pelo Ministério da Saúde e por organizações internacionais, para a duração do aleitamento materno.

Aleitamento Materno



A OMS e a UNICEF , recomendam o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até aos 6 meses de vida e a manutenção da amamentação com outros alimentos até aos 2 anos de idade ou mais.

(OMS & UNICEF 1995)

- **Em Portugal, a Direcção-Geral de Saúde estabeleceu como meta para 2010** que 50% das mulheres pratiquem o aleitamento materno exclusivo, até aos 3 meses (DGS, 2004). Para atingir estes objectivos determinou como estratégia o incentivo do aleitamento materno, junto da "família, infantário, amas, local de trabalho, instituições de acolhimento e das unidades de saúde" (DGS, 2004, p. 29-30).

Aleitamento Materno



- **Segundo a OMS (1989), entre os 4 e os 6 meses, as necessidades de energia da criança são atendidas com o leite materno**, com excepção dos bebés de muito baixo peso ao nascer, que podem necessitar de suplemento de ferro e das crianças amamentadas por mães com deficiências específicas de vitaminas e minerais.

- **Em Portugal, o Ministério da Saúde no documento Plano Nacional de Saúde – Orientações Estratégicas para 2004-2010**, refere que *" será dado destaque ao aleitamento materno como um critério de qualidade dos cuidados de saúde perinatais"* visando a melhoria dos indicadores do período perinatal (2004, p.16).

- **O documento Plano Nacional de Saúde – Prioridades para 2004-2010 – Mais Saúde para todos**, *define um período de 6 meses de duração do aleitamento materno* como meta prioritária para 2010.

Reflexão Final



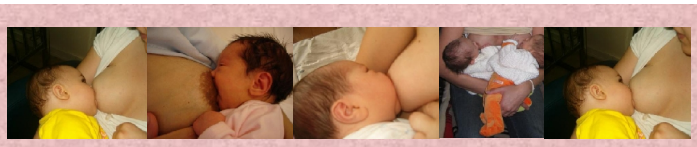
- **Amamentar é uma técnica que exige aprendizagem e prática e nem sempre é fácil o seu início.**

As altas precoces, originam um regresso ao domicílio quando a amamentação ainda não se encontra bem estabelecida.

Daí a importância do papel do enfermeiro, após a alta hospitalar no apoio e suporte ao aleitamento materno.

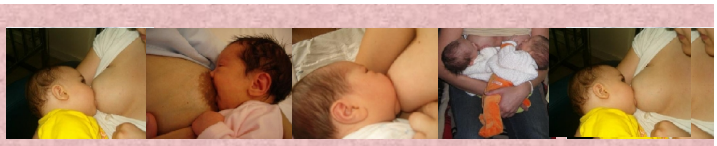
Promover o aleitamento materno pelo menos até aos três meses de vida é referido como intervenção de enfermagem pela OE, sendo um indicador – o número de crianças alimentadas com leite materno até aos três meses de vida (2004). A amamentação é definida como um foco de atenção da enfermagem.





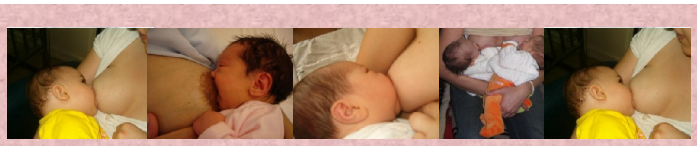
SUMÁRIO

- Definição, duração e vantagens do aleitamento materno;
- Factores que influenciam o aleitamento materno;
- Amamentação nas diversas culturas;
- Manutenção do aleitamento materno;
- Extracção e conservação do leite materno;
- Apoio familiar durante a amamentação.



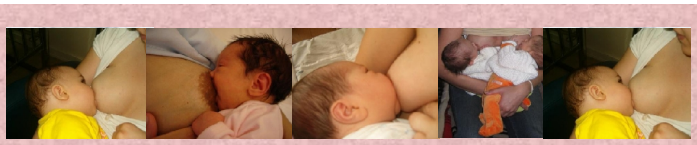
OBJECTIVOS GERAIS

- Promover o aleitamento materno no primeiro ano de vida da criança.
- Sensibilizar os enfermeiros para a pratica do aleitamento materno.
- Actualizar os conhecimentos dos enfermeiros sobre o aleitamento materno.



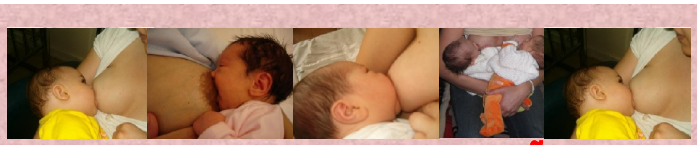
ALEITAMENTO MATERNO

- Conjunto de processos nutricionais, comportamentais e fisiológicos, envolvidos na ingestão, pela criança, do leite produzido pela própria mãe, seja directamente na mama ou por extracção artificial.



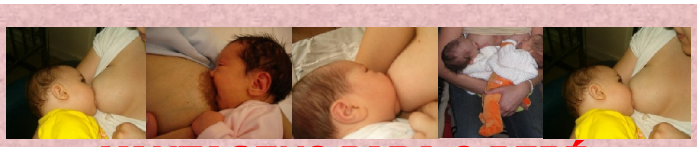
ALEITAMENTO MATERNO

- É a melhor forma de alimentar e interagir com o bebé, tem inúmeras vantagens a curto, médio e a longo prazo, para a mãe, criança, família e ambiente, pelo que se recomenda o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até aos 6 meses de vida e a manutenção da amamentação com outros alimentos até aos 2 anos de idade ou mais.



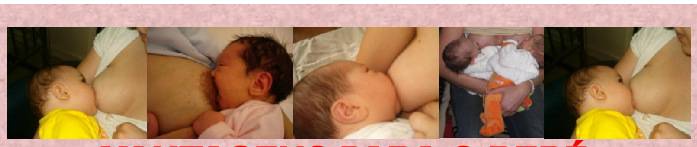
VANTAGENS PARA A MÃE

- Reduz o sangramento pós-parto;
- Promove uma recuperação rápida após o parto;
- Reduz o risco de cancro da mama, ovários e do útero, de osteoporose ou fracturas da anca;
- Estabiliza os níveis de açúcar nas mães diabéticas;
- Diminui a probabilidade de ter depressão.



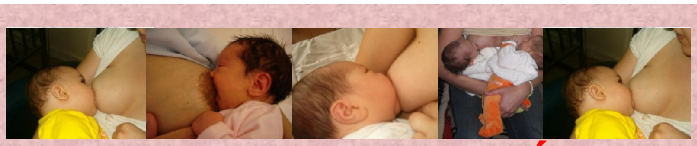
VANTAGENS PARA O BEBÉ

- Promove a vinculação;
- Evita a alergia às proteínas do leite de vaca e outras;
- Protege das infecções como: constipações, otite, bronquite, pneumonia, infecções das vias urinárias, diarreia e gastroenterites;
- Reduz o risco de obesidade na adolescência e idade adulta.



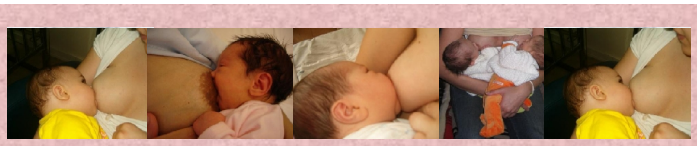
VANTAGENS PARA O BEBÉ

- Diminui a probabilidade de alguns tumores, doença celíaca, arteriosclerose, diabetes, doença de *crohn* e colite ulcerosa;
- Favorece um adequado crescimento da estrutura dentária e desenvolvimento da função respiratória, mastigação e fala;
- Favorece o desenvolvimento psicomotor nas crianças, com aumento do QI.



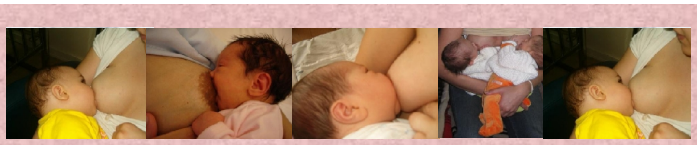
VANTAGENS PARA A FAMÍLIA

- Mais económico;
- Está sempre à temperatura ideal;
- Está sempre pronto;
- Menores preocupações com a saúde do bebé.



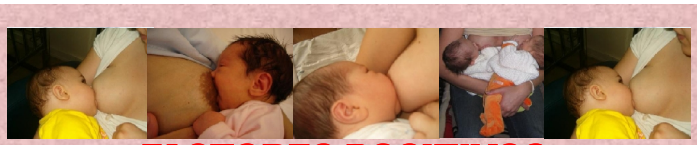
VANTAGENS PARA O AMBIENTE

- É o alimento mais ecológico, uma vez que é produzido, transmitido e consumido sem poluição nem subprodutos residuais;
- Não consome energia nem recursos naturais;
- Não contamina a água, nem requer água eventualmente contaminada para a sua preparação.



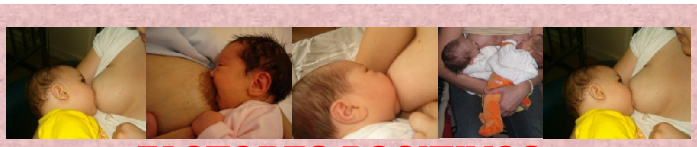
FACTORES QUE INFLUENCIAM O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO





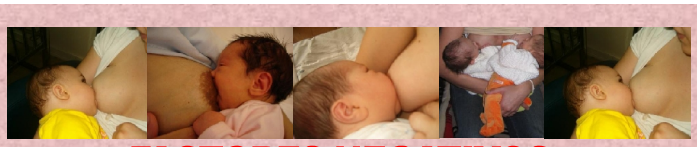
FACTORES POSITIVOS

- Classe socio-económica e/ou escolaridade mais alta;
- Apoio emocional, económico, social e familiar;
- Sucesso na amamentação de filhos anteriores;
- Parto eutócico e primeira mamada nos primeiros 30 minutos e uma boa técnica de amamentação.



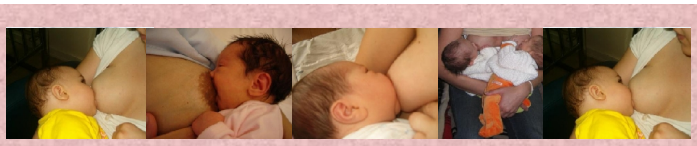
FACTORES POSITIVOS

- Alojamento conjunto e amamentação em horário livre;
- Promoção do aleitamento materno e a orientação das mães nas consultas pré-natais;
- Método mãe-canguru.



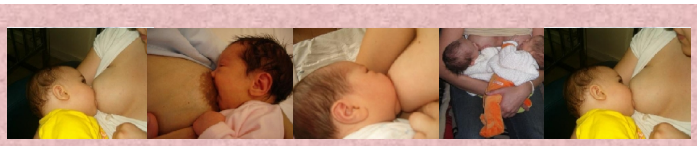
FACTORES NEGATIVOS

- Indiferença e ignorância do pessoal de saúde;
- Normas hospitalares desmotivantes;
- Acompanhamento insuficiente no domicílio e fraco apoio comunitário;
- Influência dos produtores de leites;



FACTORES NEGATIVOS

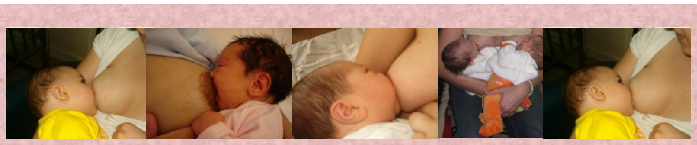
- O uso da chucha e do biberão como forma alternativa ao aleitamento materno;
- Dar água e/ou chá;
- Regresso ao trabalho;
- Hospitalização da criança.



AMAMENTAÇÃO NAS DIVERSAS CULTURAS

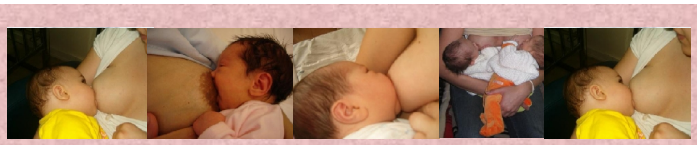
A prática do aleitamento materno é fortemente influenciada pela cultura, pois as crenças têm um papel importante na determinação do comportamento e ajustamento emocional à vida.





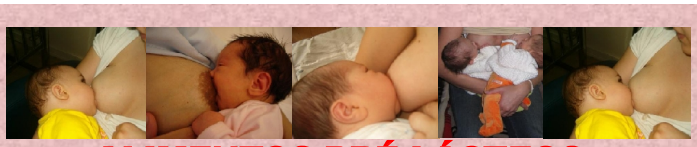
CULTURA CIGANA

- A criança alimenta-se do leite materno, pois a criança precisa de muita força que é dado pelo leite da mãe;
- O aleitamento geralmente dura alguns anos, até quando a criança quiser;
- O marido fica muito ofendido, se a mulher quiser deixar de amamentar o filho.



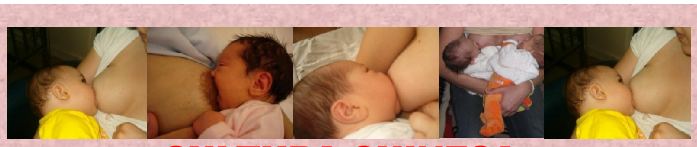
CULTURA INDIANA

- O aleitamento materno é universal e de longa duração, em média 23 meses;
- Não praticam o aleitamento materno exclusivo, nem o iniciam logo a seguir ao parto como é recomendado;
- Substituem o colostro por alimentos pré-lácteos, por o considerarem perigoso para o bebé.



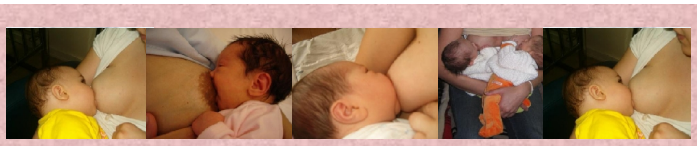
ALIMENTOS PRÉ-LÁCTEOS

- São os alimentos ou bebidas oferecidas ao RN durante os primeiros três dias de vida, antes de a mãe iniciar a amamentação.
- Podem ser: mel, água açucarada, glicose, açúcar mascavado. Fazem localmente misturas de várias ervas: cominho, cardamono, noz moscarda, assa-fétida, alcaravia, canela e semente de anis.

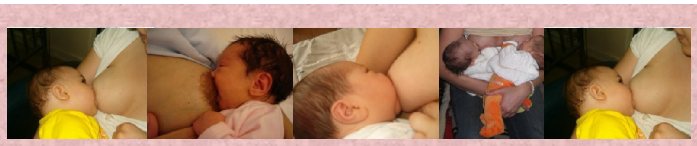


CULTURA CHINESA

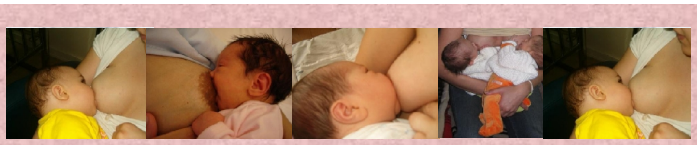
- A mãe tradicionalmente amamenta os filhos 1 a 3 anos, pois acredita que o leite materno:
  - É o melhor para o bebé;
  - Promove a imunidade do bebé;
  - Promove a involução uterina;
  - É facilmente absorvido pelo bebé;
  - Ajuda a relação entre mãe e filho.



- A maioria introduz leite em pó ou água nos primeiros três dias de vida da criança e continuam a dar-lhe como suplemento ao leite materno, devido a:
  - Não aceitar do colostro;
  - Achar que o seu leite não é suficiente;
  - O pai da criança poder alimentar o filho;
  - Amamentar durante muito tempo causa dor nas costas.

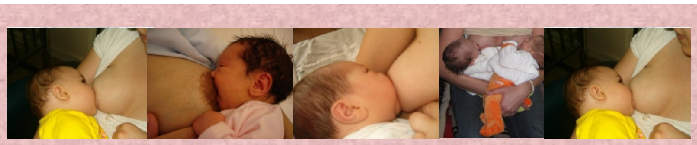


- A mãe durante a amamentação:
  - Deve comer bem, ter uma alimentação rica em proteínas para estimular a produção láctea;
  - Evitam os vegetais e as frutas que consideram quentes, que podem provocar diarreia e tosse, podendo transmitir ao bebé através do leite materno.



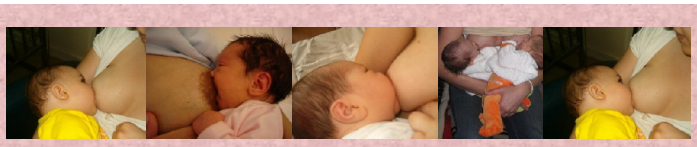
.

- Alimentos que estimulam a produção láctea:
  - Beber 2x/dia a água da cozedura de papaia com vinho de arroz e gengibre.
  - Beber regularmente a água da cozedura de erva-doce, que no final se junta vinho de arroz.
  - Beber água onde se cozeu peixe à qual se junta gengibre.
  - Beber o caldo onde foram cozinhados amendoins com pés de porco.



CULTURA AFRICANA

- Praticam o aleitamento materno até tarde cerca dos 12 – 15 meses, mas não exclusivamente, mesmo nos primeiros meses de vida, introduzindo precocemente água simples ou açucarada, e chá.
- Meninas até aos 18 meses – quentes em adultas
- Meninos até aos 2 anos

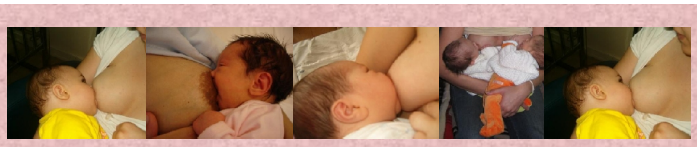


Desmame:

- Depende das condições de cada bebé. Quando a criança come tudo, três ou quatro vezes ao dia.

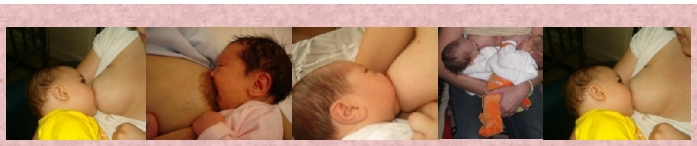
Desmame obrigatório:

- Nova gravidez – é prejudicial para o bebé, podendo provocar diarreia e perda de peso;
- A mãe ter pouco leite;
- Efeitos negativos da amamentação na saúde materna – perda de peso materno e dores nas costas.

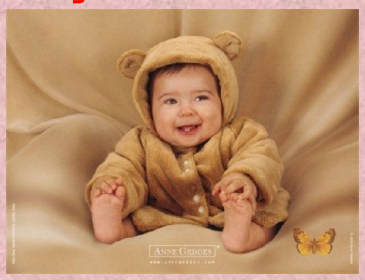


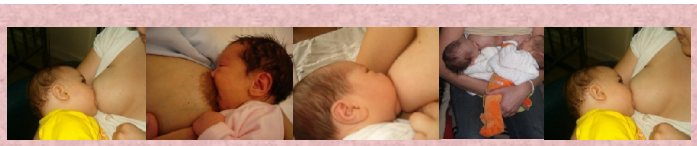
MUNDO ÁRABE-MUÇULMANO

- Há o parentesco que se forma através do leite – o parentesco de leite.
- Dessa forma, duas pessoas amamentadas pela mesma mulher, mesmo sem terem uma relação de consanguinidade, recebem através do leite a substância paternal e passam a ter uma identidade de substância, tornando-se assim 'idênticas', não podendo casar entre si.



MANUTENÇÃO DO ALEITAMENTO



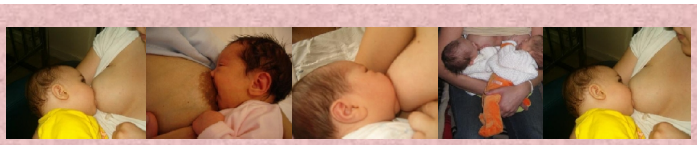


POSIÇÃO DO BEBÉ

- O bebé deve estar alinhado, a cabeça e coluna em linha recta, no mesmo eixo.
- A boca do bebé deve estar de frente para o mamilo.
- Barriga do bebé encostada ao corpo da mãe

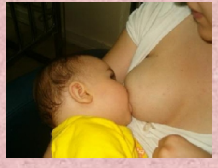


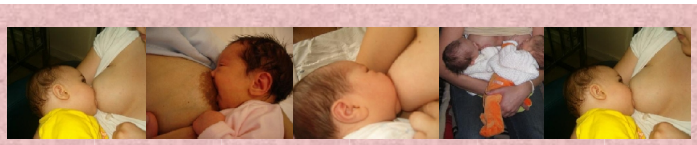




BOA PEGA

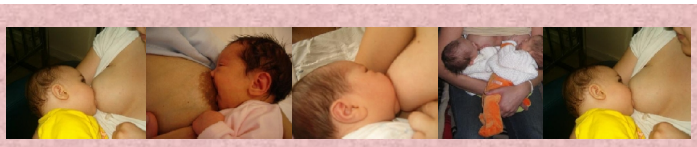
- Boca bem aberta, lábios virados para fora e o queixo deve tocar a mama da mãe;
- O bebé deve abarcar o mamilo e aréola mamária.





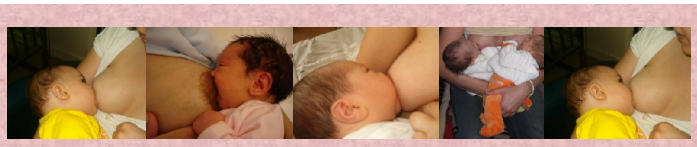
HORÁRIO E DURAÇÃO DAS MAMADAS

- Sempre que o bebé quiser, de dia ou de noite, podendo mamar dez ou doze vezes em vinte e quatro horas;
- Deve mamar o tempo que quiser;
- Deve ser o bebé a deixar a mama.

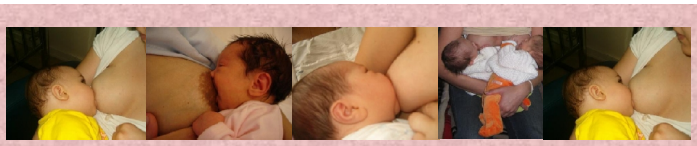


ALGUNS CUIDADOS A TER DURANTE A AMAMENTAÇÃO

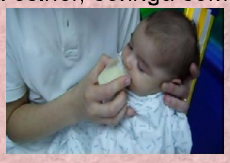
- A mãe deve esvaziar totalmente uma mama;
- Alimentação saudável e fraccionada;
- A mãe não necessita de lavar as mamas sempre que dá de mamar, basta uma boa higiene pessoal diária, evitando o uso frequente de sabão e cremes no mamilo e aréola.

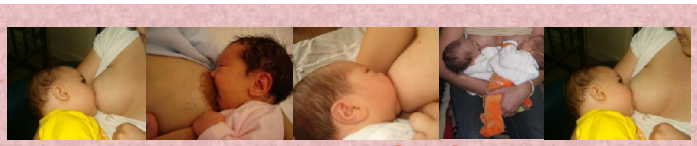


- Deve untar os mamilos com o leite materno, antes e após cada mamada;
- Não é aconselhável usar a chucha ou tetina;
- Não é necessário dar água ou chá ao bebé;
- Os pais devem estar preparados para os surtos de crescimento, em que o bebé tem mais fome, querendo mamar mais vezes.



- Quando a mãe tem que voltar ao trabalho, não necessita de abandonar o aleitamento materno:
  - Pode extrair manual ou com bomba manual ou eléctrica e conservar o leite.
- Deve ser dado à colher, seringa sem agulha ou por copo.

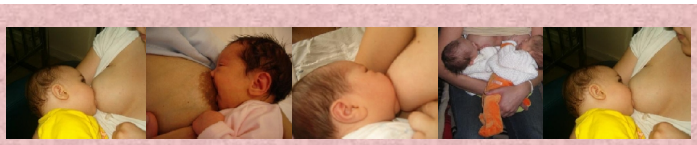




ARMAZENAMENTO DO LEITE

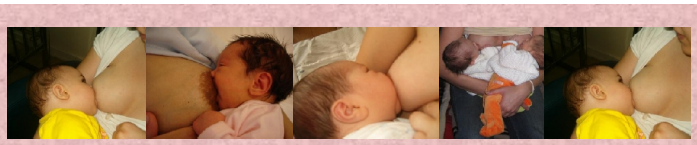
Local de conservação	Tempo de conservação
Temperatura ambiente	até 8 horas
Frigorífico: 0 – 4º	8 dias
Congelador de um frigorífico com uma porta	2 semanas
Congelador de um frigorífico com duas portas	até 4 meses
Arca frigorífica	6 meses

- Recipiente de plástico próprio.
- Quando transportado deve ser em saco térmico frio.



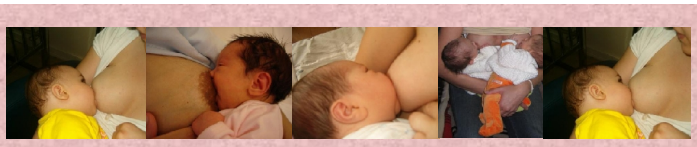
DESCONGELAMENTO DO LEITE MATERNO

- Deve ser feito lentamente no frigorífico;
- Colocar o recipiente com o leite de baixo de água fria, aumentando gradualmente a temperatura da água até ficar morna, sem ser quente;
- Depois de descongelado deve ser utilizado no prazo de 24 horas.



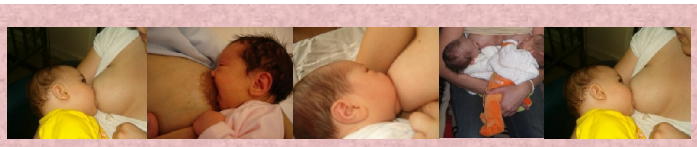
AQUECIMENTO DO LEITE MATERNO

- Agitar o recipiente com o leite debaixo da torneira de água quente;
- Nunca usar microondas, nem ferver, pois destrói alguns constituintes do leite;
- Não aquecer em banho-maria;
- O leite depois de aquecido não deve permanecer à temperatura ambiente mais do que uma hora.



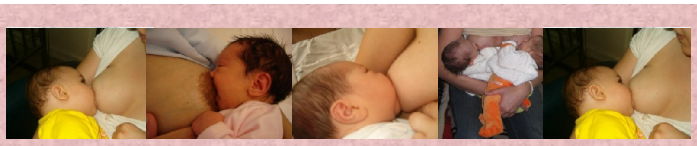
APOIO FAMILIAR DURANTE A AMAMENTAÇÃO





PAI

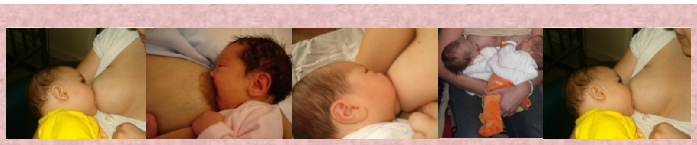
- Cuidar da criança, permitindo que a mãe descanse;
- Participar no momento da amamentação, estando presente, acariciando e tocando o bebé, a fim de aumentar o vínculo afectivo entre mãe/filho/pai;
- Cuidar dos outros filhos;
- Controlar as visitas.



AVÓS

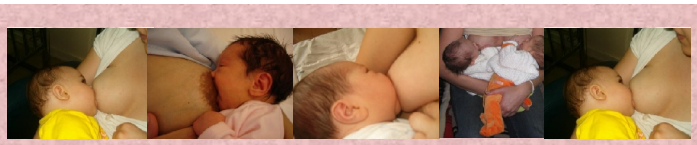
- Apoiar a criança e família em caso de doença;
- Prestar cuidados aos netos;
- Ajudar a mãe nas tarefas domésticas, ficando esta mais livre para amamentar.

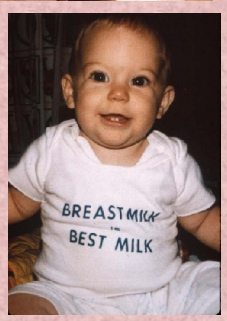




REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bobac, I., Lowdermilk, D., Jensen, M. (1999). *Enfermagem na maternidade* (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Galvão, D. M. P. G (2006). *Amamentação bem sucedida: Alguns factores determinantes*. Loures: Lusociência.
- Kenner, C. (2001). *Enfermagem neonatal* (2ªed.). Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores.
- Levy, L. & Bértolo, H. (2007). *Manual de aleitamento materno* (ed. rev.). Lisboa: Comité Português para a UNICEF.
- Saraiva, H. (2010). Aleitamento materno – Manutenção e Promoção. Lisboa: Lidel.
- Silva, I. A. (2001). O profissional reconhecendo a família como suporte social para a prática do aleitamento materno. *Família Saúde Desenvolvimento, 3 (1),* 7-14.
- UNICEF (2007). *Promovendo o aleitamento materno (2ª ed.).* Brasilia: Zelo Editorial





Obrigada pela vossa presença e participação.

Helena Saraiva

	FORMAÇÃO – AVALIAÇÃO DA SESSÃO "ALEITAMENTO MATERNO – Teoria do Conforto"	USCP Alcântara

Tema ALEITAMENTO MATERNO – Teoria do Conforto

Acção tipo: Actualização/ Aprendizagem **Duração** 60 minutos Data 02/06/2010

Formador (es) A: Joana Isabel Rainha (ACMESIP) **B:** EESIP Helena Saraiva (perita convidada)

Coloque uma Cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, para cada uma das afirmações que se seguem

APRECIAÇÃO GLOBAL	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas			50%	50%
2. Os objectivos da sessão foram atingidos			40%	60%
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil				100%
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos				100%
5. A teoria foi relacionada com a prática			20%	80%
6. A formação apresentou nível técnico-científico				100%
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes			10%	90%

	FORMAÇÃO – AVALIAÇÃO DA SESSÃO "ALEITAMENTO MATERNO – Teoria do Conforto"	USCP Alcântara

ORGANIZAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
8. A documentação distribuída/ disponibilizada possui qualidade				100%
9. Os meios audiovisuais utilizados foram adequados				100%
10. As instalações foram adequadas				100%
11. A duração da formação foi adequada				100%
12. O horário da formação foi adequado				100%
13. A divulgação da formação foi suficiente				100%

Classifique os **formadores** utilizando a seguinte escala: 1- Insuficiente 2- Suficiente 3- Bom 4- Muito Bom

FORMADORES E METODOLOGIA	A		B	
14. Domínio dos conteúdos apresentados	3 (80%)	4 (20%)	3 (80%)	4 (20%
15. Facilidade de transmissão de conhecimentos	3 (80%)	4 (20%)	3 (80%)	4 (20%)
16. Capacidade de motivar e despertar interesse nos formandos	3 (90%)	4 (100%)	3 (80%)	4 (20%)
17. Interacção com o grupo	3 (80%)	4 (20%)	3 (70%)	4 (10%)
18. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas		4 (100%)		4 (100%)
19. Gestão do tempo		4 (100%)		4 (100%)
20. Pontualidade		4 (100%)		4 (100%)

	FORMAÇÃO – AVALIAÇÃO DA SESSÃO “ALEITAMENTO MATERNO – Teoria do Conforto”	USCP Alcântara

COMENTÁRIOS

21. Dentro da temática apresentada, refira dois aspectos que considerou importantes para o seu desenvolvimento

As unidades de contexto referidas nesta categoria foram:

- ✓ 60% Aquisição de novos conhecimentos;
- ✓ 25% Apresentação de material acessório à amamentação;
- ✓ 10% Apresentação das diferenças culturais no aleitamento materno;
- ✓ 5% Não respondeu.

22. Dentro da temática apresentada, refira dois aspectos que considerou menos importantes

- ✓ 100% Não respondeu.

23. Comentários e sugestões de melhoria

- ✓ 10 % Formação bem estruturada;
- ✓ 30% Fazer no futuro mais formações relacionadas com o tema.
- ✓ 70 % Não respondeu.

Obrigado pela sua participação.

ANEXO X

Estrutura Taxonómica da Teoria do Conforto no Módulo II

Quadro 2 - Estrutura Taxonómica da TC com o levantamento das necessidades de conforto da criança/família no Módulo II na UCERN.

		TIPO DE CONFORTO (ESTADOS)		
		Alívio	**Tranquilidade**	**Transcendência**
CONTEXTO DO CONFORTO	**Físico**	• Agitação motora; • Dor; • Pele peri-estoma macerada.	• Falta de recursos materiais para o tratamento da criança com estoma intestinal.	
	Psicoespiritual			• Necessidade dos pais serem autónomos nos cuidados aos estomas; • Ansiedade e angústia dos pais.
	Sociocultural		• Desconhecimento acerca dos recursos da comunidade.	
	Ambiental			

ANEXO XI

Formulário de Avaliação de Feridas

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE
HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA
Pediatria Médica 5.1
Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE FERIDAS

Avaliação Inicial

Colar vinheta

Idade:

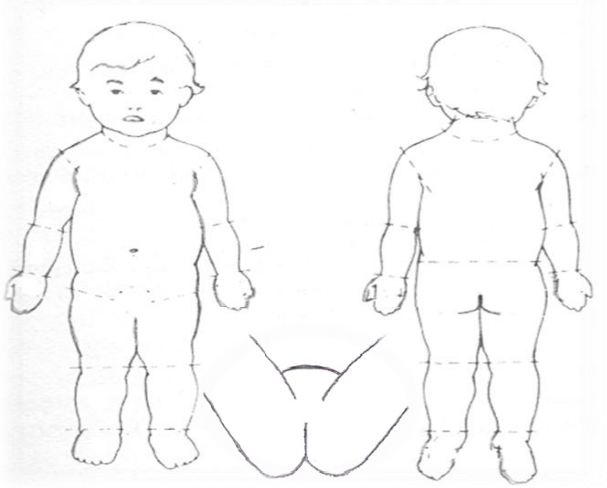
Origem da Ferida:

- ❑ Neste Serviço
- ❑ Bloco Operatório
- ❑ Noutro Serviço
- ❑ Noutro Hospital

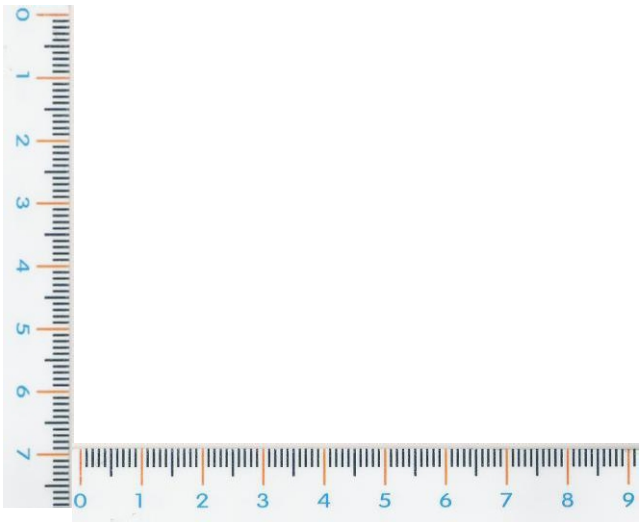
TIPO DE FERIDA: ❑ Úlcera de Pressão

- ❑ Ferida Cirúrgica
  - ❑ Estoma Intestinal
  - ❑ Estoma Gástrico (PEG nº ___ / Botão Gástrico nº _____)
  - ❑ Traqueotomia (Cânula nº _____)
  - ❑ Sutura Operatória
  - ❑ Cateter Venoso Central (Broviac / Percutâneo / Epicutâneo)
- ❑ Outras: _____

LOCALIZAÇÃO DA FERIDA
(Local anatómico. Faça um círculo para marcar o local)



FORMA / DIMENSÃO
(Avalie registando o comprimento e largura em cm)



Legenda da Figura:					
I	Ileostomia	G	Gastrostomia	LH	Lesão por humidade
C	Colostomia	T	Traqueotomia	Q	Queimadura
J	Jejunostomia	UP	Úlcera Pressão	U	Úlcera
1	Topo Distal	S	Sutura Operatória		
2	Topo Proximal	CVC	Cateter Venoso Central		

Score da Escala de Braden Infantil:_____

Nota:_____
_____
_____
_____

Elaborado por ACMEESIP Joana Rainha sob orientação EESIP Margarida Brito, Outubro 2010

Guião para a aplicação prática do Formulário de Avaliação das Feridas

1. *A folha de Avaliação Inicial* deve ser sempre preenchida no momento de admissão de uma criança com uma vinheta correspondente;

2. Preencher a tabela de avaliação das feridas tendo por base os seguintes conceitos:

Grau da úlcera	
Grau I	Eritema que não regride ao alívio da pressão
Grau II	Perda parcial da pele, epiderme e/ou derme. Aspecto de abrasão ou flictena.
Grau III	Perda total da pele e lesão/necrose do tecido celular subcutâneo.
Grau IV	Perda total de pele, destruição tecidular extensa, com necrose ou lesão do músculo, osso ou estruturas adjacentes.

Tecidos presentes na ferida	
Necrosado	Cor castanha ou preta, camada dura.
Desvitalizado	Cor branco-amarelada sob forma de exsudado.
Granulação	Cor vermelha e aspecto granular.
Epitelização	Cor rosa pálido ou azul rosado, margens ligeiramente elevadas.

Quantidade de exsudado da ferida	
Nulo	Sem exsudado.
Pouco	Não ultrapassa o limite da ferida.
Muito	Ultrapassa o limite da ferida.

Cheiro do exsudado da ferida	
Putrefacto	Cheiro a podre.
Fétido	Cheiro desagradável.
Sui-generis	Cheiro característico.

Tipos de exsudado da ferida	
Seroso	Aquoso, esbranquiçado, amarelado.
Hemático	Com presença de sangue.
Purulento	Amarelo-esverdeado, normalmente espesso.

Pele em redor da ferida	
Eritema	Cor vermelha com risco de maceração.
Macerada	Abrasão da epiderme, presença contínua de humidade, perda de epiderme.
Seca/descamativa	Epiderme áspera, escamosa, pouco húmida, risco de estalar.
Normal/rosada	Pele íntegra.

3. A folha deve ser preenchida aquando da realização do tratamento, com uma cruz (x) em cada item correspondente à avaliação da ferida e plano de cuidados;
4. No caso de haver mais que uma ferida, em vez de colocar uma cruz (x) deverá identificar-se a ferida correspondente com a sigla identificada na legenda e utilizada na figura na avaliação inicial.

Guião para a aplicação prática da Escala de Braden em Crianças

A escala de Braden é constituída por 6 dimensões: percepção sensorial, humidade, actividade, mobilidade, nutrição e fricção e forças de deslizamento, contribuindo todas para o desenvolvimento de úlceras de pressão e não devendo nenhuma delas ser avaliada preferencialmente em relação a qualquer outra.

1. As seis sub-escalas recebem uma pontuação, conforme o comprometimento apresentado.
2. Para avaliar cada uma das sub-escalas deve recorrer-se à definição dos parâmetros incluídos na escala.
3. Esta pontuação varia de 1a 4, excepto na sub-escala Fricção e Forças de deslizamento, que varia de 1a 3.
4. A soma das seis sub-escalas varia entre 6 e 23.
5. *Quanto menor o valor, maior será o comprometimento apresentado e, consequentemente, maior a exposição ao risco.*
6. Depois de avaliadas cada uma das seis sub-escalas somam-se as respectivas pontuações obtendo-se uma pontuação total, resulta assim o valor da Escala de Braden.
7. O valor da pontuação total é categorizado em dois níveis de risco:
    - **Alto Risco** – Pontuação ≤ 16
    - **Baixo Risco** – Pontuação ≥ 17

Recomenda-se que cada uma das seis sub-escalas seja analisada individualmente, com a finalidade de implementar intervenções preventivas para cada uma.

AVALIAÇÃO

- A avaliação do risco deve ser desenvolvida imediatamente quando se recebe a criança, com a recolha de dados a ocorrer durante o turno em que a mesma deu entrada, devendo apenas ser aceite informação acerca dos padrões nutricionais das últimas 24-48 horas da parte de acompanhantes ou familiares, e nunca da própria criança.
- A sua aplicação deve ser sempre combinada com uma avaliação da pele e da sua integridade.
- As informações relativas às restantes dimensões podem ser colhidas no turno de admissão da criança.

REAVALIAÇÃO

- Na criança hospitalizada deve ser adoptado um procedimento para a re-avaliação dentro de 48 horas ou sempre que haja uma alteração significativa na situação clínica da criança (por exemplo: transferência para a Unidade de Cuidados Intensivos, falência de orgão/sistema, septicémia, febre, instabilidade hemodinâmica, infecção urinária, entre outros).
- Nos cuidados continuados a re-avaliação deve ser semanal nas primeiras 4 semanas e posteriormente mensal ou de 3 em 3 meses conforme o risco
- Nos cuidados domiciliares a re-avaliação deve ser efectuada em cada visita.

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE

HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA

Pediatria Médica 5.1 - Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais

Mês			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Grau		Grau I																															
		Grau II																															
		Grau III																															
		Grau IV																															
Tecidos Presentes		Necrótico																															
		Desvitalizado																															
		Granular																															
		Epiteliar																															
Exsudado	Qtd	Grande																															
		Moderada																															
		Pequena																															
	Cheiro	Nulo																															
		Putrefacto																															
		Fétido																															
		Sui-generis																															
	Tipo	Ausente																															
		Purulento																															
		Hemático																															
		Seroso																															
Pele em redor		Ruborizada																															
		Macerada																															
		Seca/descamativa																															
		Fungos																															
		Sangrante																															
		Íntegra																															
Penso	Freq.	Diário																															
		SOS																															
		___/____ horas																															
	Plano de Cuidados	Soro Fisiológico																															
		Iodopovidona																															
		Clorexidina																															
		Hidrogel																															
		Óxido de Zinco																															
		Vitamina A																															
		Hidrocolóide																															
		Alginato Cálcio																															
		Outro:																															
		Outro:																															
Rúbrica do Enfermeiro																																	

ANEXO XII

Formulário de Avaliação dos Estomas

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE
HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA
Pediatria Médica 5.1
Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais

Colar vinheta

Semana de _____ a _____

		Seg			Ter			Qua			Qui			Sex			Sab			Dom		
		N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T
CARACTERÍSTICAS DOS ESTOMAS																						
Bem Perfundidos																						
Mal Perfundidos																						
Sangrantes																						
Com Prolapso																						
Com Deiscência																						
SUTURA OPERATÓRIA																						
Rubor																						
Deiscência																						
Sangrante																						
CARACTERÍSTICAS DO EFLUENTE																						
Cor	Amarelas																					
	Castanhas																					
	Verdes																					
Consistência	Líquidas																					
	Pastosas																					
	Granulosas																					
	Semi-Líquidas																					
Quantidade	Grande																					
	Moderada																					
	Pouca																					
	Não Funcionante																					
APORTE NUTRICIONAL																						
Pausa Alimentar																						
Nutrição Parentérica	Solução A																					
	Solução B																					
	Soro																					
Tipo de Alimentação	Leite																					
	Papa																					
	Sopa																					
	Outros																					

Elaborado por ACMEESIP Joana Rainha sob orientação EESIP Margarida Brito, Outubro 2010

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE
HOSPITAL DONA ESTEFÂNIA
Pediatria Médica 5.1
Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais

Colar vinheta

Semana de _____ a _____

		Seg			Ter			Qua			Qui			Sex			Sab			Dom		
		N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T
PELE PERIESTOMA																						
Pele íntegra																						
Rubor																						
Maceração																						
Eritema																						
Lesões sugestivas de fungos																						
Pontos sangrantes																						
Exsudado																						
Zonas de necrose																						
MUDANÇA DO SISTEMA COLECTOR																						
Placa																						
Saco																						
Marca																						
Tamanho																						
Qual o Motivo da Mudança	Cheio																					
	Descolado																					
	Observado pela cirurgia																					
	Ensino																					
PLANO DE CUIDADOS																						
Anel de Barreira																						
Pasta Modeladora	Askina																					
	Hollister																					
	Stomahesive																					
Pó Cicatrizante																						
Creme Antifúngico																						
Prevenção da Dor	Pais																					
	Contenção																					
	Brincar Terapêutico																					
	Sucrose																					
	Sucção não nutritiva																					

Elaborado por ACMEESIP Joana Rainha sob orientação EESIP Margarida Brito, Outubro 2010

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

1. **Colar vinheta de identificação** em todas as folhas (frente e verso);

2. Na folha de Avaliação Inicial não esquecer de **Identificar os Estomas** utilizando a Legenda;

3. A folha de avaliação dos estomas é para ser preenchida diariamente e em todos os turnos, no entanto:
   - Os *items* **"Características dos Estomas"; "Pele Circundante"** e **"Mudança de Placa"** devem ser preenchidos apenas quando houver necessidade de mudar a placa (pois só nessa altura se poderá observar devidamente os estomas e a pele circundante);

   - No caso de haver mais do que uma placa e só termos necessidade de mudar uma, em vez de colocar uma cruz devemos identificar o (s) estoma(s) onde se mudou a placa (ex: AI; CII);

   - O *item* "Plano de Intervenção" também só deverá de ser preenchido aquando da mudança da placa.

ANEXO XIII

Formulário de Ensino dos Cuidados ao Estoma Intestinal

A – Recursos da Comunidade

FORMULÁRIO DE ENSINO DOS CUIDADOS AO ESTOMA INTESTINAL

Colar vinheta

OBJECTIVOS RELACIONADOS COM OS CONHECIMENTOS TEÓRICOS DOS PAIS

Compreensão dos pais:

A = Capazes de compreender B = Necessita de Reforço C = Incapaz de Compreender

Objectivos	Data: _____	Data: _____	Data: _____
1. Tipo de Ostomia			
2. Dieta			
3. Sinais/Sintomas de Obstrução			
4. Sinais/Sintomas de Diarreia			
5. Alteração do tamanho do estoma de 6/6semanas			
6. Características da pele periestoma			
7. Banho			
8. Brincadeiras			
9. Viajar			
10. Recursos da Comunidade			
11. Outros _____			

OBJECTIVOS RELACIONADOS COM OS CONHECIMENTOS PRÁTICOS DOS PAIS

Nível de Independência

A = Independente B = Necessita de Reforço C = Dependente

Objectivos	Data: _____	Data: _____	Data: _____
1. Manipular o estoma			
2. Esvaziar o saco colector			
3. Preparar o material para a mudança do sistema colector			
4. Retirar o sistema colector			
5. Limpar o estoma e pele periestoma			
6. Descrever as características do estoma e pele periestoma			
7. Medir o estoma			
8. Recortar a placa			
9. Utilizar barreiras cutâneas			
10. Colar a placa à pele			
11. Adaptar o saco à placa			
12. Outros _____			

Assinatura da Enfermeira de Referência: _____

Assinatura dos Pais: _____

Data: _____

Guião para a aplicação do Formulário de Ensino dos Cuidados ao Estoma Intestinal

1. Este formulário deve ser preenchido pelo enfermeiro de referência da criança/família;
2. Sobre cada *iten* deve ser registado o dia o qual o mesmo é abordado aos pais;
3. Após os pais considerarem que se sentem aptos para realizar os cuidados aos estomas intestinais em consonância com o parecer do enfermeiro referência, ambos devem assinar o formulário de forma a se comprometerem com os mesmos.

RECURSOS DA COMUNIDADE

ORGANIZAÇÃO	DESCRIÇÃO
UMAD - Unidade Móvel de Apoio Domiciliário do HDE	✓ Telefone (extensão) 51874 ✓ E-mail: apoiodomiciliario.hde@gmail.com
Liga de Ostomizados de Portugal http://www.lop.pt/ Estrada da Circunvalação, 8881, 4200-301 Porto Tel./Fax: (+351) 228 300 525 E-mail: geral@lop.pt Horário de Funcionamento: 9h30 - 12h30 / 14h00 - 18h00	✓ Presta a todos os ostomizados um serviço de consultas nas suas instalações nas áreas de nutrição, psicologia, serviço social e cirurgia mediante marcação prévia e de acordo com a disponibilidade dos especialistas. Para além destas consultas estão ainda à disposição dos ostomizados consultas de estomaterapia no Gabinete de Estomaterapia a funcionar também nas instalações da Liga de Ostomizados de Portugal.
Associação Portuguesa de Doença Inflamatória do Intestino, Colite Ulcerosa e Doença de Chron, APDI	✓ É uma associação de auto-ajuda, isto é, os doentes ajudam outros doentes.
Hollister Linha Verde Apoio ao Cliente 800 200 115 Av. das Forças Armadas, 125 – 12º 1600-079 Lisboa Email: hollister.portugal@hollister.com	✓ Põe à sua disposição um departamento de atendimento ao cliente para qualquer dúvida ou amostras que vier a necessitar.
Convatec Linha Verde de Apoio ao Cliente 800 201 678	✓ Põe à sua disposição um departamento de atendimento ao cliente para qualquer dúvida ou amostras que vier a necessitar

ANEXO XIV

Normas de Procedimento:

O conforto da criança/família com estomas intestinais

Instrução de Trabalho

1 – OBJECTIVOS

- Apresentar as necessidades de conforto da criança/família com estomas intestinais;
- Uniformizar os cuidados à pele da criança com estomas intestinais;
- Facilitar o registo da avaliação e cuidados aos estomas intestinais;
- Manter a integridade do estoma e pele peri-estoma;
- Facilitar a articulação com outros serviços (nomeadamente a UCIN);
- Facilitar a integração de novos elementos de enfermagem.

2 - ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Enfermeiros da Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais do Hospital de Dona Estefânia

3 - SIGLAS, ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES

- UCERN - Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais

4 - INSTRUÇÃO DE TRABALHO

4.1. INTRODUÇÃO

Segundo Simões (2002), um estoma é um termo grego que significa "boca" ou "abertura" e que denomina qualquer abertura cirúrgica de uma víscera ao meio exterior. Os estomas tomam diferentes nomes, consoante a víscera que é exteriorizada e têm diferentes funções. Existem três tipos de ostomias: de respiração, de alimentação e de eliminação. Dentro dos de eliminação existem os de eliminação urinária e os de eliminação intestinal (Simões, 2002).

Os estomas intestinais são frequentemente utilizados na cirurgia pediátrica. Uma ostomia intestinal é a abertura do intestino por um acto cirúrgico que funciona como a saída do intestino grosso ou delgado à superfície externa do corpo (BORKOWSKI, 1998). Os estomas são habitualmente temporários e podem ser feitos em vários locais do intestino.

Uma ostomia intestinal numa criança pode ser criada para o tratamento de uma grande variedade de problemas, sendo os mais comuns: enterocolite necrosante, doença de Hirschsprung, ânus imperfurado, atrésia do intestino, íleus meconial, doença de Crohn e, entre outras.

Cuidar de crianças com estomas intestinais é um processo complexo e desafiador. A elaboração deste guia orientador de boas práticas dos cuidados de enfermagem pretende a prevenção de complicações e a melhoria da qualidade dos cuidados na prática. São necessários conhecimentos sobre as patologias de base, o tipo de cirurgias, o tipo de estomas e os produtos existentes no mercado de forma a desenvolver um plano de cuidados adequado a cada estoma e pele periestoma.

O conforto para Kolcaba foi definido como a satisfação das necessidades humanas de alívio, tranquilidade e transcendência que emergem de situações causadoras de stress em cuidados de saúde nos contextos físico, "psicoespiritual, ambiental e físico (Kolcaba. 1994). Desta forma, é necessário levantar as necessidades de conforto da criança/família com estomas intestinais de acordo com a estrutura taxonómica da Teoria do Conforto de Kolcaba, com na figura seguinte.

CONTEXTO DO CONFORTO	TIPO DE CONFORTO (ESTADOS)		
	Alívio	**Tranquilidade**	**Transcendência**
Físico	✦ Agitação motora; ✦ Dor; ✦ Pele peri-estoma macerada.	✦ Falta de recursos materiais para o tratamento da criança com estoma intestinal.	
Psicoespiritual			✦ Necessidade dos pais serem autónomos nos cuidados aos estomas; ✦ Ansiedade e angústia dos pais.
Sociocultural		✦ Desconhecimento acerca dos recursos da comunidade.	
Ambiental			

Deste modo, através da estrutura taxonómica do conforto, é possível fazer um planeamento das estratégias de forma a colmatar estas necessidades e a diminuir as tensões negativas. De acordo com a TC de Kolcaba, identificou-se como uma situação stressante a presença de estomas principalmente em RNs. Como força obstrutiva, identificou-se os efeitos secundários dos estomas e que suscitam necessidades de cuidados demasiado específicos e induzem nos pais dúvidas, incertezas de serem capazes e, por sua vez, dos profissionais de saúde exige criatividade para contornar obstáculos, habilidade, gestão dos cuidados e o estar informado acerca dos últimos estudos nesta área. No entanto, cabe aos EESIP como forças facilitadoras suprir essas necessidades movendo a tensão numa direcção positiva, com um planeamento de estratégias.

Para tal, foram introduzidas algumas estratégias na UCERN de forma a colmatar estas necessidades, tais como a uniformização dos cuidados ao estoma e pele-periestoma, a elaboração de um "Formulário de avaliação das feridas" no qual se pode caracterizar o estoma, um "Formulário de avaliação dos estomas intestinais" no qual se pode fazer um registo diário, um "Formulário de ensino dos cuidados aos estomas intestinais" para ser utilizado como guia e orientar o plano de ensino aos pais para a alta hospitalar concomitantemente com uma tabela que reúne os vários recursos da comunidade e a introdução de novos materiais de forma a aumentarem a qualidade dos cuidados.

A. **CONFORTO FÍSICO**

Antes dos cuidados à pele deve-se:

- Identificar e aplicar estratégias não farmacológicas no controlo da dor, tendo em consideração as preferências e as capacidades cognitivas da criança/adolescente, envolvendo a pessoa significativa, sempre que presente. Poderá recorrer-se ao brincar terapêutico, colo/contenção, distracção, sucção não nutritiva, e dextrose a 30% ou sucrose;
- Recorrer ao brincar terapêutico e permitir à criança de acordo com o seu estádio de desenvolvimento, manipular o sistema colector de forma a familiarizar-se com o mesmo;
- Preparar a criança para o procedimento, dando-lhe explicações adequadas ao seu estádio de desenvolvimento, informando-a sobre os procedimentos e sensações que poderá experienciar;
- Avaliar e registar a intensidade da dor no momento do procedimento, pois permite conhecer a intensidade de dor máxima compreendida pela criança, bem como avaliar a eficácia das estratégias farmacológicas e não farmacológicas utilizadas. Deve avaliar-se igualmente 5 minutos o procedimento, para conhecer a intensidade de dor residual e modo como a criança integra a experiência dolorosa, aferindo formas de intervenção futura.

➢ CUIDADOS À PELE ÍNTEGRA

- *Material Necessário:*
  - Sistema Colector mais adequado a cada criança (sistema de peça única ou 2 peças com ou sem válvula);
  - Água destilada/soro fisiológico morno ou solução de limpeza;
  - Compressas de não tecido (macias) ou esponja;
  - Luvas;
  - Tesoura de pontas finas;
  - Fita métrica;
  - Guia de medição do estoma com amostras do diâmetro ou molde.

- *Cuidados de Enfermagem:*
  - Remoção do Saco antigo:
    - Esvaziar o saco drenável para evitar extravasamentos;
    - Desadaptar o saco colector da placa no caso de utilizar um dispositivo de 2 peças;
    - Descolar suavemente a placa da pele de cima para baixo, pressionando simultaneamente a pele para evitar lesões e minimizar o desconforto.

  - Cuidados com a pele:
    - Lavar o estoma e pele com água/soro fisiológico morno ou solução de limpeza e secar cuidadosamente com movimentos suaves sem esfregar;
    - Avaliar cuidadosamente a pele periestoma e as características do estoma (cor, formato, tamanho) e possíveis complicações;
    - Observar as características das fezes (consistência, cor, cheiro e quantidade).

- Medição do estoma:
  - Utilizar o guia de medição e amostras de diâmetro ou realizar um molde;
  - Recortar a placa à medida exacta do estoma ou com um diâmetro ligeiramente superior (alguns milímetros) no caso do estoma ser muito húmido.



- Aplicação de um novo dispositivo:
  - Encostar o rebordo do orifício do dispositivo à região inferior do estoma e colar suavemente a placa;
  - Comprimir ligeiramente o local e manter pelo menos 1 a 2 minutos (Rogers, 2003). Este passo não deve ser descurado pois, o aquecer da placa permite que esta se molde aos contornos da pele da criança aumento a sua aderência e consequentemente o seu tempo de permanência.

- Registos na folha "Avaliação dos Estomas Intestinais":
  - No caso de ser a primeira avaliação do estoma, anexar ou colar o molde e registar o diâmetro do molde utilizado;
  - Características do estoma (perfusão e aspecto com ou sem complicações);
  - Características da pele periestoma (integridade, rubor, maceração, eritema, lesões fúngicas, pontos sangrantes, presença de exsudado, zonas de necrose, tecido de granulação);
  - Características das fezes (cor, consistência, quantidade e cheiro);

- Motivo da mudança da placa/saco (cheio, descolado, por observação da cirurgia);
- Plano de Cuidados (produtos utilizados e estratégias de conforto utilizadas).

➢ CUIDADOS À PELE COM INTEGRIDADE COMPROMETIDA

A pele age como uma barreira entre o organismo da criança e o ambiente externo. Regula a perda de água transepidérmica e ajuda a manter o equilíbrio hidroeléctolitico. Funciona como um termoregulador e protege contra traumas e microorganismos. Para preservar todas estas funções uma competente barreira epidérmica é essencial. Assim, nas crianças com ostomias é fundamental que a pele esteja protegida do efluente (fezes) que a podem danificar devido ao seu conteúdo enzimático e pH.

- *Complicações mais frequentes:*
  - Prolapso (herniação do estoma);
  - Envaginação (estoma abaixo do nível da pele);
  - Estenose (diminuição do lúmen do estoma que pode resultar em obstrução);
  - Hemorragia;
  - Lesão da pele periestoma (alergia, irritação, trauma mecânico, dermatite de contacto com o efluente, dermatite infecciosa por *Candida Albicans*)

São vários os factores a ter em conta na escolha dos produtos a utilizar que incluem as dimensões do abdómen, o diâmetro, características, número e proximidade dos estomas, volume do efluente, integridade da pele e preço dos produtos. O enfermeiro deverá estar actualizado relativamente aos diversos tipos de materiais e produtos para determinar quais os mais adequados à situação particular de cada criança.

- A utilização de uma ***barreira cutânea*** é um importante meio de protecção da pele periestoma. As barreiras cutâneas existem em várias formas básicas: pasta, anel modelador e película protectora.

  - Pasta (Pasta Adapt® da Hollister ou Pasta Stomahesive®): A pasta deve ser para ser utilizada à volta do estoma, para preencher as rugas ou pregas e para uma selagem mais duradoura. A utilização da pasta tem tornado mais fácil manter um saco vedado, numa má localização. Ambas contêm álcool apesar de a Pasta Adapt® ter uma percentagem menor. No entanto, é necessário ambas as pastas serem usadas com cuidado em peles irritadas. Quando utilizadas deve deixar-se "ao ar" cerca de 1 minuto para que seja evaporado o álcool.







Aplicar a pasta directamente ao redor da base do estoma, com cerca de 3 a 6 mm de espessura ou adequado às dimensões da criança, de forma a obter uma superfície uniforme. Para moldar a pasta deve humedecer-se a ponta dos dedos. Esperar cerca de um minuto para a pasta secar antes de aplicar a placa e/ou o sistema colector.

Quando há lesão da pele, aconselha-se a aplicação da pasta directamente na placa ao redor do recorte do estoma.



- Anel Barreira (Adapt Barrier Ring® da Hollister): Estes anéis permitem ser moldados ao tamanho e forma exacta do estoma de forma a criar um selante eficaz. Se necessário, pode ser dividido em vários pedaços e ser moldado.







- Selantes Cutâneos (Cavillon No Sting Barrier Film® 3M): Forma uma película protectora indolor, transparente e durável, resistente á água e permeável ao ar, permitindo a transpiração da pele até 72 horas. Pode ser reaplicado se necessário a cada 12 horas. Não possuí álcool pelo que não provoca ardor ao ser aplicado em regiões hiperemiadas e lesadas. Pode ser utilizado para: prevenir lesões de dermatite associada a incontinência bem como, proteger a pele ao redor de fístulas e a pele periestomal para prevenir a maceração nos bordos da ferida.



  Nota: Apesar de o fornecedor da marca recomendar o seu uso em crianças com idade superior a 1 mês, existem estudos com o uso do Cavillon® em recém-nascidos prematuros com idade gestacional inferior a 32 semanas e com menos de 21 dias de idade, com resultados positivos de diminuição da lesões cutâneas e com uma protecção efectiva da pele periestoma. (Rogers, 2003)

- Em caso da existência de lesões exsudativas sangrantes, poderá aplicar-se o Pó (*Pó Adapt Stoma Powder® Hollister*): É um composto sintéctico hidrocolóide utilizado para absorver a humidade da pele ferida em volta do



estoma. Permite a formação de uma barreira que possibilita que a pele cicatrize. Deve-se aplicar uma pequena quantidade na lesão da pele, após a pele ser bem limpa e seca. Utilizar uma compressa macia para remover o excesso de pó. O pó deve apenas aderir á região da pele com lesão aberta e não deve ficar em contacto com a pele intacta. De seguida, aplicar o sistema colector normalmente.

Algumas Considerações:

- *O estoma deverá diminuir de tamanho ao fim de 6 ou 8 semanas* do período pós-operatório (regressão do edema inicial) pelo que deve ser feita uma nova medição do estoma de forma a adaptar o diâmetro do sistema colector a utilizar. Esta nova medição também deve realizar-se tendo em conta o crescimento da criança.

- Produtos abrasivos para a pele como a tintura de beijoim, perfumes, desodorizantes contendo álcool na sua composição estão desaconselhados. Outros produtos como óleos e cremes hidratantes também são de evitar por diminuírem a aderência do sistema colector á pele da criança.

- *O tempo de permanência do sistema colector numa criança não deve ser comparado á de um adulto.* Factores como as características dinâmicas da criança, a quantidade e tipo de efluente bem como um ambiente húmido e uma pequena região de aderência no abdómen diminuem o tempo de permanência dos dispositivos principalmente em recém-nascidos. O objectivo inicial num recém-nascido será de 24horas, sendo um tempo aceitável entre 12-48horas. No entanto, quando o recém-nascido não está a ser alimentado o efluente vai ser mínimo, pelo que a aderência do dispositivo será maior. Quando o efluente é regular o sistema colector poderá permanecer 2 a 3 dias. Após este período, este deverá ser retirado pois, poderá existir uma lesão não visível da pele por penetração do efluente.

B. CONFORTO SOCIOCULTURAL E PSICOESPIRITUAL

O contexto sociocultural na visão de Kolcaba diz respeito às relações interpessoais, familiares e sociais. Inclui aspectos financeiros e aspectos informacionais da vida social. O contexto psicoespiritual diz respeito à consciência interna de si próprio incluindo a auto-estima, o auto-conceito, a sexualidade, o significado de vida e ainda a relação com uma ordem ou um ser mais elevado.

- Encaminhar os pais para os recursos da comunidade tais como o Centro de Saúde, a ligação com a Unidade Móvel de Apoio Domiciliário da Casa do Gil, a Associação Portuguesa de Ostomizados, a Liga de Ostomizados de Portugal e as Linhas Verdes de Apoio ao Cliente da Hollister e da Convatec (tabela dos recursos da comunidade);
- Preparar os pais para cuidar da criança com estomia intestinal durante o internamento e na preparação da alta para casa. ("Formulário de ensino dos cuidados ao estoma intestinal").

5 – REFERÊNCIAS

- BORKOWSKI, Suzanne [Et al] – Pediatric Stomas, Tubes and Appliances. **Pediatric Clinics of North America.** nº6, Vol. 45 (Dezembro 1998), p.1419-1435;
- HOLLISTER – Caring for a child with an ostomy. (consult. em 10 Outubro.2010)
  Disponível em http://www.hollister.com/us/files/pdfs/osted_pcb_pediatric.pdf;
- KOLCABA, Katharine; DIMARCO, A., Marguerite – Comfort Theory and the Application to Pediatric Nursing. **Pediatric Nursing.** nº3, vol.31 (Maio/Junho 2005), p. 187-194;

- PHIPPS [Et al]- Enfermagem Médico-cirúrgica, Conceitos e Prática Clínica. Loures. Lusociência, 1999. 6ªEdição, Volume III. p. 1516-1530;

- REGISTERED NURSES"S ASSOCIATION OF ONTARIO - Ostomy Care and Management, Clinical Best Practice Guidelines. August 2009;

- ROGERS, Valerie – Managing preemie stomas: more than just the pouch. **Wound, Ostomy and Continence Nurses Society**. nº2, Vol. 30 (Março 2003), p.100-110;

- SIMÕES, I. - Cuidados de Enfermagem ao Doente Ostomizado. **Revista Referência**, Novembro de 2002, p. 80;

- WALLER, Marie – Pediatric stoma care nursing in the UK and Ireland. **British Journal of Nursing.** Volume 17 (nº17). 2008. P.25-29.

- 3M – Película protectora sem ardor Cavillon®. (consultado em 10 Outubro de 2010).
  Disponível em http://www.fibracirurgica.com.br/produtos/images/folder_cavilon.pdf

ANEXO XV

Sessão de Formação "Cuidados de Conforto à criança/família com estomas intestinais"

A – Plano de Sessão

B – Dispositivos

C – Avaliação da Sessão

PLANO DE SESSÃO

Tema da Sessão	***Cuidados de Conforto à Criança/Família com Estomas Intestinais***
População-alvo	Enfermeiros da UCERN e Serviço.1.1 (unidade de primeira infância)
Formadora	Joana Rainha (Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria)
Objectivo Geral	Promover na equipa de enfermagem a importância dos cuidados de conforto à criança/família com ostomas intestinais.
Objectivos Específicos	Que no final da sessão a equipa de enfermagem seja capaz de: 1. Identificar as necessidades de conforto da criança/família com estomas intestinais; 2. Identificar os cuidados básicos ao estoma e pele periestoma; 3. Reconhecer os novos produtos do mercado e sua aplicação; 4. Compreender o preenchimento dos novos formulários de avaliação das feridas e do ensino aos pais dos cuidados ao estoma e pele periestoma.
Indicador de Avaliação	• Pelo menos 2 respostas correctas dada a cada pergunta feita no final da sessão; • Pelo menos 50% das pessoas estimadas (10) compareçam á sessão de formação.
Duração	30 Minutos
Data/Hora	11 de Novembro de 2010
Local	Sala de Reuniões da UCERN.

Fases da Sessão	Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas	Recursos Didácticos	Tempo
Introdução	Apresentação da formadora e da temática	Expositivo	Computador Data show	1 min
	Enquadramento do estágio	Expositivo	Computador Data show	1 min
	Objectivos	Expositivo	Computador Data show	1 min
Desenvolvimento	Justificação da temática	Expositivo	Computador Data show	1 min
	Sucinta apresentação da Teoria do Conforto de Kolcaba e das necessidades de conforto da criança/família da UCERN	Expositivo	Computador Data show	3 min
	Cuidados básicos aos estomas básicos	Expositivo e interrogativo	Computador Data show	2 min
	Complicações dos estomas intestinais	Expositivo e Interrogativo	Computador Data show	2 min
	Casos práticos com apresentação de material específico	Expositivo e Interrogativo	Computador Data show	5 min
	Estomas Intestinais- Registos dos Cuidados e Apresentação dos Formulários	Expositivo/Interrogativo		6 min
Conclusão	Síntese	Expositivo		1 min
	Avaliação	Expositivo e Interrogativo	Computador Data show	2 min
	Esclarecimento de dúvidas e reflexão	Expositivo/Interrogativo		6 min

Criança/Família com Estomas Intestinais



Cuidados de Conforto

Elaborado por Joana Rainha,
ACMEESIP sob orientação da EESIP
Margarida Brito

Novembro, 2010

Objectivos

- **Geral**
  - Promover na equipa a importância de cuidados de conforto à criança/família com estomas intestinais.
- **Específicos**
  - Que no final da sessão a equipa de enfermagem seja capaz de:
    - Identificar as necessidades de conforto da criança/família;
    - Identificar os cuidados básicos ao estoma e pele periestoma;
    - Reconhecer os novos produtos do mercado e sua aplicação;
    - Compreender o preenchimento dos novos formulários de avaliação das feridas e do ensino aos pais dos cuidados ao estoma e pele periestoma.

O porquê do tema..Estomas Intestinais?

- Interesse manifestado pela equipa de enfermagem;
- Não uniformização das práticas nos cuidados ao estoma;
- Desconhecimento de novos produtos do mercado;
- Descontentamento com a Folha de Avaliação de Feridas em vigor.

Relacionar com a Teoria do Conforto de Kolcaba



O essencial da Teoria do Conforto é toda a pessoa holística inserida nos seus diferentes contextos nomeadamente o físico, o psico-espiritual, o ambiental e o sociocultural.

Teoria do Conforto

- Necessidades de conforto não satisfeitas na criança/família com estomas intestinais:

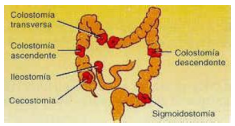
	Alivio	Tranquilidade	Transcendência
Físico	• Agitação motora • Dor ; •Pele peri-estoma macerada.		
Sociocultural			• Necessidade dos pais serem autónomos nos cuidados aos estomas; • Ansiedade e angústia dos pais.
Ambiental		• Desconhecimento acerca dos recursos da comunidade.	
Psicoespiritual			

Teoria do Conforto

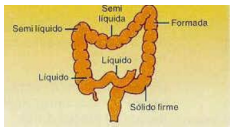
- O conforto quando promovido de forma sistemática, traduz-se numa *"situação de tranquilidade física e bem-estar corporal"*, tal como é definido na CIPE (2006).
- **Os cuidados de conforto aos estomas intestinais podem estar inseridos no projecto global da qualidade da OE inserido no enunciado descritivo:**
  - A Prevenção de Complicações "na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes"

Ostomias Intestinais

Um estoma é um termo grego que significa "boca" ou "abertura" e que denomina qualquer abertura cirúrgica de uma víscera ao meio exterior.



Localização do estoma



Consistência do conteúdo fecal

Alguns exemplos pouco adequados

Estomas Intestinais

Cuidados básicos à pele





Estomas Intestinais – Cuidados básicos

1. **Estratégias não farmacológicas do controlo da dor** (brincar terapêutico, contenção, parceria com os pais, ambiente, sucrose, distracção..)

Atenção: Quando existem macerações, úlceras, deiscências ou outras complicações → Pode não ser suficiente !!!

2. Avaliar e registar o *score* de dor antes, durante e após o procedimento;
3. Reunir o material necessário;
4. Remover o sistema colector:

• Descolar suavemente a placa de cima para baixo, pressionando simultaneamente a pele para evitar lesões e minimizar o desconforto.



Estomas Intestinais – Cuidados

5. Limpeza da pele




• Lavar a pele com água/soro fisiológico morno e secar cuidadosamente sem esfregar;

• Avaliar a pele periestoma e as características do estoma (cor, tamanho, formato) e possíveis complicações;

• Observar as características das fezes.

Estomas Intestinais – Cuidados

6. Medição do estoma



• Utilizar o guia de medição e amostras de diâmetro ou realizar um molde;
• Recortar a placa à medida exacta do estoma ou com um diâmetro ligeiramente superior (alguns milímetros) no caso de o estoma estar muito húmido.




OU

• Colocar uma luva palhaço sobre o estoma;
• Desenhar os estomas;
• Destacar parte de luva limpa;
• Recortar a dimensão dos estomas;
• Guardar molde

Estomas Intestinais – Cuidados

7. Aplicação do sistema colector

• Escolher o tipo de sistema que melhor se adequa à criança;
• Encostar o rebordo do orifício à região inferior do estoma e colar suavemente a placa;
• Pressionar ligeiramente o local e manter a pressão pelo menos 1 a 2 minutos





Alguns exemplos...

Estomas Intestinais

Complicações






Estomas Intestinais – Barreiras Cutâneas

Selante Cutâneo (Cavillon no Sting Barrier Film 3M)



Características:

- Película protectora indolor, transparente, resistente á água;
- Permite respiração da pele até 72 horas;
- Pode ser reaplicado a cada 12 horas;
- Não contém álcool;

Indicações:

- Protecção da pele ao redor de ostomias, fístulas;
- Incontinência fecal/urinária;
- Processos alérgicos a adesivos;
- Feridas exsudativas;
- Dermatite e irritação da pele;
- Pode ser aplicado na pele lesada ou hiperemiada porque não provoca ardor

Estomas Intestinais – Barreiras Cutâneas

Anel Barreira (Adapt Barrier Ring)



Características:

- Material hidrocolóide
- Permite ser moldado ao tamanho e forma exacta do estoma
- Pode ser aplicado na pele ou na placa

Indicações:

- Protecção da pele ao redor de ostomias, fístulas.





Estomas Intestinais – Barreiras Cutâneas

Pasta Adapt

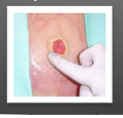


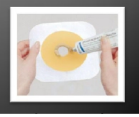
Características:

- Composta por hidrocolóides e álcool embora em pequena percentagem.
- Cuidado com o seu uso em peles irritadas

Indicações:

- Reduz o risco de irritação da pele;
- Permite aumentar o tempo de uso da placa hidrocolóide;
- Humedecer os dedos antes da aplicação;
- Esperar cerca de 1 minuto antes de aplicar a placa.





Estomas Intestinais – Material Específico

Pó Adapt Stoma Powder



Características:

- Composto sintéctico hidrocolóide;
- Possibilita que a pele cicatrize.

Indicações:

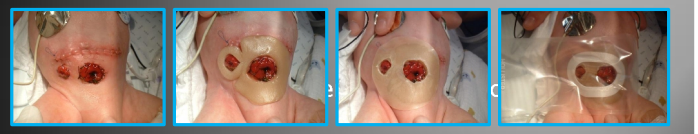
- Absorve a humidade da pele ferida em volta do estoma;
- Aplicar uma pequena quantidade depois da pele bem seca e limpa;
- Remover o excesso de pó;
- Não deve ficar em contacto com a pele intacta.

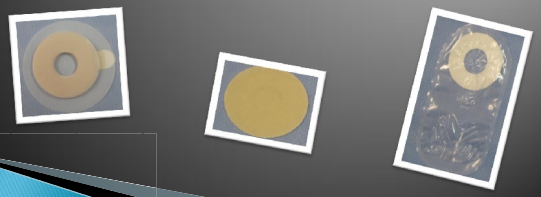


Casos Práticos



Casos Práticos





Casos Práticos





Registo Dos Cuidados

- **Formulário de Avaliação das Feridas:**
  - Avaliação Inicial
  - Registo Mensal da Ferida
  - Registo dos Estomas
  - Guia de Ensinos aos pais



Permite:

1. Comunicação
2. Planeamento de cuidados
3. Auditoria
4. Investigação
5. Educação
6. Documentos Legais

Criança com Ostomias Intestinais

Cuidados de Conforto





Reflexão Final



O essencial da Teoria do Conforto é toda a pessoa holística inserida nos seus diferentes contextos nomeadamente o físico, o psico espiritual, o ambiental e o sociocultural.

Pressupostos da Teoria do Conforto aplicada à pediatria:

1. A criança/família tem uma resposta holística perante um estimulo;
2. O conforto é o resultado desejável;
3. Os enfermeiros devem identificar as necessidades de conforto que ainda não tenham sido satisfeitas e planear intervenções para as satisfazer;
4. Se o conforto pretendido é atingido, a criança/família são incentivados a adoptar estilos de vida saudáveis.

Referências Bibliográficas

- Borkowski, Suzanne e tal – Pediatric Stomas, Tubes and Appliances. **Pediatric Clinics of North America.** nº6, Vol. 45 (Dezembro 1998), p.1419–1435;
- KOLCABA, Katharine; DiMarco, A., Marguerite – Comfort Theory and the Application to Pediatric Nursing. **Pediatric Nursing.** nº3, vol.31 (Maio/Junho 2005), p. 187–194;
- PHIPPS et al– **Enfermagem Médico-cirúrgica, Conceitos e Prática Clínica.** Loures. Lusociência, 1999. 6ªEdição, Volume III. p. 1516–1530;
- Registered Nurses"s Association of Ontario – **Ostomy Care and Management, Clinical Best Practice Guidelines.** August 2009;
- ROGERS, Valerie – Managing preemie stomas: more than just the pouch. **Wound, Ostomy and Continence Nurses Society.** nº2, Vol. 30 (Março 2003), p.100–110;

Referências Bibliográficas

- Simões, I. (Novembro de 2002). Cuidados de Enfermagem ao Doente Ostomizado. Revista Referência , p. 80.

- WALLER, Marie – **Paediatric stoma certer nursing in the UK and Ireland.** British Journal of Nursing. Volume 17 (nº17). 2008. P.25-29;

Referências Informáticas

- Hollister – **Caring for a child with an ostomy**. (consultado em 10 Outubro.2010). Disponível em http://www.hollister.com/us/files/pdfs/osted_pcb_pediatric.pdf

- 3M – **Película protectora sem ardor Cavilon.** (consultado em 10 Outubro de 2010). Disponível em http://www.fibracirurgica.com.br/produtos/images/folder_cavilon.pdf

	FORMAÇÃO – AVALIAÇÃO DA SESSÃO "CRIANÇA/FAMÍLIA COM ESTOMAS INTESTINAIS - Cuidados de Conforto - "	**UCERN.**

Tema Criança/família com estomas intestinais – Cuidados de Conforto

Acção tipo: Actualização/ Aprendizagem **Duração** 30 minutos Data 11/11/2010

Formador: Joana Isabel Rainha (ACMESIP)

Coloque uma Cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, para cada uma das afirmações que se seguem

APRECIAÇÃO GLOBAL	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas			50%	50%
2. Os objectivos da sessão foram atingidos			40%	60%
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil				100%
4. Favoreceu a sua aquisição/ consolidação de conhecimentos				100%
5. A teoria foi relacionada com a prática			10%	90%
6. A formação apresentou nível técnico-científico				100%
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes			10%	90%

	FORMAÇÃO – AVALIAÇÃO DA SESSÃO "CRIANÇA/FAMÍLIA COM ESTOMAS INTESTINAIS - Cuidados de Conforto - "	UCERN.

ORGANIZAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
8. A documentação distribuída/ disponibilizada possui qualidade				100%
9. Os meios audiovisuais utilizados foram adequados				100%
10. As instalações foram adequadas				100%
11. A duração da formação foi adequada				100%
12. O horário da formação foi adequado				100%
13. A divulgação da formação foi suficiente				100%

Classifique os **formadores** utilizando a seguinte escala: 1- Insuficiente 2- Suficiente 3- Bom 4- Muito Bom

FORMADORES E METODOLOGIA	1	2	3	4
14. Domínio dos conteúdos apresentados			10%	90%
15. Facilidade de transmissão de conhecimentos			10%	90%
16. Capacidade de motivar e despertar interesse nos formandos				100%
17. Interacção com o grupo				100%
18. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas				100%
19. Gestão do tempo				100%
20. Pontualidade				100%

	FORMAÇÃO – AVALIAÇÃO DA SESSÃO "CRIANÇA/FAMÍLIA COM ESTOMAS INTESTINAIS - Cuidados de Conforto - "	**UCERN.**

COMENTÁRIOS
21. Dentro da temática apresentada, refira dois aspectos que considerou importantes para o seu desenvolvimento *As unidades de contexto referidas nesta categoria foram:* ✓ 80% Aquisição de novos conhecimentos; ✓ 60% Apresentação de material de ostomias; ✓ 70% Novos formulários de registo dos cuidados; ✓ 10% Não respondeu,
22. Dentro da temática apresentada, refira dois aspectos que considerou menos importantes ✓ 100% Não respondeu.
23. Comentários e sugestões de melhoria ✓ 30% Fazer no futuro mais formações relacionadas com o tema. ✓ 70 % Não respondeu.

Obrigado pela sua participação.

ANEXO XVI

Estrutura Taxonómica da Teoria do Conforto no Módulo III (SUP)

Quadro 3 - Estrutura Taxonómica da TC com o levantamento das necessidades de conforto da criança/família no Módulo III no SUP.

		TIPO DE CONFORTO (ESTADOS)		
		Alívio	**Tranquilidade**	**Transcendência**
CONTEXTO DO CONFORTO	**Físico**	• Agitação motora; • Dor; • Pele macerada pelas punções venosas e sondas gástricas.		
	Psicoespiritual		• Pais pouco participativos nos cuidados	• Ansiedade e angústia da família por dificuldade na transição para a parentalidade e estado crítico do RN.
	Sociocultural		• Desconhecimento acerca dos recursos da comunidade.	•
	Ambiental	• Estímulos stressores excessivos (ruído, luminosidade)	• Não existirem berços adequados aos RNs; • A sala (extensão 20) ser insuficiente e ter poucas condições físicas para acomodar os RNs enquanto aguardam.	•

ANEXO XVII

Questionário – A opinião dos enfermeiros sobre o conforto do RN/família na urgência pediátrica:

A - Questionário

B – Análise dos dados

A OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O CONFORTO DO RECÉM-NASCIDO/FAMÍLIA NA URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Este questionário é realizado no âmbito do Ensino Clínico III – Estágio Serviço de Urgência, integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa. Tem como principal objectivo averiguar a opinião da equipa de enfermagem acerca do conforto do recém-nascido/família. A sua opinião é importante! Obrigada.

Tendo em conta a seguinte escala de Lickert classifique as seguintes afirmações.

Discordo totalmente	Discordo	Sem opinião	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

1. O conforto engloba a criança/família no seu contexto físico, sociocultural, psicoespiritual e ambiental.

1	2	3	4	5

2. Os enfermeiros devem identificar as necessidades de conforto ainda não satisfeitas pela criança/família e planear as intervenções para as satisfazer.

1	2	3	4	5

3. O conforto é um resultado das intervenções de enfermagem que possibilita à criança/família adoptarem comportamentos saudáveis.

1	2	3	4	5

4. Neste serviço são levantadas as necessidades de conforto e aplicadas as estratégias correspondentes para o conforto da criança/família.

1	2	3	4	5

Elaborado por ACMEESIP Joana Rainha sob orientação EESIP Marta Pereira, Dezembro 2010

A OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O CONFORTO DO RECÉM-NASCIDO/FAMÍLIA NA URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Responda às seguintes perguntas e classifique as afirmações.

5. Considera este tema pertinente?

   ∟ Sim

   ∟ Não

   ∟ Sem Opinião

6. Identifique 3 estratégias de conforto ao recém-nascido/família.
   A._____
   B. _____
   C. _____

7. Como qualifica os cuidados de conforto ao recém-nascido/família neste serviço.

   ⌴ Sem opinião

   ⌴ Muito bons

   ⌴ Bons

   ⌴ Satisfatórios

   ⌴ Maus

   Quais as estratégias que sugere para optimizar os seus cuidados de conforto ao recém-nascido/família.

   _____
   _____
   _____

8. Classifique os seguintes itens, de acordo com o seu grau de importância para o conforto do recém-nascido/família. (1 nada importante, 5 muito importante)

Dor física	
Ansiedade/stress	
Barulho/Luz intensa	
Quebra da Vinculação	

Idade:_____ Sexo: Masculino ⌴ Feminino ∟

Grau Académico: Bacharelato ⌴ Licenciatura ⌴ Enf.º Especialista ⌴ _____

Tempo de experiência profissional: _____

Elaborado por ACMEESIP Joana Rainha sob orientação EESIP Marta Pereira, Dezembro 2010

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS AO QUESTIONÁRIO:

"A opinião dos enfermeiros sobre o conforto do recém-nascido/família no serviço de urgência pediátrica"

O questionário é um instrumento de colheita de dados que ajuda a organizar, normalizar e a controlar os dados, de modo a que as informações possam ser colhidas rigorosamente (FORTIN, 2000).

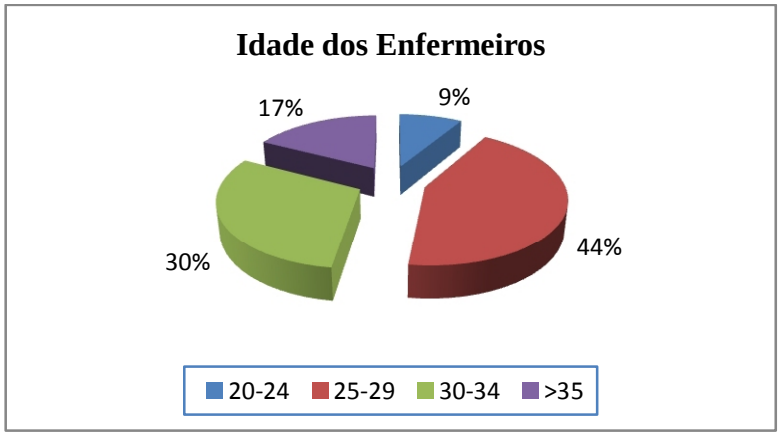
Este questionário foi revisto uma vez após a realização de um pré-teste a dois enfermeiros a exercer funções no HDE. FORTIN (2000, 253) salienta que o pré-teste consiste "no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflicta a diversidade da população visada (…) a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas". Esta fase do estudo é indispensável e permite corrigir ou modificar o questionário, para verificar a redacção e a ordem das questões.

Após a recepção dos questionários, procedeu-se à sua numeração e introdução numa base de dados, utilizando o programa informático Excel.

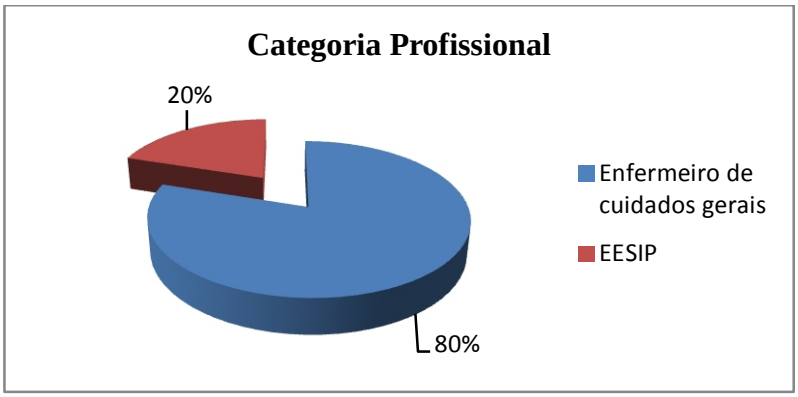
Caracterização da amostra

A amostra é composta por um total de 25 enfermeiros do SUP do HDE sendo a população constituída por 32 elementos de enfermagem. A totalidade dos questionários foi devolvida e considerada válidos. Por motivos temporais, licença por doença ou férias não foi possível entregar os questionários a toda a equipa de enfermagem.

Idade dos Enfermeiros



Categoria Profissional



Assim, a amostra é constituída por 25 enfermeiros de ambos os géneros, nomeadamente 7 homens (28 %) e 18 mulheres (72 %). A maioria dos enfermeiros encontra-se na faixa etária dos 25-29 anos (44%) sendo assim uma equipa de profissionais jovem. Dos enfermeiros inquiridos, 80% exerce funções como enfermeiros de cuidados gerais sendo os restantes 20% EESIP.

As primeiras 4 perguntas foram feitas de acordo com a Escala de Lickert. Na escala de Likert as respostas para cada item variam segundo o grau de intensidade.

PERGUNTA 1. *"O conforto engloba a criança/família no seu contexto físico, sociocultural, psico-espiritual e ambiental".*

Categorias	Nº enfs. (Freq.Abs.)	Nº enfs. (Freq.Relat.)
Discordo totalmente	0	0
Discordo	0	0
Sem opinião	0	0
Concordo	8	32%
Concordo totalmente	17	68%
TOTAL	25	100%

PERGUNTA 2. *"Os enfermeiros devem identificar as necessidades de conforto ainda não satisfeitas pela criança/família e planear as intervenções para as satisfazer".*

Categorias	Nº enfs. (Freq.Abs.)	Nº enfs. (Freq.Relat.)
Discordo totalmente	0	0
Discordo	0	0
Sem opinião	0	0
Concordo	2	8%
Concordo totalmente	23	92%
TOTAL	25	100%

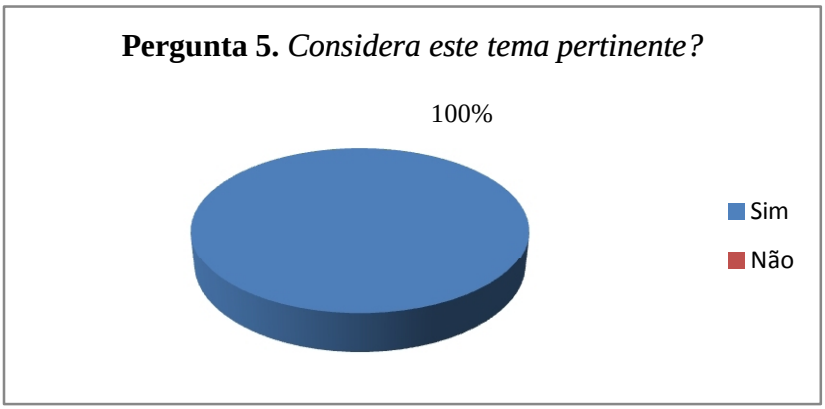
PERGUNTA 3. *"O conforto é um resultado das intervenções de enfermagem que possibilita à criança/família adoptarem comportamentos saudáveis".*

Categorias	Nº enfs. (Freq.Abs.)	Nº enfs. (Freq.Relat.)
Discordo totalmente	0	0
Discordo	0	0
Sem opinião	0	0
Concordo	19	76%
Concordo totalmente	6	24%
TOTAL	25	100%

PERGUNTA 4. *"Neste serviço são levantadas as necessidades de conforto e aplicadas as estratégias correspondentes para o conforto do recém-nascido/família".*

Categorias	Nº enfs. (Freq.Abs.)	Nº enfs. (Freq.Relat.)
Discordo totalmente	0	0
Discordo	1	4%
Sem opinião	6	24%
Concordo	18	72%
Concordo totalmente	0	0
TOTAL	25	100%

Com estas quatro perguntas iniciais, pretendeu-se conhecer qual a atitude e o conceito que os enfermeiros do SUP têm sobre o conforto da criança/família nas suas definições gerais. Desta forma, considera-se que a maioria dos enfermeiros (68%) concorda totalmente que o conforto engloba a criança/família no seu contexto físico, sociocultural, psicoespiritual e ambiental sendo que 92% concorda também totalmente que as necessidades de conforto devem ser satisfeitas e as intervenções planeadas para as satisfazer. Sobre o conforto ser o resultado das intervenções de enfermagem e permitir à criança/família adoptarem comportamentos saudáveis, 76% concorda e 24% concorda totalmente. Por fim, 72% dos enfermeiros concorda que no SUP do HDE são levantadas as necessidades de conforto da criança/família e aplicadas estratégias para as satisfazer. No entanto, a realçar que 24% dos enfermeiros não tem opinião sobre este assunto, ou seja, não aparenta ter a certeza que as necessidades são levantadas como deveria. Por outro lado, 4% dos enfermeiros discorda com esta afirmação, considerando que no SUP do HDE não são identificadas as necessidades de conforto da criança/família. Desta forma, é notório que os enfermeiros se identificam com as definições de conforto e com o mesmo ser considerado por Kolcaba como o resultado esperado das intervenções de enfermagem. Assim, considera-se que a equipa do SUP do HDE se vai identificar com Kolcaba na sua TC.



A totalidade dos enfermeiros inquiridos no SUP considera o tema do conforto do RN/família pertinente o que justifica a escolha do mesmo para ser desenvolvido no módulo de estágio III.

Pergunta 6. *"Identifique três estratégias de conforto ao recém-nascido/família".*

Categoria – Contexto Físico	*Total de Respostas*
Alívio da dor	*21*
Posicionamento/contenção	*6*
TOTAL:	*27*

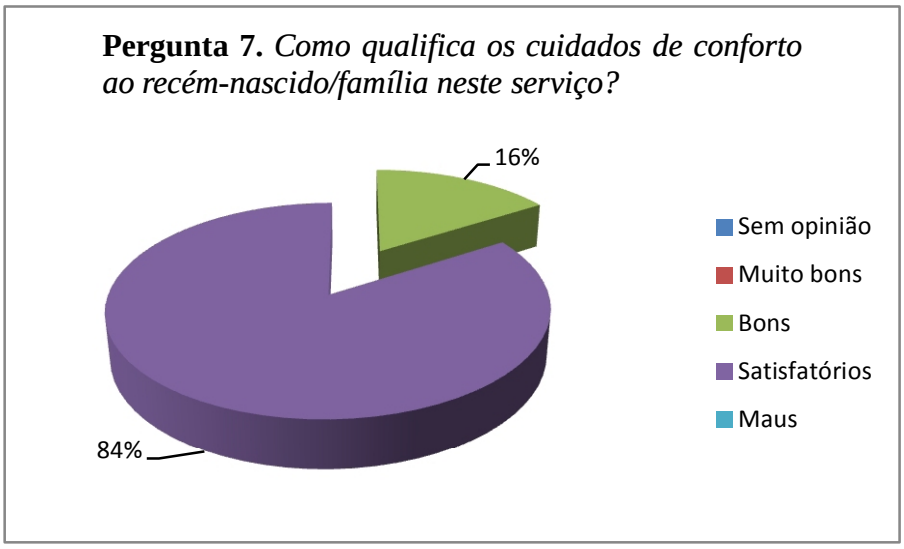
Categoria – Contexto Ambiental	*Total de Respostas*
Ambiente calmo	*16*
Tentar reduzir ao máximo o tempo de permanência do RN no SUP	*4*
TOTAL:	*20*

Categoria – Contexto Psicoespiritual	*Total de Respostas*
Gerir a ansiedade na família	*4*
Promover a parceria de cuidados	*11*
TOTAL:	*15*

Categoria – Contexto Sociocultural	*Total de Respostas*
Partilha de informação	*4*
TOTAL:	*4*

A realçar que cerca de 6 enfermeiros não responderam a esta questão. Esta pergunta pretendia saber qual as estratégias mais identificadas pelos enfermeiros como promotoras do conforto e em qual contexto as mesmas se inseriam. Desta forma, foi

notório que a estratégia mais identificada (21 vezes) foi o alívio da dor no contexto físico, seguida do proporcionar um ambiente calmo (16 vezes) no contexto ambiental. A parceria de cuidados foi referida 11 vezes no contexto psicoespiritual e, por último, foi 4 vezes referida a partilha de informação no contexto sociocultural. Desta forma, verifica-se que para a maioria dos enfermeiros o conforto surge associado à ausência de dor e à dimensão física da pessoa. No entanto, Kolcaba defende que seres humanos têm respostas holísticas perante um estímulo complexo, devendo ser analisadas todas as necessidades nos seus diferentes contextos (1994). Com o percurso ao longo do estágio, no SUP, foi precisamente isso que se tentou demonstrar ao identificar as necessidades do RN/família não dissociando nunca este binómio numa lógica do cuidado centrado na família, perspectiva que deve ser a de um EESIP.



Com a pergunta 7, constata-se que a maioria dos enfermeiros (87%) considera os cuidados de conforto ao RN/família prestados no SUP apenas como satisfatórios e só 16% os considera como bons pelo que existem pontos a melhorar nesta área. De seguida, importou saber então quais as estratégias que a própria equipa sugere para a melhoria dos cuidados de forma a se posteriormente se puder reflectir sobre as mesmas.

7.1. "Quais as estratégias que sugere para optimizar os seus cuidados de conforto ao recém-nascido/família"

- ✓ "Promover espaço físico adequado para além da extensão 20;
- ✓ "Gerir adequadamente o ambiente";

- ✓ “Posicionar confortavelmente o RN”;
- ✓ “Formação tendo como princípio o NIDCAP”;
- ✓ “Estimular a vinculação”;
- ✓ “Maior participação dos pais nos cuidados”;
- ✓ “Medidas não farmacológicas de alívio da dor”;
- ✓ “Aumento do número de enfermeiros”;
- ✓ “Adquirir mais conhecimentos relacionados com o tema através das Formação”.

Sugeriram promover um espaço específico para além da sala existente no SUP (extensão 20) para as crianças mais frágeis (imunodeprimidas, RNs, deficientes) com melhores condições. Esta sugestão iria de encontro à tranquilidade no contexto do conforto ambiental pois para Kolcaba o estado de tranquilidade é visto como um estado de contentamento, no qual ao se manipular o ambiente existe uma melhoria da performance do indivíduo. Para tal, é necessária uma reflexão sobre como ajustar o indivíduo ao ambiente e este estado pode ser avaliado através da correlação do indivíduo com as características do ambiente (Kolcaba, 1991). No entanto, por razões económicas e institucionais tal facto não é possível, pelo menos actualmente, apesar de ter ficado a sugestão ao Enfermeiro Chefe.

Outras das sugestões está relacionada com a formação sobre o NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessement Program) que tem como objectivo implementar a filosofia de cuidados centrada na família, numa perspectiva do desenvolvimento. As áreas de intervenção são: o ambiente (reorganização funcional e arquitectónica, redução do nível sonoro e de luminosidade, reflexão sobre a pertinência de alguns procedimentos); a concentração dos cuidados; o posicionamento do RN (posição natural em flexão com contenção, e sucção) e a vigilância dos sinais comportamentais do RN que são ensinados aos pais os quais são incentivados à participação activa nos cuidados. Por o interesse manifestado, estas importantes noções foram dadas na sessão, pelo seu carácter holístico sobre o RN, apesar de ter sido dito que num ambiente transitório característico do SUP dificilmente é possível implementar esta filosofia de cuidados muito associada à Neonatologia. No entanto, após terem sido dados a conhecer os conceitos básicos no posicionamento do RN com o material de contenção próprio, por o mesmo não estar disponível no SUP, foi realizada uma demonstração prática de como as mesmas noções de alinhamento e contenção poderiam

ser aplicadas noutras formas de posicionamento alternativas com lençóis (técnica do envelope). Após a exemplificação com um boneco, foi sugerido aos próprios enfermeiros fazerem eles próprios a técnicas de forma a aprenderem e a poderem aplicá-la na prática para a melhoria do conforto do RN. Esta solução irá permitir contornar o problema de não existirem berços de grades no serviço de observação o que obriga aos RNs a permanecerem numa cama na qual é difícil delimitar os limites e sentirem-se seguros e com conforto no posicionamento.

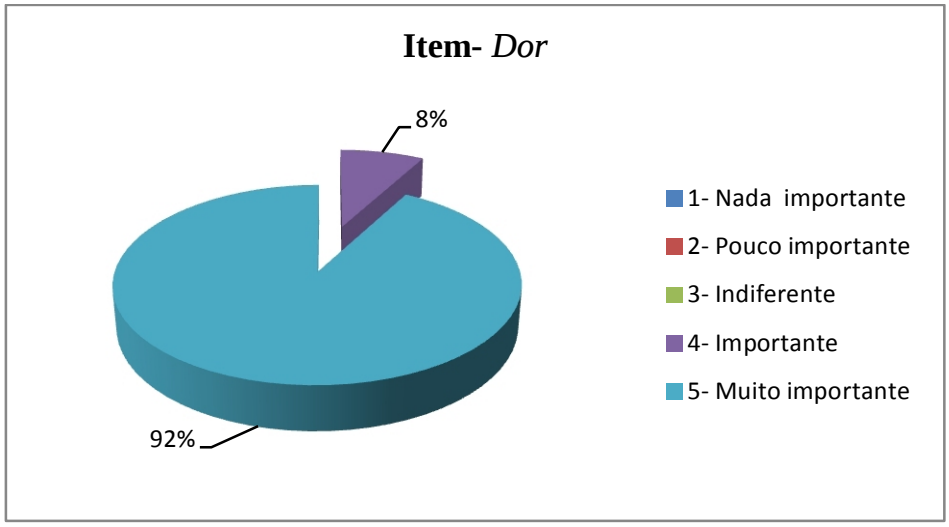
A sugestão dada da maior presença dos pais, inserida no contexto sociocultural e no psicoespiritual, foi reforçada com os conceitos dos cuidados centrados na família na forma como os pais possam ser parceiros nos cuidar e importantes para o conforto do RN podendo pegar ao colo, ajudar na contenção e falar suavemente com o RN, estimulando-se assim a vinculação. Neste caso especifico, é difícil dissociar os dois contextos estando interligados entre si, não esquecendo que a estrutura taxonómica da TC é algo dinâmico e dependentes uns contextos dos outros.

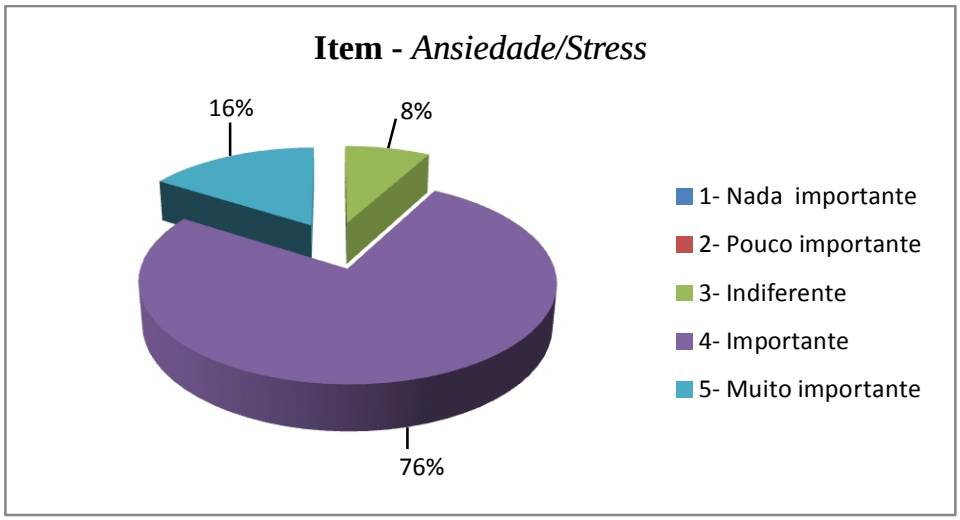
Uma maior aplicação das medidas não farmacológicas para o alívio da dor, também foi uma das estratégias sugeridas, tendo sido relembrado a sua importância nomeadamente a sucrose, o EMLA e a presença dos pais.

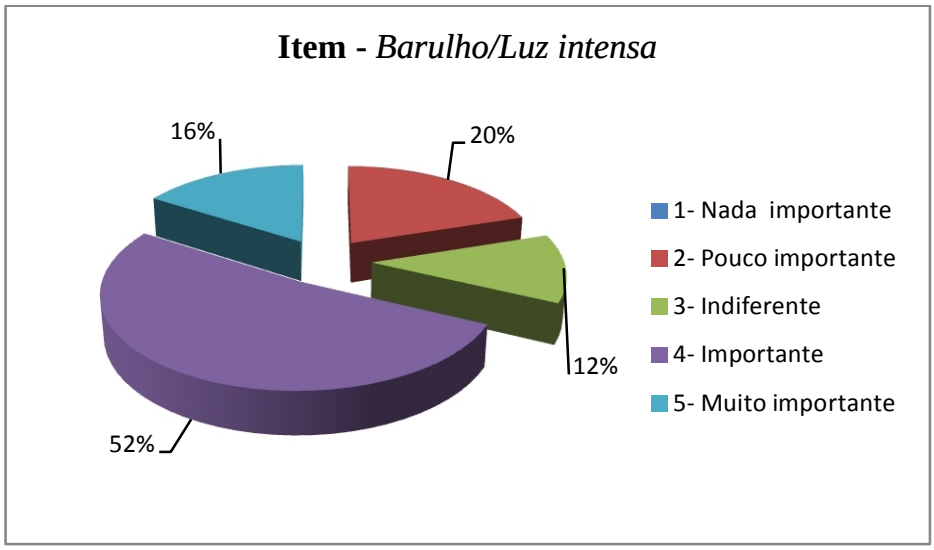
O aumento do número dos enfermeiros foi outra sugestão que, apesar de ser algo considerado como ideal, por razões institucionais e políticas é difícil de concretizar no panorama actual da saúde em Portugal.

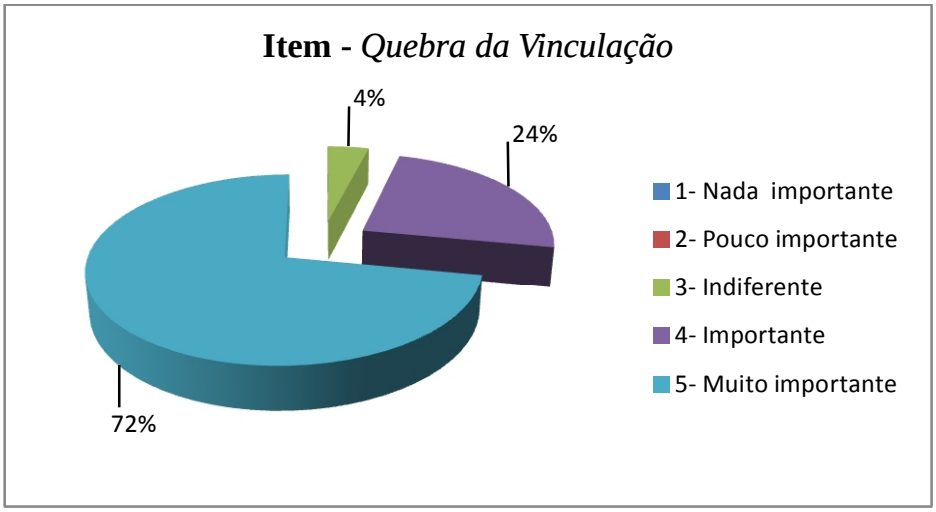
Outra das sugestões referidas, foi mais formação neste âmbito do conforto pelo que se optou por compilar os resultados do estudo realizado no SUP, a apresentação da sessão e diversos artigos sobre a temática em um dossier informativo intitulado "O conforto do RN/família no SUP" para futura consulta.

PERGUNTA 8 - *"Classifique os seguintes itens de acordo com o seu grau de importância para o conforto do recém-nascido/família (1- nada importante, 5- muito importante".*









Com a pergunta 8, pretendeu-se verificar qual a importância dada pelos enfermeiros a cada um dos contextos do conforto referidos por Kolcaba. Desta forma, constata-se que consideram como muito importante o contexto físico (92%) (a dor como uma sensação corporal), seguido do contexto sociocultural (72%) (a quebra da vinculação com o uma relação familiar) e em concomitância o contexto psicoespiritual (16%) (ansiedade/stress como um auto-conceito) com o contexto ambiental (16%) (barulho/luz intensa como condições do meio). No outro extremo da escala, o nada importante não foi referenciado por nenhum inquirido atribuindo assim, alguma importância a todos os contextos. Como pouco importante, é referenciado por alguns enfermeiros o contexto sociocultural. No ponto indiferente, o contexto sociocultural é o mais apontado, seguido do psicoespiritual e por fim, o sociocultural. Desta forma, o contexto físico aparenta ser o mais valorizado pelos enfermeiros, seguido do sociocultural, psicoespiritual e ambiental.

ANEXO XVIII

Sessão de Formação "O RN/família no Serviço de Urgência Pediátrica – Teoria do Conforto"

A – Plano de Sessão

B – Dispositivos

C – Avaliação da Sessão

PLANO DE SESSÃO

Tema da Sessão	***O Recém-nascido no Serviço de Urgência Pediátrica - Teoria do Conforto -***
População-alvo	Enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrico (SUP)
Formadora	Joana Rainha (Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria)
Objectivo Geral	Promover na equipa de enfermagem a importância dos cuidados de conforto ao recém-nascido/família (RN) no serviço de Urgência Pediátrica.
Objectivos Específicos	Que no final da sessão a equipa de enfermagem seja capaz de: 1. Identificar as necessidades de conforto do RN/família no SUP; 2. Reflectir sobre os resultados dos questionários relacionados com a temática como um diagnóstico da situação; 3. Identificar as estratégias de conforto aos RN/família no SUP; • Reflectir sobre as mudanças que podem ocorrer na prática para a melhoria dos cuidados do SUP.
Indicador de Avaliação	• Pelo menos 2 respostas correctas dada a cada pergunta feita no final da sessão; • Pelo menos 50% das pessoas estimadas (15) compareçam às sessões de formação.
Duração	30 Minutos
Data/Hora	• 9 de Dezembro de 2010 às 8h30 • 15 de Dezembro de 2010 às 15h30
Local	Sala de Enfermagem do SUP

Fases da Sessão	Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas	Recursos Didácticos	Tempo
Introdução	Apresentação da formadora e da temática	Expositivo	Computador Data show	1 min
	Enquadramento do estágio	Expositivo	Computador Data show	1 min
	Objectivos	Expositivo	Computador Data show	1 min
Desenvolvimento	Justificação da temática	Expositivo	Computador Data show	1 min
	Sucinta apresentação da Teoria do Conforto de Kolcaba e das necessidades de conforto do RN/família no SUP	Expositivo	Computador Data show	3 min
	Caracterização do RN admitido no SUP	Expositivo	Computador Data show	2 min
	Diagnóstico da Situação com a apresentação dos resultados do questionário aplicado à equipa	Expositivo e Interrogativo	Computador Data show	4 min
	Necessidades de conforto do RN/família no SUP	Expositivo/Interrogativo/ Componente Prática nos posicionamentos do RN	Computador Data show Rolo de posicionamento/”ninhos”/lençóis/boneco	10 min
Conclusão	Reflexão Final	Expositivo		1 min
	Avaliação	Expositivo e Interrogativo	Computador Data show	2 min
	Esclarecimento de dúvidas e reflexão	Expositivo/Interrogativo		4 min

O recém-nascido no Serviço de Urgência Pediátrica

Teoria do Conforto



Elaborado por Joana Rainha, ACMEESIP sob orientação da EESIP Marta Pereira
Dezembro, 2010

Objectivos



- **Geral:**
  - Promover na equipa de enfermagem a importância dos cuidados de conforto ao recém-nascido/família(RN) no serviço de Urgência Pediátrica (SUP).
- **Específicos:** Que no final da sessão, a equipa seja capaz de:
  - Identificar as necessidades de conforto do RN/família no SUP;
  - Reflectir sobre os resultados dos questionários relacionados com a temática como um diagnóstico da situação;
  - Identificar as estratégias de conforto aos RN/família no SUP;
  - Reflectir sobre as mudanças que podem ocorrer na prática para a melhoria dos cuidados do SUP.

O porque do tema? ...Recém-nascidos



- Observação Directa e Diagnóstico de Situação;

Relacionar com a teoria do Conforto de Kolcaba

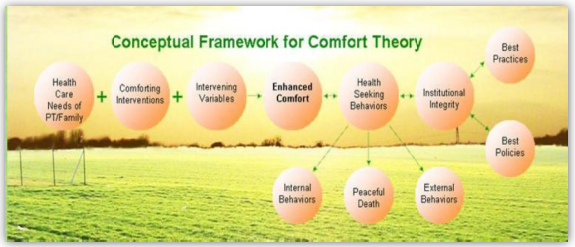
O essencial da Teoria do Conforto é toda a pessoa holística inserida nos seus diferentes contextos , nomeadamente o físico, social, psicoespiritual e ambiental.

(Kolcaba, 2003)



Premissas da Teoria do Conforto





www.thecomfortline.com/

Caracterização do RN admitido na Urgência Pediátrica



Motivo de Recurso à Urgência	n
Queixas Gastrointestinais	201
Alteração transito Intestinal	67
Vómitos	51
Dificuldade alimentar	57
Má progressão ponderal	16
Icterícia	170
Queixas respiratórias	161
Choro	141
Lesões cutaneo-mucosas	118
Lesões oculares	42
Outros	107
Febre	17

Conclusões:

- 70% das idas são injustificadas;
- 83,6% tiveram alta para o domicilio;
- 11% ficaram internados;
- 5% foram referenciados para a consulta externa.

Estudo descritivo longitudinal no período de 12 meses, no Hospital Garcia de Orta (2006). nTotal: 3501 neonatos

Diagnóstico da Situação



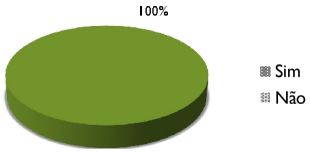
- População de 34 enfermeiros do SUP.
- Amostra de 17 enfermeiros.

Neste serviço são levantadas as necessidades de conforto e aplicadas as estratégias correspondentes para o conforto do RN/família.

Categorias	Nº enfs. (Freq.Abs.)	Nº enfs. (Freq.Relat.)
Discordo totalmente	0	0
Discordo	1	4%
Sem opinião	6	24%
Concordo	18	72%
Concordo totalmente	0	0
TOTAL	25	100%

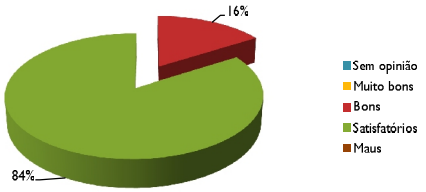
Diagnóstico da Situação

Considera este tema pertinente?



Diagnóstico da Situação

Como qualifica os cuidados de conforto ao RN/Família neste serviço.



Diagnóstico da Situação

Quais as estratégias que sugere para optimizar os seus cuidados de conforto ao RN/Família.

- ✓ Promover espaço físico adequado para além da extensão 20;
- ✓ Gerir adequadamente o ambiente;
- ✓ Formação tendo como principio o NIDCAP;
- ✓ Posicionar confortavelmente o RN;
- ✓ Estimular a vinculação;
- ✓ Maior participação dos pais nos cuidados;
- ✓ Medidas não farmacológicas de alivio da dor;
- ✓ Aumento do número de enfermeiros;
- ✓ Adquirir mais conhecimentos relacionados com o tema com "Formação";



- NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessement Program) tem como **OBJECTIVO** implementar a filosofia de cuidados centrada na familia , numa prespectiva do desenvolvimento.

ÁREAS DE INTERVENÇÃO:

1. **O ambiente** (reorganização funcional e arquitectónica, redução do nível sonoro e de luminosidade, reflexão sobre a pertinência de alguns procedimentos)
2. **A concentração dos cuidados**
3. **O posicionamento do RN** (posição natural em flexão com contenção, e sucção)
4. **Os sinais comportamentais do RN são ensinados aos pais** que são incentivados à participação activa nos cuidados.

in http://www.nidcap.org/

Necessidades de Conforto do RN - Teoria do Conforto -

- **Contexto Físico:**
  - ✓ Integridade Cutânea;
  - ✓ Alivio da dor;
  - ✓ Posicionamento e mobilizações.
- Contexto Psico-Espiritual:
  - ✓ Parceria de Cuidados
- **Contexto Ambiental:**
  - ✓ Ruído;
  - ✓ Luz;
- **Contexto Socio-cultural:**
  - ✓ Acesso à informação;
  - ✓ Encaminhamento da família;

Contexto Físico – Integridade Cutânea -

A epiderme do RN de termo é comparável à de um adulto mas menos pigmentada, espessa e hidratada.

✓ **Prevenir queimaduras:**

- ❑ Desinfecção ⇒ ✓ Clorohexidina; ✓ Iodopovidona dérmica s/álcool

✓ **Prevenir lesões cutâneas:**

- ❑ Usar o mínimo de fita adesiva para fixar cateteres ou sondas (Cavillon®);
- ❑ Usar eléctrodos próprios de recém-nascido;
- ❑ Remover os adesivos com compressas embebidas em água morna e com tracção paralela à pele;
- ❑ Nunca utilizar agentes ligantes (beijoim);
- ❑ Manter decúbito cada 3 hors.

(Consensos em Neonatologia, 2004)

Contexto Físico
– Integridade Cutânea -

✓ **Prevenir lesões cutâneas:** Exemplo prático



Contexto Físico
- Alivio da Dor, 5ºSinal Vital -

MEDIDAS PARA O ALÍVIO DA DOR:

1) Presença dos Pais (Contenção) + Voz calma + Movimentos Suaves

2) Sucção Não Nutritiva + Sucrose (24%) ou Dextrose a 30%

⇩

✓ Solução oral 2 minutos antes do procedimento

✓ Dose: 2 ml (1 a 2 gts por cada minuto na língua ou na chucha

⇩

GIBBINS (2002) comparou em 190 recém-nascidos submetidos a punção do calcanhar o uso de sucção não nutritiva associada ao açúcar ou a água destilada. Observou que o uso da sucção não nutritiva associada ao açúcar foi a mais eficaz, o desconforto foi menor e não se comprovou nenhum efeito secundário.

(in Jornal de Pediatria " A eficácia da Sacarose no alívio da dor nos neonatos")

Contexto Físico
- Alivio da Dor, 5ºSinal Vital -

MEDIDAS PARA O ALÍVIO DA DOR: Exemplo Prático da Contenção



Contexto Físico
- Alivio da Dor, 5ºSinal Vital -

3) O EMLA deve ser utilizado em RN ≥ 37 semanas;

⇩

✓ Em RN com idade ≤ 3 meses (peso corporal ≤ 5kgs) não existem dados sobre um tempo de aplicação superior a 1 hora.

4) Técnica do Envelope

Contexto Físico
- Alivio da Dor, 5º Sinal Vital -





Contexto Físico
– Posicionamentos -

❖ Posicionamentos correctos PERMITEM

⇩

✓ Reduzir a actividade descoordenada;

✓ Promover um alinhamento músculo-esquelético correcto;

✓ Promover as funções cardíaca, pulmonar e gastrointestinal;

✓ Fornecer os estímulos adequados ao desenvolvimento do sistema nervoso central.

❖ Princípios Fundamentais no Posicionamento:

✓ Facilitar o movimento da mão á boca e a orientação da linha média;

✓ Estimular a exploração visual do ambiente;

✓ Suporte e alternância dos decúbitos.



Contexto Físico
– Posicionamentos -





Contexto Físico
– Posicionamentos -





Contexto Físico
– Posicionamentos -



E quando não existe ninho nem rolo de posiconamento?

Contexto Físico
– Posicionamentos -



❖ Como efectuar as mudanças de posição?

✓ De forma harmoniosa, com suavidade e movimentos seguros;

✓ Ao virar o RN, assegurar que os braços são mantidos próximos do corpo e com as pernas em ligeira flexão;

✓ Efectuar a rotação do corpo, mantendo sempre um certo grau de contenção.



Contexto Ambiental
-Controlo Estímulos Stressores -



- As luzes intensas e brilhantes, elevados níveis de ruído e sensações dolorosas frequentes e a privação do sono, afectam negativamente o desenvolvimento precoce dos sistemas visual e auditivo do RN.

✓ Aumentos temporários da iluminação estão indicados para examinar os RN's ou executar os procedimentos técnicos. Está provado que a luminosidade deficiente diminui a produtividade e facilita o aparecimento de erros, mas sabe-se também que intensidades luminosas elevadas não são precisas em toda a área de trabalho.

✓ Deve-se utilizar a fonte de iluminação individual de cada unidade.

✓ Evitar atingir os olhos do RN com luz directa.

(*in* Consensos de Neonatologia" Luz na UCIN", 2008)

Contexto Psico-Espiritual
- Parceria de Cuidados-



❖ Parceria de Cuidados é a *" formalização da participação dos pais no cuidar dos seus filhos hospitalizados "* (Keating e Gilmore, 1996)

Cuidados Centrados na Família

✓ Partilha de Informação e conhecimentos para a tomada de decisão

Cuidados Negociados

✓ Conduz a um plano de cuidados combinado mutuamente e ao nível da participação dos pais nesses cuidados, consoante a habilitação e desejo de cada um

Importante Registar a presença e reacções/comportamentos dos pais

(*in* Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas: Predisposição dos enfermeiros e dos pais, 2002)

Contexto Sociocultural
- Informação -



- O enfermeiro deve ser um elemento facilitador do papel parental ao promover ensinos e fornecer á família conhecimentos e informações que promovam a aquisição de competências para melhor cuidar do RN de forma a adoptarem comportamentos saudáveis.

✓ Ensino á mãe se correr nova situação (igual ou semelhante) que deve recorrer ao Centro de Saúde ou Saúde 24 caso não o tenha feito;
✓ Alertar para os riscos de recorrer ao SU por causas não urgentes;
✓ Esclarecer dúvidas .

In "Recém-nascidos na urgência pediátrica", 2006

Reflexão Final



O essencial da Teoria do Conforto é toda a pessoa holística inserida nos seus diferentes contextos nomeadamente o físico, o psicoespiritual, o ambiental e o sociocultural.

Pressupostos da Teoria do Conforto aplicada à pediatria:

1. A criança/família tem uma resposta holística perante um estimulo;
2. O conforto é o resultado desejável;
3. Os enfermeiros devem identificar as necessidades de conforto que ainda não tenham sido satisfeitas e planear intervenções para as satisfazer;
4. Se o conforto pretendido é atingido, a criança/família são incentivados a adoptar estilos de vida saudáveis;

In "Confort theory and its application to pediatric nursing" (2005)

Referências Bibliográficas



- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. – Noise: a hazard for the fetus and newborn. **Committee on Environmental Health.** 1997, p.724-727;
- CUNHA et al. – Recém-nascidos na urgência pediatrica hospitalar. **Acta Pediátrica Portuguesa.** Vol.38, nº6, 2006, p. 235-240;
- GASPARDO et al. – A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. **Jornal de Pediatria**. Vol.81, nº6, 2005, p.435-442;
- GUSTAVO et al. – Analgesia e sedação. **Consensos de Neonatologia,** 2001, p.45-51;
- INFARMED. – Folheto informativo Betadine Alcoólica Dérmica. 2006;
- KOLCABA, Katharine; DiMarco, A., Marguerite – Comfort Theory and the Application to Pediatric Nursing. **Pediatric Nursing.** nº3, vol.31 (Maio/Junho 2005), p. 187-194;

Referências Bibliográficas



- KOLCABA, Katharine – Comfort Theory and Practice. New York, **Springer Publish Company**. 2003. ISBN: 0-8261-1663-7;
- MACEDO et al. – Cuidados Cutâneos ao recém-nascido. **Consensos de Neonatologia,** 2001, p.106-107;
- MANO, M. – Cuidados em Parceria às crianças hospitalizadas: presiposição dos enfermeiros e pais. Revista Referência., nº8 (Maio), 2002, p.53-61;
- MERKEL, S. – Comfort Theory: a framework for pain management nursing practice. **Apresentation of Pediatric Pain Service of the Motts Children Hospital**. 2007;
- "NIDCAP training" *in* http://www.nidcap.org/ (consultado em Novembro 2010)

	FORMAÇÃO – AVALIAÇÃO DA SESSÃO **“O recém-nascido/família no serviço de urgência pediátrica”** **- Teoria do Conforto - ”**	**SUP.**

Tema O recém-nascido/família no serviço de urgência pediátrica

Acção tipo: Actualização/Aprendizagem **Duração** 30 minutos Data 09/12/2010 e 15/12/2010

Formador: Joana Isabel Rainha (ACMESIP)

Coloque uma Cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, para cada uma das afirmações que se seguem

APRECIAÇÃO GLOBAL	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas			10%	90%
2. Os objectivos da sessão foram atingidos			10%	90%
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil				100%
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos				100%
5. A teoria foi relacionada com a prática			5%	95%
6. A formação apresentou nível técnico-científico				100%
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes				100%

	FORMAÇÃO – AVALIAÇÃO DA SESSÃO “O recém-nascido/família no serviço de urgência pediátrica” - Teoria do Conforto - ”	SUP.

ORGANIZAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
8. A documentação distribuída/ disponibilizada possui qualidade				100%
9. Os meios audiovisuais utilizados foram adequados				100%
10. As instalações foram adequadas			30%	70%
11. A duração da formação foi adequada				100%
12. O horário da formação foi adequado				100%
13. A divulgação da formação foi suficiente				100%

Classifique os **formadores** utilizando a seguinte escala: 1- Insuficiente 2- Suficiente 3- Bom 4- Muito Bom

FORMADORES E METODOLOGIA	1	2	3	4
14. Domínio dos conteúdos apresentados			10%	90%
15. Facilidade de transmissão de conhecimentos			10%	90%
16. Capacidade de motivar e despertar interesse nos formandos				100%
17. Interacção com o grupo				100%
18. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas				100%
19. Gestão do tempo				100%
20. Pontualidade				100%

	FORMAÇÃO – AVALIAÇÃO DA SESSÃO **“O recém-nascido/família no serviço de urgência pediátrica”** **- Teoria do Conforto - ”**	**SUP.**

COMENTÁRIOS
21. Dentro da temática apresentada, refira dois aspectos que considerou importantes para o seu desenvolvimento *As unidades de contexto referidas nesta categoria foram:* ✓ 80% Aquisição de novos conhecimentos; ✓ 80% Revisão de estratégias de conforto para o recém-nascido; ✓ 50% Componente prática na exemplificação dos posicionamentos de contenção no recém-nascido; ✓ 20% Clareza na apresentação; ✓ 20% Novas formas de fixar sondas e cateter venosos; ✓ 20% Relato de dados empíricos através dos resultados dos questionários; ✓ 10% Não respondeu.
22. Dentro da temática apresentada, refira dois aspectos que considerou menos importantes ✓ 100% Não respondeu.
23. Comentários e sugestões de melhoria ✓ 30% Fazer no futuro mais formações relacionadas com o tema. ✓ 70 % Não respondeu.

Obrigado pela sua participação.

ANEXO XIX

Estrutura Taxonómica da Teoria do Conforto no Módulo III (UCIN)

Quadro 4 - Estrutura Taxonómica da TC com o levantamento das necessidades de conforto do RN/família em situação crítica, no Módulo III na UCIN.

		TIPO DE CONFORTO (ESTADOS)		
		Alívio	**Tranquilidade**	**Transcendência**
CONTEXTO DO CONFORTO	**Físico**	• Perturbações do sono; • Stress; • Dor; • Agitação motora.	• Dificuldade em dormir; • Percepção aumentada da dor; • Posicionamentos pouco adequados.	• Perturbações do sono, linguagem e comportamentos sociais; • Alterações físicas ao nível da locomoção.
	Psicoespiritual	• Dificuldade em o RN se organizar; • Sofrimento do RN/família; • Quebra da vinculação; • Dificuldade da transição para o papel parental; • Não uniformização dos Cuidados Paliativos.	• Irritabilidade; • Demasiados estímulos para um RN prematuro; • Diminuição da auto-estima e confiança dos pais.	• Desespero; • Falta de esperança; • Perspectivas negativas no futuro, esperando o pior e sem melhoria; • Negação; • Dificuldade em tomar decisões, • Sentimentos paradoxais (conflito entre o que será bom e mau para o seu filho)
	Sociocultural	• Insatisfação relacionada com o papel parental; • Desconhecimento do futuro; • Presença de elementos significativos; • Dúvidas sobre normas e funcionamento da UCIN.	• Culpabilização dos pais; • Incapacidade de cumprirem o papel parental.	• Falta de perspectiva sobre se irão ser capazes de fazer a transição para o papel parental; • Projecto familiar comprometido; • Dificuldades em gerir a rede familiar e social.
	Ambiental	• Ruído • Manipulação excessiva e desorganizada; • Interrupção frequente do sono do RN.	• Necessidade de um ambiente tranquilo para estabelecer uma ligação RN/pais; • Stress; • Estado de alerta aumentado.	• Incapacidade para se organizar; • Desenvolvimento pouco harmonioso; • Lesões auditivas e oculares; • Perturbações sociais e cognitivas.

ANEXO XX

Sessão de Formação "Projecto Hora da Sesta – Teoria do Conforto"

A – Plano de Sessão
B – Dispositivos
C – Avaliação da Sessão

PLANO DE SESSÃO

Tema da Sessão	***O Projecto "Hora da Sesta"*** ***- Teoria do Conforto -***
População-alvo	Enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)
Formadora	Joana Rainha (Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediatria)
Objectivo Geral	Implementar o Projecto "Hora da Sesta" com base na Teoria do Conforto de Kolcaba.
Objectivos Específicos	Que no final da sessão a equipa de enfermagem seja capaz de: 1. Descrever sucintamente a Teoria de Conforto de Kolcaba; 2. Identificar as necessidades de conforto do RN/família na UCIN; 3. Identificar as principais fontes de stress para o RN/família; 4. Identificar os períodos limitados de tempo em cada turno, para a implementação das estratégias de conforto ambiental; 5. Enumerar as diversas estratégias para o conforto ambiental do RN/família; 6. Reflectir sobre as mudanças que podem ocorrer na prática para a melhoria dos cuidados.
Indicador de Avaliação	• Pelo menos 2 respostas correctas dada a cada pergunta feita no final da sessão; • Pelo menos 50% das pessoas estimadas (8) compareçam às sessões de formação.
Duração	30 Minutos
Data/Hora	18 de Janeiro
Local	Sala de Reuniões da UCIN

Fases da Sessão	Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas	Recursos Didácticos	Tempo
Introdução	Apresentação da formadora e da temática	Expositivo	Computador Data show	1 min
	Enquadramento do estágio	Expositivo	Computador Data show	1 min
	Objectivos	Expositivo	Computador Data show	1 min
Desenvolvimento	Justificação da temática	Expositivo	Computador Data show	1 min
	Sucinta apresentação da Teoria do Conforto de Kolcaba	Expositivo	Computador Data show	3 min
	Diagnóstico da Situação com o levantamento das necessidades de conforto do RN/família na UCIN	Expositivo/Interrogativo	Computador Data show	4 min
	Enquadramento nos Padrões da Qualidade da OE	Expositivo/Interrogativo	Computador Data show	2 min
	Apresentação de diversas evidências científicas na área	Expositivo	Computador Data show	5 min
	Metodologia do projecto e estratégias de conforto ambiental	Expositivo/Interrogativo	Computador Data show	5 min
Conclusão	Reflexão Final	Expositivo	Computador Data show	1 min
	Avaliação	Expositivo e Interrogativo	Computador Data show	2 min
	Esclarecimento de dúvidas e reflexão	Expositivo/Interrogativo	Computador Data show	4 min



Teoria do Conforto

Projecto "Hora da Sesta"

Elaborado por Joana Rainha, ACMEESIP sob orientação da EESIP Sofia Nuno

Janeiro, 2011

Objectivo Geral



- Implementar o Projecto "Hora da Sesta" no âmbito da Teoria do Conforto de Kolcaba;

Objectivos Específicos



- **Que no final da sessão, os formandos sejam capazes de:**
  - Descrever sucintamente a Teoria de Conforto de Kolcaba;
  - Identifica as necessidades de conforto do RN/família na UCIN;
  - Identificar as principais fontes de stress para o RN/família;
  - Identificar os períodos limitados de tempo em cada turno, para a implementação das estratégias de conforto ambiental;
  - Enumerar as diversas estratégias para o conforto ambiental do RN/família;
  - Reflectir sobre as mudanças que podem ocorrer na prática para a melhoria dos cuidados.

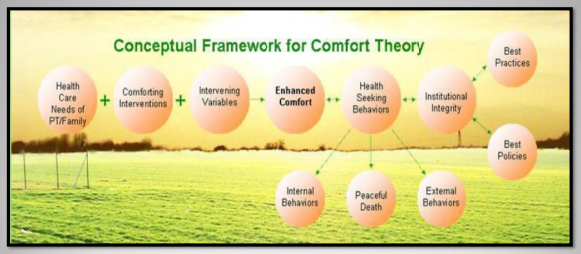
Teoria do Conforto

Katherine Kolcaba



O essencial da Teoria do Conforto é toda a pessoa holística inserida nos seus diferentes contextos nomeadamente o físico, social, psicoespiritual e ambiental.

(KOLCABA, 2003)



Teoria do Conforto

Katherine Kolcaba

www.thecomfortline.com/

Necessidades de Conforto não satisfeitas no RN/Família internado na UCIN do HDE



	Necessidades de Alivio	Necessidades de Tranquilidade	Necessidades de Transcendência
Físico	• Agitação motora ; • Perturbações do Sono; • Stress; • Dor ; • Posicionamentos.	• Dificuldade em dormir; • Percepção aumentada da dor; • Posicionamentos pouco adequados.	• Perturbações do sono, linguagem e comportamentos sociais; • Alterações físicas ao nível da locomoção;
Sociocultural	• Insatisfação relacionada com o papel parental; • Desconhecimento do futuro; • Necessidade de apoio da assistente social; • Presença de elementos significativos; • Dúvidas sobre normas e funcionamento da UCIN;	• Culpabilização dos pais; • Incapacidade de cumprirem o papel parental;	• Falta de perspectiva sobre se irão ser capazes de fazer a transição para o papel parental; • Incapacidade para pedir ajuda; • Projecto de vida familiar comprometido; • Dificuldades em gerir a rede familiar e social.

Necessidades de Conforto não satisfeitas no RN/Família internado na UCIN do HDE

	Necessidades de Alivio	Tranquilidade	Tranquilidade
Ambiental	•Ambiente ruidoso e agitado para o RN/Família; • Manipulação excessiva e desorganizada; • Interrupção frequente do sono do RN.	•Necessidade de um ambiente tranquilo para estabelecer uma ligação RN/pais e para o Método Canguru ; • Stress; • Estado de alerta aumentado	•Incapacidade para se organizar; • Desenvolvimento pouco harmonioso; •Lesões auditivas e oculares; • Perturbações sociais e cognitivas.
Psicoespiritual	•Dificuldade em o RN se organizar; • Sofrimento do RN/família; • Quebra vinculação; • Dificuldade da transição para o papel parental; • Não uniformização dos Cuidados Paliativos.	•Irritabilidade; •Demasiados estímulos para um RN prematuro; • Diminuição da auto-estima e confiança dos pais; •Medo/Angústia do futuro	•Desespero; • Falta de esperança; • Perspectivas negativas no futuro, esperando o pior e sem melhoria; • Negação; • Dificuldade em tomar decisões, • Sentimentos paradoxais (conflito entre o que será bom e mau para o seu filho)

Projecto "Hora da Sesta"

O porquê do tema...Hora da Sesta

Diagnóstico da Situação:

- Actualmente, a UCIN é um espaço recentemente renovado, com pinturas alusivas à pediatria e janelas com acesso ao exterior.

Assim, surge a "Hora da Sesta":



Ambiciona ser um período de silêncio com redução do ruído, luminosidade e manipulações de forma a melhorar os períodos de sono, diminuir os comportamentos de stress/alerta e promover um desenvolvimento do RN mais harmonioso.

O porquê do tema..Hora da Sesta

A implementação deste projecto tem a vantagem de não necessitar de grandes investimentos financeiros, dependendo essencialmente da formação da equipa multidisciplinar e da mudança de atitudes e da cultura da UCIN.



Padrões da Qualidade de Enfermagem

- No projecto "Hora da Sesta" o enunciado descritivo refere-se à Prevenção de Complicações:

"Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes"

- Segundo o Regulamento Interno do Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC), no artigo 6º, um dos seus objectivos é *"prestar cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, em tempo adequado, com eficiência e em ambiente humanizado".*

Pretende-se garantir uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados na UCIN a caminho da excelência, envolvendo toda a equipa multidisciplinar e garantindo a adopção de boas práticas e o empenho de todos.

O Ambiente

- Tecnologia = Ruído = Stress ambiental

O AMBIENTE inclui objectos físicos, objectos inanimados e as interacções com os cuidadores.

O conforto ambiental diz respeito às condições e influências externas o que implica a cor, o ruído, a luz, a temperatura, e existência de espaços físicos com vista para o exterior permitindo o acesso à natureza.



(KOLCABA, 2003)

Actualmente...

- A UCIN é um espaço recentemente renovado:
  - ✓ Espaço amplo;
  - ✓ Janelas com luz natural e acesso ao exterior;
  - ✓ Pinturas na parede alusivas à pediatria;
  - ✓ Fotografias com RNs internados anteriormente na UCIN.



No entanto, nas questões relativas aos efeitos negativos do RUÍDO, da LUMINOSIDADE e do EXCESSO DE MANIPULAÇÕES, necessita de uma mudança de comportamentos para se adequar às necessidades de conforto da sua população.

Assim, surge a "Hora da Sesta"

Evidências Científicas..Ruído

Os elevados níveis de ruído nas UCINs podem afectar negativamente o desenvolvimento e crescimento do RN.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (1997)

Os níveis de ruído em excesso e contínuos têm um impacto na saúde em geral mas mais especificamente provocam perdas auditivas, aumento da pressão arterial, da frequência cardíaca e respiratória e atraso no crescimento e desenvolvimento do RNs prematuros.

(AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS citado por ABBEY [et al], 2010)

Evidências Científicas..Ruído

Como medida de saúde pública, a *US Environmental Protection Agency* propôs uma intensidade de som nos hospitais de 45 dB durante o dia e de 35 dB durante a noite.

(COMMITTEE ON ENVIRONMENTAL HEALTH, 1997)

A redução dos níveis de ruído e o assegurar de mais períodos de silêncio, permite melhorar o desenvolvimento global, o aumento de peso e reduzir o duração da permanência hospitalar do RN.

(PHILBIN, 2000)

Foram isolados e quantificados três intervalos de tempo:

Intervalo	Valor Médio de LAeq (dB)	Variação de LAeq(dB)
0h-07h	51,95	47-55
08h-15h	57,81	55-61
16h-23h	55,79	53-69

Dados cedidos pela Engenheira Carolina Sá e Mello da Faculdade de Ciência e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa, no âmbito do estudo da Acústica Ambiental da UCIN, 2010

Actualmente..

O ruído na UCIN

- O ruído de fundo verificou-se ser constante com o valor de 46 dB;
- Entre as 0h e 7h, 90% do valor medido ultrapassa os 44 dB e 46 dB nas restantes horas;
- Os valores máximos, é o ruído impulsivo e ascende até aos 64 dB. Os valores mais altos, centram-se entre as 08h-09h, 14h, 15h-16h e 21h.

De realçar que este estudo foi realizado tendo em conta o **ambiente macro** que os RNs estão sujeitos em incubadora aberta ou quando se abrem as portas da incubadora. É importante considerar que os RNs estão sujeitos ao micro-ambiente e a outros tipos de sons como o motor da incubadora, o CPAP, o ventilador e, entre outros.

Evidências Científicas...Luminosidade

- O feto no ambiente uterino, já tem bem desenvolvido o ritmo circadiano utilizando alguns sinais maternos como a frequência cardíaca e os níveis de diversas hormonas.

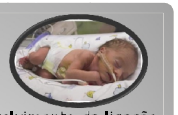
ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA (1997) recomendou a introdução regular do ciclo dia/noite na UCIN. Assim, recomendou uma intensidade de 100-150 Lx para 8 horas diárias com uma redução á tarde e noite.





ROBINSON et al (1991) estudou a luminosidade de 7 UCINs na Grã-Bretanha nos anos 90 e identificou valores de 348 Lx de intensidade luminosa à noite (20h00-08h00) e de 470 Lx durante o dia (07h00-20h00).

Evidências Científicas...Manipulação



- O toque tem sido identificado como crucial para o desenvolvimento da ligação pais-filho e para o desenvolvimento e crescimento em geral do RN.

(HARRISON & WOODS, 1991).

Em prematuros com IG inferior às 32 semanas, o toque excessivo pode provocar casos de hipóxia e o aumento da pressão sanguínea com hemorragia intraventricular.

(TARDY AND VOLPE, 1992)

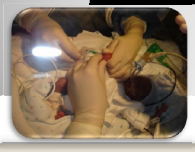


Evidências Científicas...Manipulação



- No útero, o feto está em sono profundo aproximadamente cerca de 80% do tempo com poucas interrupções.

Na UCIN, o sono de um RN em média é interrompido cerca de 132 vezes em 24 horas com períodos de repouso que variam entre os 4.6 a 9.2 minutos



Evidências Científicas...Manipulação



- O grande dispêndio de tempo no sono, principalmente na fase neonatal sugere que o sono é importante para o desenvolvimento cerebral e a para a plasticidade durante a infância.

(DANG, 2006)

Assim, a privação do sono pode originar:

- Apneia do Sono;
- Aumento dos Limites de Alerta;
- Aumento da percepção da dor.

Evidências Científicas...Equipa Multidisciplinar



- Os benefícios de um ambiente ameno na UCIN estendem-se, não só aos RN e sua família, mas a todos os grupos que aí interagem, incluindo os profissionais.

Os ambientes stressantes estimulam o sistema nervoso autónomo e elevam os níveis de cortisol o que pode contribuir para o *burnout* da equipa

(KAMet al, 1994)

Assim, pode-se admitir que a redução da luminosidade e ruído podem melhorar significativamente as capacidades e qualidades profissionais da equipa.

O Projecto "Hora da Sesta" ocorre em três fases:

1. PLANEAMENTO
2. FORMAÇÃO
3. IMPLEMENTAÇÃO

Metodologia

Planeamento



- Seleccionou-se em cada turno um período limitado para a implementação das estratégias de conforto ambiental para o RN/família.

Manhã	Tarde	Noite
13h30 – 14h30	19h30 – 20h30	03h30-05h30

Formação



Nesta fase incluem-se as sessões de formação sobre a "Hora da Sesta".

Estas devem ser realizadas à equipa de enfermagem, médicos e assistentes operacionais de forma a transmitir conhecimentos sobre o projecto, os seus objectivos e na forma como cada equipa pode colaborar.

Implementação



Estratégias de conforto ambiental a implementar no período da "Hora da Sesta":	
1.	Colocar de forma visível, nas diversas salas, o sinal identificativo de que está a decorrer a "Hora da Sesta";
2.	Evitar conversar neste período e se necessário sussurrar;
3.	Evitar arrastar cadeiras ou bater com as portas e/ou gavetas da unidade do RN;
4.	Silenciar rapidamente aos alarmes sonoros;
5.	Atender e consolar rapidamente um RN a chorar;
6.	Encaminhar as chamadas telefónicas possíveis para depois (instruir a equipa e os pais);
7.	Reorganizar as actividades com a equipa multidisciplinar para evitar perturbar o sono do RN

Implementação



Estratégias de conforto ambiental a implementar no período da "Hora da Sesta":	
8.	Negociar com as assistentes operacionais, a realização da limpeza da unidade e reposição de materiais, em períodos não coincidentes com os da "Hora da Sesta";
9.	Instruir os pais desde o acolhimento e relembrá-los da "Hora da Sesta" explicando o seu objectivo, em que consiste e sua importância;
10.	Alertar os pais para evitarem manipular o RN. Ensinar o toque terapêutico;
11.	Evitar que haja visitas neste período;
12.	Desligar o rádio ou se ligado colocar músicas suaves;
13.	Descer os estores e fechar as persianas da unidade;
14.	Instalar um aparelho com monitorização dos dB com programação dos limites aconselhados de forma a consciencializar a equipa para os limites mínimos aceitáveis (se o orçamento o permitir).

Avaliação da "Hora da Sesta"

- **Pretende-se utilizar a *check list* para avaliação da qualidade (Heather Palmer)**

Critérios de Avaliação:

✓ Existe registo de pelo menos 1 vez por dia se ter realizado a hora da sesta no período limitado, em pelo menos 80% dos dias.

✓ Diminuição do ruído ambiental em pelo menos 4 dB, em 80% dos casos

✓ Melhoria de comportamentos de stress do RN em pelo menos 80% dos casos.

Avaliação da "Hora da Sesta"



Indicadores de Avaliação:

✓ Percentagem de turnos por dia nos quais foram realizados a "Hora da Sesta";

✓ Número médio na escala do dB que o ruído foi diminuído no período da "Hora da Sesta";

✓ Melhoria do comportamento de stress do RN em pelo menos 80% dos casos;

✓ Percentagem de registo das razões pelas quais não foi realizado o período da "Hora da Sesta".

Reflexão Final



- Consta-se a importância de diminuir a exposição do RN aos diversos estímulos existentes na UCIN visto, o sono ser o seu comportamento predominante e crucial para o seu adequado desenvolvimento cerebral.

- *Sugere-se que a equipa de enfermagem identifique e reduza os estímulos stressores da UCIN* de forma a facilitar e desenvolver um ambiente apropriado ao conforto do RN/família.

- A implementação deste projecto tem a vantagem de não necessitar de grandes investimentos financeiros, dependendo essencialmente da formação da equipa multidisciplinar e da mudança de atitudes e da cultura da UCIN.

Projecto "Hora da Sesta



Sugestões…

Referências Bibliográficas



- BLACKBURN, S. – Environmental impact of the NICU on development outcomes. **Journal Pediatrics Nursing.** Nº14, vol.5 (1998), p.279-289;
- BERTELLE et al - Sleep in the Neonatal Intensive Care Unit. **Journal Perinatology Neonatology Nursing.** Nº2, vol.21 (2007), p.140-148;
- CANET et al – Effects of sleep deprivation on respiratory eventas during sleep in heathy infants. **Journal of Applied Physiology.** Nº66 (1989), p.1158-1163;
- CATHLEEN et al – Implementation of a Quiet Hour: Effect on Noise Levels and Infant Sleep States. **Neonatal Network.** Nº2, vol.12 (1993), p.31-35;
- COMMITTEE ON ENVIRONMENTAL HEALTH – Noise: a Hazard for the Fetus and Newborn. **American Academy of Pediatrics,** Vol.100, nº4 (Outubro, 1997), p.724-727);
- DANG et al. – A role for sleep in brain plasticity. **Pediatric Rehabilitation.** 2006, p.98-118;
- Graven, S.N – Sound and the developing infant in the NICU: Conclusions and recommendations for care. **Journal of Perinatology**. Nº20, p.88-93;

Referências Bibliográficas



- HARRISSON, L.; WOODS, S. – Early parental touch and preterm infants". **JOGNN.** Nº4, vol.20 (1991), p.299-305;
- KAM et al – "Noise pollution in the anesthetic and intensive care environments. **JAMA**. Nº263 (1994), p.3185-3190;
- KOLCABA, Katharine; DiMarco, A., Marguerite – Comfort Theory and the Application to Pediatric Nursing. **Pediatric Nursing.** nº3, vol.31 (Maio/Junho 2005), p. 187-194;
- KOLCABA, Katharine – Comfort Theory and Practice. New York, **Springer Publish Company**. 2003. ISBN: 0-8261-1663-7;
- FRANCO et al – Decreased arousals among heathy infants after short-term sleep deprivation. **Journal Pediatrics.** Nº114 (2004), p.192-197;
- LONG et al – Noise and hypoxemia in the intensive care nursery. **Pediatrics**. (1980). P.143-145;
- LÓPEZ et al – Cuidados centrados no desenvolvimento. Situação nas unidades de neonatologia de Espanha. **Acta Pediátrica** (vers.port). nº1, vol.2 (2006), p.90-96;
- NATHAN et al – Noise Levels in a Neonatal Intensive Care in the Cape Metropole. **SA Journal of Child Health**. Nº2, vol.2 (2008), p.50-52;

Referências Bibliográficas



- MCLLDUFF et al – Parental Touch of the Neonate: Encourage or condemn?. **ACMI Journal.** (1998), p.18-21;
- MORRIS et al – The full-term and premature newborn: Physiological effects of sound on the newborn. **Journal of Perinatology.** p. 54-59;
- PHILBIN, M.K. – The Influence of auditory experience on the behavior of preterm newborns. **Journal of Perinatology.** Nº20 (2000), P.76-87;
- RAMESH et al – Efficacy of a Low Cost Protocol in Reducing Noise Levels in the Neonatal Intensive Care Unit. Indian Journal of Pediatrics. Vol.76 (2009), p.475-478;
- ROBINSON et al. - Illuminance of neonatal units. **Archives of Disease in Childhood.** Nº65 (1990), +.679-682;
- ROSEMARY et al – Environmental Influences on the Developing Premature Infant: Theoretical Issues and Applications to Practice. **JOGNN.** Nº5, vol.23 (1994), p. 393-401;
- TARDY, J. & VOLPE, J. – "Intraventricular haemorrhage in the premature infant. **Pediatrics Clinics of North America**. Vol.29 (1982), p.1077-1104.

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	**FORMAÇÃO – AVALIAÇÃO DA SESSÃO** **"Hora da Sesta – Teoria do Conforto"**	**UCIN.**

Tema Hora da Sesta – Teoria do Conforto

Acção tipo: Actualização/Aprendizagem **Duração** 30 minutos Data 18 de Janeiro de 2010

Formador: Joana Isabel Rainha (ACMESIP)

Coloque uma Cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, para cada uma das afirmações que se seguem

APRECIAÇÃO GLOBAL	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas				100%
2. Os objectivos da sessão foram atingidos				100%
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil				100%
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos				100%
5. A teoria foi relacionada com a prática				100%
6. A formação apresentou nível técnico-científico				100%
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes				100%

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	**FORMAÇÃO – AVALIAÇÃO DA SESSÃO** **"Hora da Sesta – Teoria do Conforto"**	**UCIN.**

ORGANIZAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
8. A documentação distribuída/ disponibilizada possui qualidade				100%
9. Os meios audiovisuais utilizados foram adequados				100%
10. As instalações foram adequadas				100%
11. A duração da formação foi adequada				100%
12. O horário da formação foi adequado				100%
13. A divulgação da formação foi suficiente				100%

Classifique os **formadores** utilizando a seguinte escala: 1- Insuficiente 2- Suficiente 3- Bom 4- Muito Bom

FORMADORES E METODOLOGIA	1	2	3	4
14. Domínio dos conteúdos apresentados				100%
15. Facilidade de transmissão de conhecimentos				100%
16. Capacidade de motivar e despertar interesse nos formandos				100%
17. Interacção com o grupo				100%
18. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas				100%
19. Gestão do tempo				100%
20. Pontualidade				100%

CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, EPE	**FORMAÇÃO – AVALIAÇÃO DA SESSÃO** **“Hora da Sesta – Teoria do Conforto”**	**UCIN.**

COMENTÁRIOS
21. Dentro da temática apresentada, refira dois aspectos que considerou importantes para o seu desenvolvimento *As unidades de contexto referidas nesta categoria foram:* ✓ 80% Aquisição de novos conhecimentos; ✓ 80% Despertar para a importância do conforto do RN/família; ✓ 20% Apresentação dos dados do estudo, decorrido na UCIN, sobre o ruído ambiental; ✓ 10% Não respondeu.
22. Dentro da temática apresentada, refira dois aspectos que considerou menos importantes ✓ 100% Não respondeu.
23. Comentários e sugestões de melhoria ✓ 60% Envolver a equipa multidisciplinar neste projecto. ✓ 40% Fazer no futuro mais formações. ✓ 20 % Não respondeu.

Obrigado pela sua participação.

ANEXO XXI

Normas de Procedimento:

"Hora da Sesta"

1 – OBJECTIVOS

- Uniformizar os procedimentos relativos ao projecto da "Hora da Sesta";
- Minimizar os efeitos indesejados dos estímulos *stressores* relacionados com o ambiente nomeadamente o ruído e a luminosidade;
- Promover um desenvolvimento harmonioso do recém-nascido;
- Promover o conforto do recém-nascido/família.

2 - ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Equipa multidisciplinar da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

3 - SIGLAS, ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES

- UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
- RN - Recém-nascido
- dB – Decibéis
- Lx - Lux

4 - INSTRUÇÃO DE TRABALHO

4.1. INTRODUÇÃO

A utilização de tecnologia avançada nas UCIN tem vindo a reduzir as taxas de mortalidade e morbilidade dos RN nas últimas décadas. No entanto, a tecnologia provoca ruído que foi identificado como a principal fonte de stress ambiental para o RN. Desta forma, a par com o avanço da tecnologia surgem preocupações sobre o seu impacto no desenvolvimento nos RN (Blackburn [et al], 1998).

O ambiente inclui não apenas o aspecto físico e objectos inanimados mas também as interacções com os cuidadores. Habitualmente, os indivíduos e o ambiente ao seu redor estão em constante alteração, num processo mútuo de adaptação e interacção. Contudo, no caso dos RN prematuros devido às suas características associadas a mecanismos homeostáticos imaturos, este processo de adaptação ao ambiente é limitado (Rosemary [et al], 1994). Considerando que a população da UCIN é composta por elevado número

de RN prematuros, a preocupação com o impacto ambiental sobre este grupo, torna-se de particular relevância.

Para Kolcaba (2003) o conforto ambiental diz respeito às condições e influências externas o que implica a cor, o ruído, a luz, a temperatura e existência de espaços físicos com vista para o exterior permitindo o acesso à natureza. A UCIN é um espaço amplo, recentemente renovado com pinturas das paredes alusivas á pediatria e com diversas janelas com acesso ao exterior. Ou seja, de acordo com a teórica, nas questões relativas ao espaço físico, encontra-se adequado em termos de conforto ambiental. No entanto, nas questões relativas aos efeitos negativos do ruído, da luminosidade e do excesso de manipulações, necessita de uma mudança de comportamentos para se adequar às necessidades de conforto da sua população.

Desta forma, a "Hora da Sesta" ambiciona ser um período de silêncio no qual se pretende que haja um aumento do conforto do RN/família. Através da redução da manipulação do RN obtém-se uma melhoria dos períodos de sono, uma redução dos comportamentos de stress e até uma maior estabilidade do RN. Sugere-se que a equipa de enfermagem identifique e reduza os estímulos ***stressores*** da UCIN de forma a facilitar e desenvolver um ambiente apropriado ao conforto do RN/família.

A implementação deste projecto tem a vantagem de não necessitar de grandes investimentos financeiros, dependendo essencialmente da formação da equipa multidisciplinar e da mudança de atitudes e da cultura da UCIN.

4.2. Evidências

A *American Academy of Pediatrics* (1997) adverte que elevados níveis de ruído nas UCIN podem afectar negativamente o desenvolvimento e crescimento do RN.

Como medida de saúde pública, a *US Environmental Protection Agency* propôs uma intensidade de som nos hospitais de 45 dB durante o dia e de 35 dB durante a noite. (*Committee on Environmental Health*, 1997).

Os níveis de ruído em excesso e contínuos têm um impacto na saúde em geral mas mais especificamente provocam perdas auditivas, aumento da pressão arterial, da frequência cardíaca e respiratória e atraso no crescimento e desenvolvimento do RNs prematuros (*American Academy of Pediatrics* citado por Abbey [et al], 2010)

No estudo realizado por uma Engenheira no âmbito de um trabalho da Faculdade de Ciência e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa no ano de 2010, as medições acústicas ambientais concluíram que os valores de ruído variam durante o dia segundo um padrão sendo o valor médio sempre acima dos 50 dB, com picos até 66 dB e sendo que 90% do ruído ultrapassa os 44dB durante o dia e os 46dB durante a noite. Assim, pretende-se uma redução dos níveis de ruído, assegurando mais períodos de silêncio o que vai permitir melhorar o desenvolvimento global, o aumento de peso e reduzir a duração da permanência hospitalar do RN (Philbin, 2000). De realçar que este estudo foi realizado tendo em conta o ambiente macro que os RN estão sujeitos em incubadora aberta ou quando se abrem as portas da incubadora. É importante considerar que os RN estão sujeitos ao micro-ambiente e a outros tipos de sons como o motor da incubadora, o ventilador e, entre outros. A redução dos níveis de ruído e assegurar maiores períodos de silêncio, permite melhorar o desenvolvimento global, o aumento de peso e reduzir o duração da permanência hospitalar do RN (Philbin, 2000).

No útero, o feto está em sono profundo aproximadamente cerca de 80% do tempo com poucas interrupções. Na UCIN, o sono de um RN em média é interrompido cerca de 132 vezes em 24 horas com períodos de repouso que variam entre os 4.6 a 9.2 minutos (Cathleen, 1993). O sono tem como funções a termoregulação, a conservação da energia e a desintoxicação neuronal. Recentemente, uma nova hipótese tem sido desenvolvida nomeadamente, de que o sono possa contribuir para a plasticidade do cérebro, ou seja, a capacidade do cérebro para modificar a sua estrutura e função de acordo com a informação genética e as alterações ambientais. O grande dispêndio de tempo no sono, principalmente na fase neonatal sugere que o sono é importante para o desenvolvimento cerebral e a para a plasticidade durante a infância (DANG, 2006). Assim, a privação do sono no RN a curto prazo está associada ao desenvolvimento de apneia do sono e a um

aumento significativo dos limites de alerta. Esta privação do sono também pode aumentar a percepção da dor que é algo alarmante visto os RN nas UCIN serem sujeitos a diversos procedimentos dolorosos (Canet [et al], 1898; Franco [et al], 2004)

Em relação à luminosidade na UCIN existem diversos estudos sem consenso entre si. No pré-termo após as 28 semanas a luz pode ser importante para manter o ritmo circadiano. Em 1997, a *American Academy of Pediatrics* recomendou a introdução regular do ciclo dia/noite na UCIN. Assim, recomendou uma intensidade de 100-150 Lx para 8 horas diárias com uma redução à tarde e noite. Robinson [et al] (1991) estudou a luminosidade de 7 UCIN na Grã-Bretanha nos anos 90 e identificou valores de 348 Lx de intensidade luminosa à noite (20h00-08h00) e de 470 Lx durante o dia (07h00-20h00).

O feto no ambiente uterino, já tem bem desenvolvido o ritmo circadiano utilizando alguns sinais maternos como a frequência cardíaca e os níveis de diversas hormonas.

Os RN dormem durante a maior parte do dia até ao primeiro ano de vida. Desta forma, pretende-se que a iluminação da UCIN permita este sono para um adequado desenvolvimento do RN. A extrapolação destes dados para o RN prematuro é mais complicada devido às pálpebras finas que permitem mais facilmente a passagem da luz. Assim, a iluminação directa não deve ser utilizada. A UCIN possui actualmente candeeiros individuais que permitem não direccionar a luz directamente para o RN durante os cuidados evitando assim, o uso sistemático das luzes fluorescentes. A iluminação indirecta, onde a fonte de luz é reflectida numa parede ou tecto deve ser fornecida em níveis baixos. Na impossibilidade de ainda não se conseguirem atingir os níveis recomendados e tendo considera-se importante incluir na "Hora da Sesta" a diminuição da luminosidade não descurando a importância de se manter o ciclo dia/noite.

O toque tem sido identificado como crucial para o desenvolvimento da ligação pais-filho e para o desenvolvimento e crescimento em geral do RN (Harrison & Woods, 1991). Contudo, os efeitos físicos do toque no RN estão bem documentados e muita da literatura refere que o toque parental no RN prematuro deve ser feito com precaução e,

por vezes, restrito. Em prematuros com idade gestacional inferior às 32 semanas, o toque excessivo pode provocar casos de hipóxia e o aumento da pressão sanguínea com hemorragia intraventricular (Tardy & Volpe, 1992). Quando realizado, o toque deve ser um toque terapêutico, caracterizado por: colocar gentilmente uma das mãos na cabeça do RN e a outra ao longo das costas, mantendo esta posição cerca de 15 minutos (Mcilduff [et al], 1998). Assim, é explicito que diferentes tipos de toque afectam os RN de diferentes formas e é notório que os enfermeiros e os pais necessitam de conhecimentos para ajustar o toque quer na forma quer no momento exacto para o fazer.

Os benefícios de um ambiente ameno na UCIN estendem-se, não só aos RN e sua família, mas a todos os grupos que aí interagem, incluindo os profissionais. Sabe-se que ambientes stressantes estimulam o sistema nervoso autónomo e elevam os níveis de cortisol o que pode contribuir para o *burnout* da equipa (Kam [et al], 1994). Assim, pode-se admitir que a redução da luminosidade e ruído podem melhorar significativamente as capacidades e qualidades profissionais da equipa.

Por tudo o que foi anteriormente referido, consta-se a importância de diminuir a exposição do RN aos diversos estímulos existentes na UCIN visto, o sono ser o seu comportamento predominante e crucial para o seu adequado desenvolvimento cerebral.

4.3. Método

O Projecto "Hora da Sesta" ocorre em três fases: planeamento, formação e implementação.

A. FASE DO PLANEAMENTO

Relativamente ao Planeamento, seleccionou-se em cada turno um período limitado para a implementação das estratégias de conforto ambiental para o RN/família.

- Manhã: 13h30 – 14h30
- Tarde: 19h30 – 20h30
- Noite: 03h30 - 05h30

Habitualmente, na UCIN, são várias as fontes de ruído nomeadamente as conversas, o rádio, o telefone, os alarmes sonoros, a reposição de material, a limpeza da unidade entre outros. E, por vezes, os RN são também manipulados para exames laboratoriais, observação médica e/ou exames radiológicos. Assim, depois de identificar as fontes de stress para o conforto do RN/família, planearam-se estratégias de conforto ambiental e organizaram-se os cuidados de forma a evitar interrupções do sono e manipulações durante o período da "Hora da Sesta". Foi necessário obter o consentimento da Sr.ª Directora de Serviço, da Srª. Enfermeira Chefe e da restante equipa. A equipa médica concordou que apenas seria manipulado o RN para procedimentos de *life saving.* De seguida, foi necessário negociar com os restantes elementos da equipa multidisciplinar nomeadamente, as assistentes operacionais, as fisioterapeutas, os técnicos de radiologia e a assistente operacional da limpeza de forma a obter a sua colaboração. Importa realçar o importante papel dos pais em todo este processo. Estes, devem ser instruídos na forma como podem ser úteis proporcionando ao RN, por exemplo: o toque terapêutico, o método canguru ou mesmo apenas contemplando o seu filho.

B. FASE DA FORMAÇÃO

Nesta fase incluem-se as sessões de formação sobre a "Hora da Sesta". Estas foram realizadas à equipa de enfermagem, médicos e assistentes operacionais de forma a transmitir conhecimentos sobre o projecto, os seus objectivos e na forma como cada equipa pode colaborar.

C. FASE DE IMPLEMENTAÇÃO

Depois das fases anteriores terem sido bem sucedidas e após algumas sugestões da equipa foram delineadas e acordadas estratégias de conforto ambiental.

Estratégias de conforto ambiental a implementar no período da "Hora da Sesta":

1. Colocar de forma visível, nas diversas salas, o sinal identificativo de que está a decorrer a "Hora da Sesta";
2. Evitar conversar neste período e se necessário sussurrar;
3. Evitar arrastar cadeiras ou bater com as portas e/ou gavetas da unidade do RN;
4. Silenciar rapidamente aos alarmes sonoros;
5. Atender e consolar rapidamente um RN a chorar;
6. Encaminhar as chamadas telefónicas possíveis para depois (instruir a equipa e os pais);
7. Reorganizar as actividades com a equipa multidisciplinar para evitar perturbar o sono do RN;
8. Negociar com as assistentes operacionais, a realização da limpeza da unidade e reposição de materiais, em períodos não coincidentes com os da "Hora da Sesta";
9. Instruir os pais desde o acolhimento e relembrá-los da "Hora da Sesta" explicando o seu objectivo, em que consiste e sua importância;
10. Alertar os pais para evitarem manipular o RN. Ensinar o toque terapêutico;
11. Evitar que haja visitas neste período;
12. Desligar o rádio ou se ligado colocar músicas suaves;
13. Descer os estores e fechar as persianas da unidade;
14. Instalar um aparelho com monitorização dos dB com programação dos limites aconselhados de forma a consciencializar a equipa para os limites mínimos aceitáveis (se o orçamento o permitir).

AVALIAÇÃO

A avaliação da qualidade do projecto "Hora da Sesta" será feita com base na *Check-list* da Heather Palmer.

5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BLACKBURN, S. [et al] – Environmental impact of the NICU on development outcomes. **Journal Pediatrics Nursing**. vol.5, n.º 14 (1998), p.279-289;
- BERTELLE, V. [et al] - Sleep in the Neonatal Intensive Care Unit. **Journal Perinatology Neonatology Nursing.** vol.21, nº.2 (2007), p.140-148;
- CANET, E. [et al] – Effects of sleep deprivation on respiratory events during sleep in healthy infants. **Journal of Applied Physiology.** n.º66 (1989), p.1158-1163;
- CATHLEEN, S. [et al] – Implementation of a Quiet Hour: Effect on Noise Levels and Infant Sleep States. **Neonatal Network.** vol.12, n.º2 (1993), p.31-35;
- COMMITTEE ON ENVIRONMENTAL HEALTH – Noise: a Hazard for the Fetus and Newborn. **American Academy of Pediatrics.** vol.100, nº4 (1997), p.724-727);
- DANG, T. [et al] – A role for sleep in brain plasticity. **Pediatric Rehabilitation.** Vol.9, n.º2 (2006), p.98-118;
- FRANCO, P. [et al] – Decreased arousals among heathy infants after short-term sleep deprivation. **Journal Pediatrics.** Nº114 (2004), p.192-197;
- GRAVEN, Stanley – Sound and the developing infant in the NICU: Conclusions and recommendations for care. **Journal of Perinatology**. vol.20, n.º8 (2000), p.88-93;
- HARRISSON, L.; WOODS, S. – Early parental touch and preterm infants. **JOGNN**. vol.20, n.º4 (1991), p.299-305;
- KAM, P. [et al] – "Noise pollution in the anesthetic and intensive care environments. **JAMA**. nº263 (1994), p.3185-3190;

- KOLCABA, Katharine; DiMarco, A., Marguerite – Comfort Theory and the Application to Pediatric Nursing. **Pediatric Nursing. v**ol.31, nº3 (2005), p. 187-194;
- KOLCABA, Katharine – Comfort Theory and Practice. New York, **Springer Publish Company**. 2003. ISBN: 0-8261-1663-7;
- LONG, J. [et al] – Noise and hypoxemia in the intensive care nursery. **Pediatrics**. Vol.65, n.º1 (1980). P.143-145;
- LÓPEZ, J. [et al] – Cuidados centrados no desenvolvimento. Situação nas unidades de neonatologia de Espanha. **Acta Pediátrica** (versão portuguesa). vol.2, n.º1 (2006), p.90-96;
- MCLLDUFF, A. [et al] – Parental Touch of the Neonate: Encourage or condemn?. **ACMI Journal**.vol.11 (1998), p.18-21;
- MORRIS, B. [et al] – The full-term and premature newborn: Physiological effects of sound on the newborn. **Journal of Perinatology.** n.º20 (2000), p. 54-59;
- NATHAN, L. [et al] – Noise Levels in a Neonatal Intensive Care in the Cape Metropole. **SA Journal of Child Health**. vol.2, n.º2 (2008), p.50-52;
- PHILBIN, M.K. – The Influence of auditory experience on the behavior of preterm newborns. **Journal of Perinatology.** nº20 (2000), P.76-87;
- ROBINSON, J. [et al] - Illuminance of neonatal units. **Archives of Disease in Childhood.** volº65, n.º7 (1990), p.679-682;
- ROSEMARY C. [et al] – Environmental Influences on the Developing Premature Infant: Theoretical Issues and Applications to Practice. **JOGNN.** vol.23, n.º5 (1994), p. 393-401;
- TARDY, J. & VOLPE, J. – "Intraventricular haemorrhage in the premature infant. **Pediatrics Clinics of North America**. vol.29 (1982), p.1077-1104.

Aviso Informativo de que está em curso a "Hora da Sesta"

ESTAMOS NA HORA DA SESTA...

Por favor, respeite a Hora do Silêncio!

- Manhã: 13h30 - 14h30
- Tarde: 19h30 - 20h30
- Noite: 03h30 - 05h30



OBRIGADO!

ANEXO XXII

Projecto “Hora da Sesta” inserido nos Padrões de Qualidade da Ordem do Enfermeiros

A – Descrição

B – *Check-list Heatlher Palmer*

PROJECTO "HORA DA SESTA"

- Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem –

Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspectos do mandato social da profissão de enfermagem. Relativamente ao projecto "Hora da Sesta" é definido como enunciado descritivo a Prevenção de Complicações.

1. **A Prevenção de Complicações**

"Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes"(Ordem Enfermeiros, 2001)

São elementos importantes face à prevenção de complicações, entre outros:

- A identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis:

A utilização de tecnologia avançada nas Unidade e Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) tem vindo a reduzir as taxas de mortalidade e morbilidade dos Recém-nascidos (RN) nas últimas décadas. No entanto, a tecnologia provoca ruído que foi identificado como a principal fonte de stress ambiental para o RN. Desta forma, a par com o avanço da tecnologia surgem preocupações sobre o seu impacto no desenvolvimento nos RN (Blackburn, 1998).

O ambiente inclui não apenas o aspecto físico e objectos inanimados mas também as interacções com os cuidadores. Contudo, no caso dos RN prematuros devido às suas características associadas a mecanismos homeostáticos imaturos, o processo de adaptação ao ambiente é limitado (Rosemary [et al], 1994). Considerando que a população da UCIN é composta por um elevado número de RN prematuros, a preocupação com o impacto ambiental sobre este grupo, torna-se de particular relevância.

Para Kolcaba (2003) o conforto ambiental diz respeito às condições e influências externas o que implica a cor, o ruído, a luz, o ambiente, a temperatura e existência de espaços físicos com vista para o exterior permitindo o acesso à natureza. Desta forma, a "Hora da Sesta" ambiciona ser um período de silêncio no qual se pretende que haja um aumento do conforto do RN/família. Através da redução da manipulação do RN obtém-se uma melhoria dos períodos de sono, uma redução dos comportamentos de stress e até uma maior estabilidade do RN. Sugere-se que a equipa de enfermagem identifique e reduza os estímulos ***stressores*** da UCIN de forma a facilitar e desenvolver um ambiente apropriado ao conforto do RN/família

- A prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados:

Como fontes de stress para o conforto do RN/família foram identificados o ruído, a luminosidade e a manipulação. Desta forma, a "Hora da Sesta" pretende conferir estratégias que incidam sobre estes três estímulos. O projecto da "Hora da Sesta" ocorre em três fases: planeamento, formação e implementação.

Relativamente ao Planeamento, seleccionou-se em cada turno um período limitado para a implementação das estratégias de conforto ambiental para o RN/família. No turno da Manhã estabeleceu-se o período entre as 13h30-14h30, no turno da Tarde estabeleceu-se o período entre as 19h30-20h30 e, no turno da Noite estabeleceu-se o período entre as 03h30-05h30. Assim, depois de identificar as fontes de stress para o conforto do RN/família, planearam-se estratégias de conforto ambiental e organizaram-se os cuidados de forma a evitar interrupções do sono e manipulações durante o período da "Hora da Sesta". Foi necessário obter o consentimento da Directora de Serviço, da Enfermeira Chefe e da restante equipa. De seguida, foi necessário negociar com os restantes elementos da equipa multidisciplinar de forma a obter a sua colaboração. Importa realçar o importante papel dos pais em todo este processo. Estes devem ser instruídos na forma como podem ser úteis ao proporcionarem ao RN, por exemplo: o toque terapêutico, o método canguru ou mesmo apenas contemplando o seu filho.

Na fase da formação, incluem-se as sessões de formação sobre a "Hora da Sesta" a toda a equipa multidisciplinar.

A fase da implementação diz respeito ao pôr em prática as estratégias debatidas e acordadas na equipa multidisciplinar nas fases anteriores. Estas estratégias estão enumeradas na Instrução de Trabalho elaborada "Hora da Sesta" e têm como objectivo o conforto ambiental com a diminuição do ruído, luminosidade e manipulações de forma a melhorar os períodos de sono do RN com consequente optimização do seu desenvolvimento.

- <u>O rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem.</u>

A American Academy of Pediatrics (1997) adverte que elevados níveis de ruído nas UCIN podem afectar negativamente o desenvolvimento e crescimento do RN.

Como medida de saúde pública, a *US Environmental Protection Agency* propôs uma intensidade de som nos hospitais de 45 dB durante o dia e de 35 dB durante a noite. *(Committee on Environmental Health*, 1997) Os níveis de ruído em excesso e contínuos têm um impacto na saúde em geral mas mais especificamente provocam perdas auditivas, aumento da pressão arterial, da frequência cardíaca e respiratória e atraso no crescimento e desenvolvimento do RN prematuros (American Academy of Pediatrics citado por ABBEY [et al], 2010)

No estudo realizado na UCIN, no âmbito de um trabalho de investigação da Faculdade de Ciência e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa no ano de 2010, as medições acústicas ambientais concluíram que os valores de ruído variam durante o dia segundo um padrão sendo o valor médio sempre acima dos 50 decibéis (dB), com picos até 66 dB e sendo que 90% do ruído ultrapassa os 44dB durante o dia e os 46dB durante a noite. Desta forma, pretende-se uma redução dos níveis de ruído, assegurando-se mais períodos de silêncio que permitem melhorar o desenvolvimento global, o aumento de peso e reduzir a duração da permanência hospitalar do RN (Philbin, 2000).

No útero, o feto está em sono profundo aproximadamente cerca de 80% do tempo com poucas interrupções. Na UCIN, o sono de um RN em média é interrompido cerca de

132 vezes em 24 horas com períodos de repouso que variam entre os 4.6 a 9.2 minutos (Cathleen, 1993). O sono tem como funções a termoregulação, a conservação da energia e a desentoxicação neuronal. Recentemente, uma nova hipótese tem sido desenvolvida nomeadamente, de que o sono possa contribuir para a plasticidade do cérebro, ou seja, a capacidade do cérebro para modificar a sua estrutura e função de acordo com a informação genética e as alterações ambientais. Assim, a privação do sono no RN a curto prazo está associada ao desenvolvimento de apneia do sono e a um aumento significativo dos limites de alerta. Esta privação do sono também pode aumentar a percepção da dor que é algo alarmante visto os RN nas UCIN serem sujeitos a diversos procedimentos dolorosos (Canet [et al], 1898; Franco [et al], 2004)

Em relação à luminosidade na UCIN existem diversos estudos pelo que ainda parece não existir um consenso. Em 1997, a American Academy of Pediatrics recomendou a introdução regular do ciclo dia/noite na UCIN. Assim, recomendou uma intensidade de 100-150 Lux para 8 horas diárias com uma redução á tarde e noite. Robinson [et al] (1991) estudou a luminosidade de 7 UCIN na Grã-Bretanha nos anos 90 e identificou valores de 348 Lux de intensidade luminosa à noite (20h00-08h00) e de 470 Lux durante o dia (07h00-20h00). O feto no ambiente uterino, já tem bem desenvolvido o ritmo circadiano utilizando alguns sinais maternos como a frequência cardíaca e os níveis de diversas hormonas. No entanto, os RN dormem a maioria do dia até ao primeiro ano de vida. Desta forma, pretende-se que a iluminação da UCIN permita este sono para um adequado desenvolvimento do RN.

O toque tem sido identificado como crucial para o desenvolvimento da ligação pais-filho e para o desenvolvimento e crescimento em geral do RN (Harrison & Woods, 1991). Contudo, os efeitos físicos do toque no RN estão bem documentados e muita da literatura refere que o toque parental no RN prematuro deve ser feito com precaução e, por vezes, restrito. Em prematuros com idade gestacional inferior às 32 semanas, o toque excessivo pode provocar casos de hipóxia e o aumento da pressão sanguínea com hemorragia intraventricular (Tardy & Volpe, 1992). Assim, é explicito que diferentes tipos de toque afectam os RNs de diferentes formas e é notório que os enfermeiros e os pais necessitam de conhecimentos para ajustar o toque quer na forma quer no momento exacto para o fazer.

Ambientes stressantes estimulam o sistema nervoso autónomo e elevam os níveis de cortisol o que pode contribuir para o ***burnout*** da equipa (Kam [et al], 1994). Assim, pode-se admitir que a redução da luminosidade e ruído pode melhorar as capacidades e qualidades profissionais da equipa.

Por tudo o que foi anteriormente referido, consta-se a importância do projecto "Hora da Seta" de forma a diminuir por períodos a exposição do RN aos diversos estímulos existentes na UCIN bem como sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância de um ambiente harmonioso. Assim, contribui-se o comportamento predominante do RN, o sono, que se revela crucial para o seu adequado desenvolvimento cerebral.

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

Com este projecto, pretende-se garantir uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados na UCIN a caminho da excelência, envolvendo toda a equipa multidisciplinar e garantindo a adopção de boas práticas e o empenho de todos. Desta forma, pretende-se alertar todos os elementos da equipa para a importância de um ambiente com menos fontes de stress, com a redução do ruído, luminosidade e manipulações para um desenvolvimento adequado do RN. Segundo o Regulamento Interno do Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC), no artigo 6º, um dos seus objectivos são "prestar cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, em tempo adequado, com eficiência e em ambiente humanizado".

- A supervisão das actividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiros;

A implementação deste projecto tem a vantagem de não necessitar de grandes investimentos financeiros, dependendo essencialmente da formação da equipa multidisciplinar e da mudança de atitudes e da cultura da UCIN. Desta forma, o projecto da "Hora da Sesta" apenas é exequível com a colaboração de todos os elementos da equipa multidisciplinar pelo que o enfermeiro se deve assegurar do conhecimento de

todos os elementos deste projecto, em que consiste e na forma como cada elemento pode contribuir.

- A responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos actos que pratica e delega.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE, 1998), os cuidados de enfermagem são " as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais". O projecto da "Hora da Sesta" considera-se uma intervenção interdependente pois é uma acção realizada "pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas" (REPE, 1994). Desta forma, elaborou-se uma instrução de trabalho com a descrição do projecto, tendo por base todas as evidências científicas e as estratégias delineadas para toda a equipa multidisciplinar para a sua consecução. Assim, cabe ao enfermeiro informar e dar a conhecer este projecto e supervisionar se as estratégias delineadas estão a ser executadas.

Referências Bibliográficas

- BLACKBURN, S. [et al] – Environmental impact of the NICU on development outcomes. **Journal Pediatrics Nursing**. vol.5, n.º 14 (1998), p.279-289;
- CANET, E. [et al] – Effects of sleep deprivation on respiratory events during sleep in healthy infants. **Journal of Applied Physiology.** n.º66 (1989), p.1158-1163;
- CATHLEEN, S. [et al] – Implementation of a Quiet Hour: Effect on Noise Levels and Infant Sleep States. **Neonatal Network.** vol.12, n.º2 (1993), p.31-35;
- COMMITTEE ON ENVIRONMENTAL HEALTH – Noise: a Hazard for the Fetus and Newborn. **American Academy of Pediatrics.** vol.100, nº4 (1997), p.724-727);
- FRANCO, P. [et al] – Decreased arousals among heathy infants after short-term sleep deprivation. **Journal Pediatrics.** Nº114 (2004), p.192-197;
- GRAVEN, Stanley – Sound and the developing infant in the NICU: Conclusions and recommendations for care. **Journal of Perinatology**. vol.20, n.º8 (2000), p.88-93;
- HARRISSON, L.; WOODS, S. – Early parental touch and preterm infants. **JOGNN**. vol.20, n.º4 (1991), p.299-305;
- KAM, P. [et al] – "Noise pollution in the anesthetic and intensive care environments. **JAMA**. nº263 (1994), p.3185-3190;
- KOLCABA, Katharine; DiMarco, A., Marguerite – Comfort Theory and the Application to Pediatric Nursing. **Pediatric Nursing. v**ol.31, nº3 (2005), p. 187-194;
- KOLCABA, Katharine – Comfort Theory and Practice. New York, **Springer Publish Company**. 2003. ISBN: 0-8261-1663-7;
- LONG, J. [et al] – Noise and hypoxemia in the intensive care nursery. **Pediatrics**. Vol.65, n.º1 (1980). P.143-145;
- LÓPEZ, J. [et al] – Cuidados centrados no desenvolvimento. Situação nas unidades de neonatologia de Espanha. **Acta Pediátrica** (versão portuguesa). vol.2, n.º1 (2006), p.90-96;
- MCLLDUFF, A. [et al] – Parental Touch of the Neonate: Encourage or condemn?. **ACMI Journal**.vol.11 (1998), p.18-21;
- MORRIS, B. [et al] – The full-term and premature newborn: Physiological effects of sound on the newborn. **Journal of Perinatology.** n.º20 (2000), p. 54-59;
- NATHAN, L. [et al] – Noise Levels in a Neonatal Intensive Care in the Cape Metropole. **SA Journal of Child Health**. vol.2, n.º2 (2008), p.50-52;

- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual; enunciados descritivos**.** [Em linha] Lisboa: Concelho de Enfermagem. 2001. [Consult. 12 Dezembro de 2010]. Disponível em

  http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/62_PadroesQualidade.pdf

- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento do Exercício Profissional Dos Enfermeiros. [Em linha] Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [Consult. 12 Dezembro 2010]. Disponível em:

  http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf

- PHILBIN, M.K. – The Influence of auditory experience on the behavior of preterm newborns. **Journal of Perinatology.** nº20 (2000), P.76-87;

- ROBINSON, J. [et al] - Illuminance of neonatal units. **Archives of Disease in Childhood.** volº65, n.º7 (1990), p.679-682;

- ROSEMARY C. [et al] – Environmental Influences on the Developing Premature Infant: Theoretical Issues and Applications to Practice. **JOGNN.** vol.23, n.º5 (1994), p. 393-401;

- TARDY, J. & VOLPE, J. – "Intraventricular haemorrhage in the premature infant. **Pediatrics Clinics of North America**. vol.29 (1982), p.1077-1104.

CHECK-LIST PARA A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE (*Heather Palmer*)			
1. Tema	Hora da Sesta		
2. Dimensão Estudada	Adequação técnico-científica na prevenção de complicações		
3. Unidades de Estudo	• Utilizadores incluídos na avaliação: Pais, • Profissionais em avaliação: Enfermeiros, Médicos e Assistentes Operacionais • Período de tempo em que se avalia: 01 de Abril 2011 a 01 de Abril de 2012.		
4. Tipo de Dados	Estrutura e Resultados		
5. Tipo de Avaliação	Interna		
6. Critérios de Avaliação	Critérios	Excepções	Esclarecimentos
	Existe registo de pelo menos 1 vez por dia se ter realizado a "Hora da sesta" no período limitado, em pelo menos 50% dos dias.	Turnos nos quais nesse horários haja casos de RN em risco de vida, situações criticas como idas ao bloco operatório, técnicas médicas ou admissões de RN	Uma vez por turno deverá ser registado se foi cumprida a "Hora da Sesta" e, caso não tenha sido, deve-se especificar a razão.
	Diminuição do ruído ambiental em pelo menos 4 dB, em 50% dos casos.	Dia em que por razões técnicas não seja possível medir o ruído.	O ruído será medido no ambiente macro da UCIN com um medidor cedido pela Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa.
	Melhoria de comportamentos de stress do RN em pelo menos 80% dos casos.	Sem exclusão	Registar se houve melhoria de parâmetros como a frequência cardíaca, respiração, saturação periférica de oxigénio e do período do sono.
7. Colheita de Dados	Enfermeira Joana Rainha		
8. Relação Temporal	Retrospectiva		
9. Selecção da Amostra	População de recém-nascidos da UCIN		

CHECK-LIST PARA A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE (*Heather Palmer*)	
10. Intervenção Prevista	• Medidas Educacionais – Formação em serviço à equipa multidisciplinar e pais sobre a "Hora da Sesta". • Medidas Estruturais – Proporcionar uma diminuição das fontes de stress com fecho dos estores, o apagar das luzes e rádio. Garantir um ambiente tranquilo e ameno. • Medidas Disciplinares – Reorganizar os cuidados para que o RN não seja manipulado por nenhum elemento da equipa multidisciplinar no período da "Hora da Sesta".
11. Indicadores de Avaliação	• Cuidados Técnicos: o Percentagem de turnos por dia nos quais foram realizados a "Hora da Sesta"; o Número médio na escala do dB que o ruído foi diminuído no período da "Hora da Sesta"; o Melhoria do comportamento de stress do RN em pelo menos 50% dos casos; • Relações Interpessoais: o Percentagem de registo das razões pelas quais não foi realizado o período da "Hora da Sesta".