



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NAS
TRANSIÇÕES – DA PREMATURIDADE À IDADE ADULTA**

**THE INTERVENTION OF THE NURSE SPECIALIST IN
TRANSITIONS - FROM PREMATURITY TO ADULTHOOD**

Por Luís Miguel Prata Lopes Francisco

Lisboa, 2019



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

**A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NAS
TRANSIÇÕES – DA PREMATURIDADE À IDADE ADULTA**

**THE INTERVENTION OF THE NURSE SPECIALIST IN
TRANSITIONS - FROM PREMATURITY TO ADULTHOOD**

Por Luís Miguel Prata Lopes Francisco

Sob Orientação de Professora Doutora Margarida Lourenço

Lisboa, 2019

“Às vezes basta uma pequena mudança de perspectiva para vermos algo familiar a uma luz completamente diferente”

Dan Brown

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha família pelo apoio incondicional em todo este percurso, e pelo incentivo, desde pequeno, a procurar crescer cada vez mais enquanto pessoa e profissional. Reconheço em particular os meus pais que me deram as ferramentas para iniciar o percurso no Curso de Licenciatura em Enfermagem, e o meu avô materno, que apesar de já ter partido à quase 14 anos, ainda hoje é uma inspiração e orgulho, que recordo com saudade.

Não seria possível o sucesso neste percurso sem a paciência, dedicação, amizade e orientação pela Exma. Professora Doutora Margarida Lourenço e Exmas. Enfermeiras Mestres e Especialistas em Saúde Infantil e Pediatria Paula Vitorino, Márcia Martins, Marta Pereira e Ivete Monteiro.

O apoio incondicional dos meus amigos deu-me força nos momentos mais difíceis deste percurso, e devo a eles o reconhecimento que merecem, nomeadamente à Ana Dias, minha madrinha do curso de licenciatura e a quem ainda hoje peço orientação, à Diana Santos que vi crescer no seu percurso de Licenciatura e que recentemente lhe viu reconhecida pela Ordem as Competências de Enfermeira de Cuidados Gerais, à Soraia Teixeira e à Joana Pereira, que apesar de geograficamente longe, estão sempre no meu coração, à Beatriz Darame, Tânia Pires e Ana Pereira pela magia que criamos na primária (Bea) e no Teatro (as 3) e que ainda hoje nos une, ao João Gouveia pelos puxões de orelha, e ao José Morais por me demonstrar continuamente que podemos ser cada vez melhores.

Em especial, e porque o percurso neste Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil e Pediatria não me trouxe apenas novas competências, mas também novas amizades, agradeço o apoio incondicional, a amizade, as reflexões, os momentos de partilha e ajuda mútua às minhas Excelentíssimas Digníssimas colegas Marisa Silva, Paula Jerónimo e Rita Santos.

Agradeço igualmente o contributo da Professora Alice Curado, que me orientou no Curso de Licenciatura em Enfermagem no Estágio de Vulnerabilidade Acrescida e aceitou novamente esclarecer as minhas dúvidas e orientar-me, providenciando-me recursos fundamentais para o decorrer do Estágio no Contexto de Neonatologia.

Agradeço à Doutora Debra Armentrout pela disponibilização do seu artigo e pelo seu voto de “*Good Luck*”. Agradeço à Doutora Afaf Meleis pela generosidade em me permitir utilizar uma imagem do seu livro *Transitions Theory Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*.

Dedico este Relatório ao meu irmão Tiago, que me deixa todos os dias orgulhoso pela magnífica pessoa em que se está a tornar, e espero poder, para ele, ser o exemplo que o meu avô foi para mim.

RESUMO

Atualmente, em Portugal, verifica-se um número estável de nascimentos de recém-nascidos prematuros (Instituto Nacional de Estatística, INE, 2017; Sociedade Portuguesa de Neonatologia, SPN, 2016), sendo reconhecidos como particularmente vulneráveis, devendo ser elencado o DE: Risco de Desenvolvimento Atrasado, uma vez que a evidência científica mais atualizada demonstra risco de défices cognitivos, motores e comportamentais de forma longitudinal, nas suas transições até à Idade Adulta.

O referencial teórico mobilizado e que fundamenta a praxis foi o de Afaf Meleis (2010) define no seu quadro conceptual os quatro conceitos metaparadigmáticos de Enfermagem: cliente de enfermagem, ambiente, transições e terapêuticas de enfermagem, e reporta-se ao mesmo como facilitador desenvolvimento de novas terapêuticas de enfermagem.

Enquanto estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, pude aprofundar os meus conhecimentos através da formação avançada, da elaboração de uma *Scoping Review* tendo em vista a mapear a investigação científica atual acerca da “Intervenção do Enfermeiro Especialista nas Transições – Da Prematuridade à Idade Adulta”, mobilizando os dados da investigação científica mais atualizada para as intervenções desenvolvidas e implementadas na prática ao longo dos estágios, desenvolvendo assim competências comuns de Enfermeiro Especialista e competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

Os objetivos gerais definidos foram: “Reconhecer problemas de especial complexidade na assistência à criança e família”, “Identificar as prioridades de intervenção nas transições, particularmente as relacionadas com o desenvolvimento da criança e desempenho de papéis parentais”, tendo os mesmos sido concretizados através das atividades realizadas, das quais destaco o Diário de Bordo como prática reflexiva reconhecida por Benner (2001), Alarcão & Rua (2005) e Pereira-Mendes (2015) enquanto promotora do desenvolvimento de competências.

Destacam-se ainda os dois Projetos de Melhoria Contínua desenvolvidos, os dois Guias de Orientação à Prática de Enfermagem, a participação num congresso com uma Comunicação Livre, a participação num seminário com um Poster Científico e a participação na Comissão Organizadora no I Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) no cumprir dos objetivos gerais.

Em suma, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria nas transições que a família e criança experienciam, da prematuridade à idade adulta, passa pela identificação desta população vulnerável como de especial complexidade, reconhecer a importância da intervenção precoce, trabalhar em parceria com a família e conceptualizando-a como central nos cuidados, atendendo à transição ou transições que a criança experiencia, tendo em vista resultados em saúde, tais como sejam a restauração, manutenção, proteção ou promoção da saúde, de acordo com as competências dos domínios da responsabilidade profissional ético-Legal, da melhoria da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Palavras-Chave: Enfermagem Pediátrica, Enfermagem Neonatal, Transições, Prematuridade, Desenvolvimento Infantil, Deficiências de Desenvolvimento.

ABSTRACT

In Portugal, there has been a stable number of births of preterm infants (Instituto Nacional de Estatística, INE, 2017, Sociedade Portuguesa de Neonatologia, SPN, 2016), and are recognized as being particularly vulnerable, therefore with the need to identify the Nursing Diagnose: Risk of Late Development, since the most up-to-date scientific evidence demonstrates the risk of cognitive, motor and behavioral deficits longitudinally in their transitions up to Adulthood.

The theoretical framework mobilized and based on praxis was that of Afaf Meleis (2010) which defines in its conceptual framework the four metaparadigmatic concepts of Nursing: nursing client, environment, transitions and nursing therapeutics, and refers to it as a development facilitator of new nursing therapies.

As a Master's student in Nursing, Specialization in Child Health and Pediatrics, I was able to deepen my knowledge through advanced training, the preparation of a Scoping Review to map the current scientific research on the "Intervention of the Nurse Specialist in Transitions - From Prematurity to Adulthood, "mobilizing it through the application of the Health Planning Methodology to perform the Situation Diagnosis of the internship contexts, having constructed individual Intervention Plans, and executing / evaluating the proposed activities, thus developing common skills as Nurse Specialist and Skills as Nurse Specialist in Child Health and Pediatrics.

The general objectives defined were: "To recognize problems of special complexity in child and family care", "Identify the intervention priorities in the transitions, particularly those related to child development and parental role performance", which were developed through of the activities carried out, of which I highlight the Logbook as a reflexive practice recognized by Benner (2001), Alarcão & Rua (2005) and Pereira-Mendes (2015) as a promoter of skills development.

Also noteworthy are the two Continuous Improvement Projects developed, the two Guidelines for Nursing Practice, participation in a conference with a Free Communication, participation in a seminar with a Scientific Poster and participation in the Organizing Committee in the I Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisbon) in the fulfillment of the general objectives.

In short, the intervention of the Specialist Nurse in Child Health and Pediatrics in the transitions that the family and child experience, from prematurity to adulthood, involves identifying this vulnerable population as being of special complexity, recognizing the importance of early intervention, working in partnership with the family and conceptualizing it as central in the care, taking into account the transition or transitions that the child experiences, with a view to health outcomes, such as restoration, maintenance, protection or health promotion, according to the competencies of the domains of the professional ethical-legal responsibility, quality improvement, care management and the development of professional learning.

Keywords: Pediatric Nursing, Neonatal Nursing, Transitions, Prematurity, Child Development, Developmental Disabilities.

SIGLAS E ABREVIATURAS

Siglas

DE – Diagnóstico de Enfermagem

ECG – Enfermeiro de Cuidados Gerais

EE – Enfermeiro Especialista

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

EpS – Educação para a Saúde

IG – Idade Gestacional

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

NIDCM – *Neonatal Integrative Developmental Care Model*

NSE – Necessidades de Saúde Especiais

OE – Ordem dos Enfermeiros

SPN – Sociedade Portuguesa de Neonatologia

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos / Intermédios Neonatais

USF – Unidade de Saúde Familiar

Abreviaturas

p. – Página

Enf.º – Enfermeiro

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	21
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	23
1.1. Referencial Teórico – Teoria das Transições (Afaf Meleis)	25
1.1.1. Cliente de Enfermagem.....	25
1.1.2. Ambiente.....	25
1.1.3. Transições.....	26
1.1.4. Terapêuticas de Enfermagem.....	26
1.2. Revisão da Literatura (<i>Scoping Review</i>)	27
1.2.1. Metodologia.....	27
1.2.2. Resultados.....	29
1.2.2.1. Recém-Nascido Prematuro (23 às 36 Semanas IG)	31
1.2.2.2. Recém-Nascido Prematuro Tardio (32 às 36 Semanas IG)	32
1.2.2.3. Recém-Nascido Muito Prematuro (28 às 32 Semanas IG)	33
1.2.2.4. Recém-Nascido Extremo Prematuro (< 28 Semanas IG)	33
1.2.2.5. Escalas de Avaliação do Desenvolvimento.....	34
1.2.3. Discussão e Considerações Finais.....	35
2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	39
2.1. Neonatologia (Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais, UCIN)...	40
2.1.1. Contextualização.....	41
2.1.2. Diagnóstico de Situação.....	41
2.1.3. Tomada de Decisão, Atividades Desenvolvidas e Competências Mobilizadas.....	42
2.2. Cuidados de Saúde Primários (Unidade de Saúde Familiar, USF)	45

2.2.1. Contextualização.....	45
2.2.2. Diagnóstico de Situação.....	46
2.2.3. Tomada de Decisão, Atividades Desenvolvidas e Competências Mobilizadas.....	47
2.3. Urgência Pediátrica (Serviço de Urgência Pediátrica, SUP)	49
2.3.1. Contextualização.....	49
2.3.2. Diagnóstico de Situação.....	50
2.3.3. Tomada de Decisão, Atividades Desenvolvidas e Competências Mobilizadas.....	51
2.4. Internamento de Pediatria (Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, UCIP)...	54
2.4.1. Contextualização.....	54
2.4.2. Diagnóstico de Situação.....	55
2.4.3. Tomada de Decisão, Atividades Desenvolvidas e Competências Mobilizadas.....	56
3. AVALIAÇÃO GLOBAL E IMPLICAÇÕES PARA A MINHA PRÁTICA PROFISSIONAL.....	61
CONCLUSÃO.....	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
APÊNDICE I – Estudo de Caso.....	75
APÊNDICE II – Projeto de Melhoria Contínua: “Trabalhar em Parceria – Ensinar para Cuidar”	85
APÊNDICE III – Sessão de Educação para a Saúde “Transição para Casa”.....	125
APÊNDICE IV – Diário de Bordo.....	137
APÊNDICE V – Diário de Bordo – “A Saúde da Criança e Família, Vigilância e Decisão Clínica”	177
APÊNDICE VI – Sessão de Educação para a Saúde no Curso de Preparação para a Parentalidade	197
APÊNDICE VII – Norma de Procedimento e Folheto.....	227
APÊNDICE VIII – Relatório: O Papel do Enfermeiro Gestor na USF.....	237

APÊNDICE IX – Sessão de Formação “A Criança Ex-Prematura”	243
APÊNDICE X – Questionário de Necessidades Formativas.....	275
APÊNDICE XI – Guia Orientador à Prática de Enfermagem – Família e Criança com Traqueostomia.....	279
APÊNDICE XII – Guia Orientador à Prática de Enfermagem – Família e Criança com Ventilação Domiciliária.....	295
APÊNDICE XIII – Instrução de Trabalho “Projeto Enfermeiro de Referência”.....	307
APÊNDICE XIV – Folheto de Ensinos aos Pais (Cuidados à Traqueostomia).....	329
APÊNDICE XV – Comunicação Livre no Congresso da Sociedade de Cuidados Intensivos Pediátricos.....	333
APÊNDICE XVI – Poster “Vigilância de Enfermagem da Criança Prematura em Cuidados de Saúde Primários – <i>Scoping Review</i> ”	343
ANEXO I – Certificado de Presença no Congresso SCIP	347
ANEXO II – Certificado de Integração na Comissão Organizadora no Iº Seminário do Mestrado em Enfermagem (Lisboa)....	351
ANEXO III– Certificado de Participação com Poster Científico no Iº Seminário do Mestrado em Enfermagem (Lisboa).....	355

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Estudos Identificados relativos aos Riscos de Desenvolvimento no Recém-Nascido Prematuro (23 às 36 Semanas)	30
Quadro 2 – Estudos Identificados relativos aos Riscos de Desenvolvimento no Recém-Nascido Prematuro Tardio.....	30
Quadro 3 – Estudos Identificados relativos aos Riscos de Desenvolvimento no Recém-Nascido Muito Prematuro e Extremo Prematuro.....	31
Quadro 4 – Escalas Identificadas na Revisão	35
Quadro 5 – Resultados do Questionário de Necessidades Específicas.....	50

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo Conceptual da Teoria das Transições. Autorizada divulgação pela Autora: Meleis, A (2010) Transitions Theory Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice. Springer Publishing Company: New York. p.56.....	29
Figura 2 – PRISMA do percurso metodológico para obtenção dos artigos incluídos na Scoping Review.....	31

INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola de Enfermagem (Lisboa) do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, nomeadamente na Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, foi pedido a cada estudante a realização de um Relatório de Estágio. O Relatório de Estágio inclui ainda o estágio realizado na Unidade Curricular “A Saúde da Criança e Família - Vigilância e Decisão Clínica” realizado no 2º Semestre.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) define o Enfermeiro Especialista (EE) como “(...) o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde(...)”(OE, 2011) e conceptualiza o Enfermeiro Especialista Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) como o enfermeiro que

“ (...) utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados (...) detém o seu espaço de intervenção em torno de uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que medeia do nascimento até aos 18 anos (...) e mesmo até aos 21 anos ou mais, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso (...) A performance como especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado (...) a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento (...) a deteção precoce e o encaminhamento (...)” (OE, 2010, p.1).

No meu percurso profissional, enquanto Enfermeiro de Cuidados Gerais, tive a oportunidade de trabalhar em alguns contextos da área de Saúde Infantil, nomeadamente: Internamento de Pediatria, Neonatologia e Berçário, Unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos, Unidade de Cuidados Intermédios e Intensivos Neonatais e mais recentemente, Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. Apercebi-me empiricamente da presença da

prematuridade como antecedente pessoal de saúde em crianças e famílias que recorreram aos serviços de Pediatria onde trabalhei, bem como do número de crianças prematuras que nasceram e necessitaram de cuidados nos serviços de neonatologia onde também trabalhei.

Através da análise da evidência científica mais atualizada pude identificar a prematuridade como fenômeno de grande complexidade, com aumento da sua expressão dada a diminuição da mortalidade, mas verificando-se aumento da morbidade com expressão ao longo do ciclo de vida da criança e família (INE, 2017; SPN, 2016). O EE, e em concreto o EESIP, tal como descrito previamente, dá claramente resposta a este fenômeno de grande complexidade.

Neste percurso, foi realizada uma Revisão da Literatura (*Scoping Review*) de acordo com a Metodologia do *The Joanna Briggs Institute*, foram escolhidos 4 contextos de estágio de acordo com as orientações do Curso de Mestrado em Enfermagem, tendo sido realizado em cada contexto um Projeto de Estágio, atendendo ao Diagnóstico de Situação e Plano de Intervenção de acordo com a evidência científica mais atualizada, baseando-me num referencial Teórico de Enfermagem, nomeadamente a Teoria das Transições (Afaf Meleis, 2018), atendendo à temática transversal: “A Intervenção do Enfermeiro Especialista nas Transições – Da Prematuridade à Idade Adulta”.

O presente relatório foi construído tendo por base as orientações presentes no “Guia de Estágio Final e Relatório” disponível no *moodle*, organizado de acordo com o encadeamento lógico: Enquadramento Teórico e *Scoping Review*, Percurso de Desenvolvimento de Competências (onde abordo os 4 contextos de estágio de acordo com a idade e complexidade crescente da criança, nomeadamente Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Unidade de Saúde Familiar, Serviço de Urgência de Pediatria e Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos).

Em todo o documento foram respeitadas as normas *APA 6ª* Edição na elaboração das referências bibliográficas.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Atualmente, em Portugal, verifica-se um número estável de nascimentos de recém-nascidos prematuros (Instituto Nacional de Estatística, INE, 2017; Sociedade Portuguesa de Neonatologia, SPN, 2016). Só em 2016 verificou-se que dos 87126 nados-vivos, 6801 nasceram prematuros, o que corresponde a cerca de 7,8% dessa mesma população (INE, 2017; SPN, 2016). A SPN (2016) no seu relatório sobre a Prematuridade em Portugal alerta-nos para o conjunto de necessidades que este grupo em particular apresenta, reforçando que graças ao desenvolvimento das novas tecnologias em saúde se verifica a diminuição da mortalidade, e concomitantemente o aumento das comorbilidades associadas. O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil atribui, igualmente, particular importância à intervenção precoce tendo como objetivo a promoção da saúde, prevenção de complicações e reabilitação (Direção Geral da Saúde, DGS, 2013). A OE apresenta também guias orientadores de boas práticas em enfermagem de saúde infantil e pediatria, contudo, não existe de momento nenhum guia específico quanto à vigilância e acompanhamento da criança prematura ao longo do ciclo de vida.

Dado o aumento da sobrevivência, bem como às necessidades particulares que este grupo apresenta e atendendo à evidência científica mais atualizada (Armentrout, 2014; Pritchard et al, 2014; Demestre et al, 2015; Brown et al, 2015; Orton et al, 2015; Taborda et al, 2016; Shah et al, 2016A; Shah et al, 2016B; Lowe et al, 2016; Dueker et al, 2016; Hodel et al, 2016; Lin et al, 2017; Bivoleanu et al, 2017; Fuentesfria et al, 2017; Pikel et al, 2017; Benzies et al, 2017; Hickey et al, 2018; Burnett et al, 2018; Aviles et al, 2018) podemos afirmar que perante a criança prematura ou com antecedentes de prematuridade o EESIP pode levantar o Diagnóstico de Enfermagem (DE): Risco de Desenvolvimento Atrasado, de acordo com a Taxonomia NANDA-I. (Herdman & Kamitsuru, 2018).

O DE: Risco de Desenvolvimento Atrasado deve ser levantado quando existe:

“Suscetibilidade a atraso de 25% ou mais em uma ou mais áreas do comportamento social ou autorregulador, ou em habilidades cognitivas, de linguagem e motoras grossas ou finas, que pode comprometer a saúde”(Herdman & Kamitsuru, 2018, p.919).

A NANDA-I identifica o prematuro / criança com antecedentes de prematuridade como uma população em risco, contudo, não especifica para esta população quais as áreas de maior risco de acordo com a etapa de desenvolvimento, ao longo do seu ciclo de vida. A literatura de referência na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria reporta-se à suscetibilidade no desenvolvimento no período neonatal, mas não aprofunda o impacto posterior da prematuridade (Meeks, 2010; DGS, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014; Herdman & Kamitsuru, 2018, p.919).

O EESIP deve garantir o sucesso nas transições apropriadas da criança até à idade adulta (OE, 2010) (sendo o conceito de Transição afeto à Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010)), intervindo na minimização do DE: Risco de Desenvolvimento Atrasado (Herdman & Kamitsury, 2018, p.919) nas transições que a criança experiencia, uma vez que cuidar de crianças e famílias durante transições complexas levanta desafios, que devem ser cuidadosamente antecipados e nos quais o enfermeiro deve intervir (Meleis, 2018).

1.1. Referencial Teórico – Teoria das Transições (Afaf Meleis)

Meleis (2015) apela à investigação coerente e focada em enfermagem, promotora de diferença positiva na vida das pessoas, e alerta em particular para os grupos vulneráveis. A vulnerabilidade é conceptualizada como todas as condições ambientais, interações e experiências transicionais que implicam exposição a danos potenciais, recuperação problemática ou prolongada, bem como alterações no *coping* eficaz (Meleis et al, 2000). O Recém-Nascido Prematuro / Criança com antecedentes de prematuridade é reconhecido como pertencente a uma população vulnerável (Burnett et al, 2018), enquadrando-se as experiências transicionais a que está exposto, no apelo de Meleis (2015).

O foco nas transições como um modelo conceptual que reconhece os aspetos universais de enfermagem, permite o desenvolvimento da promoção das novas identidades e padrões de vida pelos enfermeiros, suporta as preocupações de enfermagem face às mudanças relativas à sociedade e sistemas, bem como, desafia os enfermeiros na

identificação e desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem promotoras de experiências positivas e resultados saudáveis para o cliente de enfermagem (Meleis, 2010).

As transições são também um conceito familiar nas Teorias do Desenvolvimento, englobam o conceito de continuidade, e têm em conta diversos eventos que levam a processos de transição (Chick & Meleis, 1986), nos quais se integram os eventos críticos (Meleis et al, 2000). Atendendo ao tema do relatório, e às características definidoras do DE: Risco de Desenvolvimento Atrasado, destacam-se os seguintes processos elencados por Chick & Meleis (1986): o nascimento, a maturação e a hospitalização, e que justificam uma vez mais a pertinência da temática numa ótica de enfermagem.

A Ordem dos Enfermeiros (2001) nos seus enunciados descritivos, conceptualiza os 4 conceitos metaparadigmáticos de Enfermagem: Pessoa, Ambiente, Saúde e Cuidados de Enfermagem. Também a Teoria das Transições engloba os 4 conceitos metaparadigmáticos de Enfermagem, nomeadamente, Cliente de Enfermagem, Ambiente, Transições e Terapêuticas de Enfermagem (Meleis, 2010). Serão seguidamente definidos os conceitos metaparadigmáticos conceptualizados por Meleis (2010) e comparados ao quadro conceptual que rege o exercício profissional dos enfermeiros em Portugal.

1.1.1. Cliente de Enfermagem

A Ordem dos Enfermeiros (2001) define Pessoa enquanto ser uno e indivisível, que age de acordo com os seus valores, crenças e desejos, sendo o centro de processos não intencionais (como os processos fisiológicos). Meleis (2018) define Cliente de Enfermagem como a pessoa, família ou comunidade.

1.1.2. Ambiente

O ambiente, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001, p.8), engloba os “elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais”, tem influência na saúde da pessoa e a intervenção de enfermagem tem foco na interdependência complexa

entre o ambiente e a pessoa. Meleis (2010) reporta-se ao ambiente enquanto os recursos externos facilitadores da transição.

1.1.3. Transições

A Ordem dos Enfermeiros (2001) identifica a Saúde enquanto um estado e uma representação em simultâneo da condição mental, do controlo do sofrimento, do bem-estar físico, bem como do conforto emocional e espiritual.

O conceito de Transições engloba a definição de Saúde da Ordem dos Enfermeiros (2001), mas vai além desta, uma vez que se reporta a uma passagem numa fase de vida, condição ou estado para outro diferente, podendo assumir diversos tipos (saúde / doença, desenvolvimento, situacional e organizacional), propriedades (consciência, compromisso, mudança, diferença, duração e ponto / eventos críticos) e padrões (únicas, múltiplas, sequenciais, simultâneas, relacionadas ou não relacionadas) (Meleis, 2010; Meleis et al, 2000).

1.1.4. Terapêuticas de Enfermagem

Os Cuidados de Enfermagem centram-se na relação interpessoal estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa, família ou comunidades, tendo em vista a prevenção da doença, a promoção de processos de readaptação, bem como a satisfação das Necessidades Humanas Fundamentais e a independência na realização das Atividades de Vida Diária, procurando a adaptação funcional nos défices apresentados, com recurso frequente aos processos de aprendizagem (OE, 2001).

As Terapêuticas de Enfermagem têm em conta a natureza das transições, atuando nas condições em que decorrem, tendo em vista a recuperação, manutenção, proteção ou promoção da sua saúde (Chick & Meleis, 1986; Meleis et al, 2000; Meleis, 2010; Meleis, 2018). A relação entre estes pode ser observada na Figura 1.

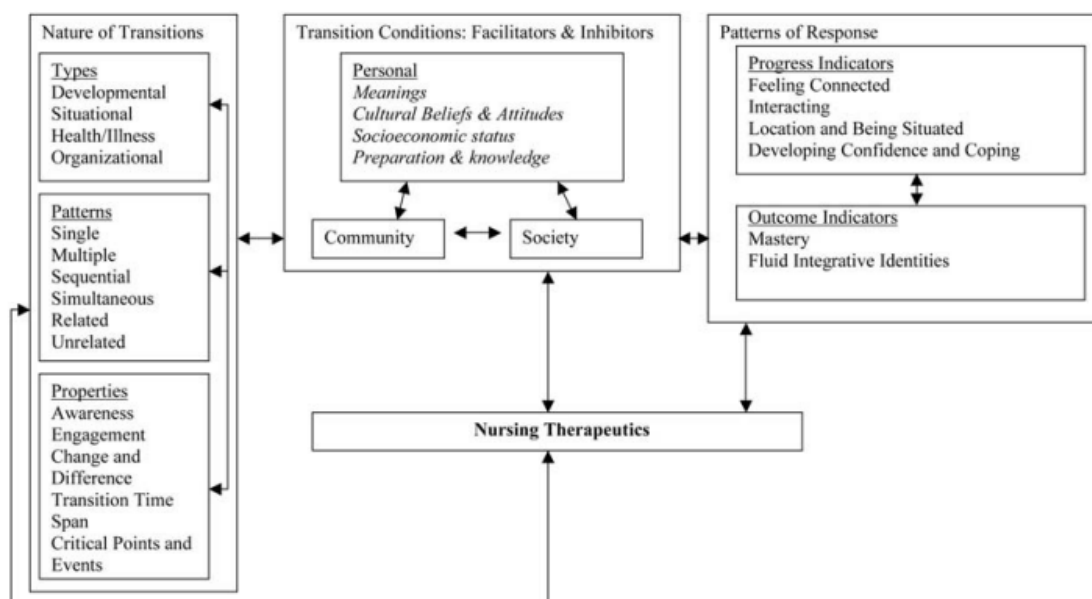


Figura 1 – Modelo Conceptual da Teoria das Transições. Autorizada divulgação pela Autora: Meleis, A (2010) *Transitions Theory Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company: New York. p.56.

1.2. Revisão da Literatura (*Scoping Review*)

Sabendo que a criança e família, ao longo do seu ciclo de vida, experiencia várias transições, que as transições são um foco em enfermagem (Meleis, 2010), e que a prematuridade é um fator a considerar para o DE: Risco de Desenvolvimento Atrasado, torna-se particularmente importante responder às seguintes questões: “Quais as competências em risco na criança nascida prematura ao longo do seu desenvolvimento?” e “Quais as escalas adequadas, identificadas na literatura mais atualizada, para a identificação do risco nessas mesmas competências?”.

Foi realizada um Revisão da Literatura (*Scoping Review*) com o objetivo de identificar quais as competências em risco na criança nascida prematura ao longo do seu desenvolvimento, e com o objetivo de elencar as escalas adequadas identificadas na literatura para a identificação do risco em cada competência.

1.2.1. Metodologia

Foi utilizada a metodologia descrita pelo *The Joanna Briggs Institute* (2015) relativa à realização de uma *Scoping Review*, uma vez que esta permite identificar os pontos-chave de sustentação de uma área de investigação, definir um conceito ou definir as fronteiras de um tópico de investigação.

A construção da pergunta de partida teve como ferramenta inicial a metodologia PICO nomeadamente: P- População (criança nascida prematura ou extremamente prematura), C – Conceito (Desenvolvimento) e C - Contexto (Contextos de Monitorização, Avaliação ou Vigilância).

Foi realizado um protocolo de revisão validado pelos 2 autores, mobilizadas palavras-chave validadas pelo DeCS e realizado 3 pré-testes, tendo sido optada, dado o volume de resultados, a seguinte fórmula de pesquisa: (*infant, premature OR infant, extremely premature OR newborn*) AND ("*infant, newborn, screening*" OR *monitoring OR surveillance*) AND (*child development OR Developmental Disabilities*). A estratégia de pesquisa baseou-se na identificação critérios de inclusão: Idioma (apenas Português, Inglês ou Espanhol), Título, Acesso e Resumo.

A fórmula de pesquisa foi operacionalizada através da plataforma *EbscoHost*, nomeadamente na *CIHNAL Plus*; *MedLine with Full Text* e *MedicLatina*. Os critérios de inclusão foram os seguintes: Data de Publicação (2014 a 2018), Idioma (apenas Português, Inglês ou Espanhol), Título, Acesso e Resumo. Foram contactados os autores de 2 artigos que se encontravam com acesso reservado, tendo obtido resposta por parte da autora Armentrout (2014) que facultou o acesso ao artigo, e que foi incluído após leitura do resumo. A Figura 2 apresenta o PRISMA que expressa o percurso metodológico efetuado até à obtenção dos Artigos aceites para a realização da *Scoping Review*.

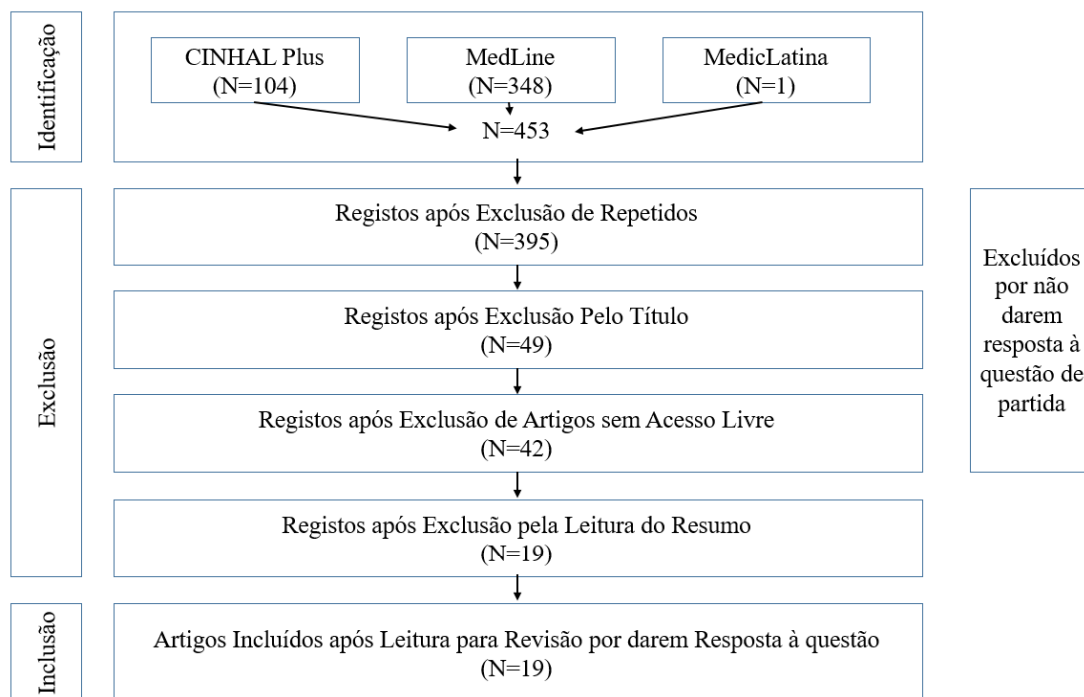


Figura 2 – PRISMA do percurso metodológico para obtenção dos artigos incluídos na *Scoping Review*.

1.2.2. Resultados

Após análise da investigação incluída para a realização da *Scoping Review* foi clara a formação de 3 categorias, de acordo com os tipos de prematuridade descritos, e uma 4ª categoria, relativa a estudos transversais aos 3 tipos de prematuridade, nomeadamente: prematuridade tardia (32 – 36 semanas de Idade Gestacional (IG)), recém-nascido muito prematuro (28 – 32 semanas de IG) e recém-nascido extremo-prematuro (IG inferior a 28 semanas).

Verificou-se que a investigação atual se debruça, face ao Desenvolvimento do Recém-Nascido Prematuro, do nascimento à idade adulta, com maior expressão na etapa de desenvolvimento do Lactente, Toddler, Pré-Escolar e Escolar. Foi encontrado apenas 1 estudo relativo à etapa de desenvolvimento do Adolescente, e 1 estudo relativo ao período neonatal.

Nos estudos analisados, procurou-se identificar igualmente as escalas de avaliação do desenvolvimento utilizadas.

As Tabelas 1, 2 e 3 apresentam os resultados obtidos, de acordo com as 4 categorias definidas.

Quadro 1 – Estudos Identificados relativos aos Riscos de Desenvolvimento no Recém-Nascido Prematuro (23 às 36 Semanas)

Idade Gestacional	Etapa de Desenvolvimento (Autor Idade Risco Escala)								
	Não Especificado	Neonato	Lactente	Toddler	Pré-Escolar	Escolar	Adolescente	Adulto	
23 a 36 semanas	<p>Hickey et al (2018) Se RN com NEC: Risco de Déficit Cognitivo / Motor</p> <p>Taborda et al (2016) Gêmeos Monocoríonicos com Maior Risco de Alterações no Neurodesenvolvimento ou Paralisia Cerebral <u>Escala: Schedule of Growing Skills II</u></p> <p>Lin et al (2017) Se RN com Broncodisplasia Pulmonar apresenta maior risco: cognitivo, atraso linguagem, doença física, paralisia cerebral <u>Escala: Gesell Developmental Scale</u></p>	<p>Bivoleanu et al (2017) Nascimento aos 24M Se RN com Doença Crônica, maior risco de Déficit Motor. Risco diminui ao longo do tempo. <u>Escalas: Amiel-Tison Neurologic Evaluation; Bayley Scales of Infant Development</u></p> <p>Fuentefria et al (2017) Nascimento aos 18M Risco Déficit Motor. Maior risco se Doença Crônica ou Condição Biológica Adversa <u>Escala: Alberta Infant Motor Scale</u></p>			<p>Shah et al (2016A) Menor IG, Maior Risco de Déficit: Leitura e Cálculo Matemático <u>Escala: Peabody Picture Vocabulary Test 3rd Edition</u></p>	<p>Lowe et al (2016) Risco de Maior Sedentarismo Risco de Menor Atividade Física</p>	<p>Pikel et al (2017) Risco de Capacidade Anaeróbica e Aeróbica Reduzida Risco de Coordenação Diminuída Risco de Atividade Física / Prática Desportiva Diminuída. <u>Escala: The SLOfit Monitoring System</u></p>		

Quadro 2 – Estudos Identificados relativos aos Riscos de Desenvolvimento no Recém-Nascido Tardio

Idade Gestacional	Etapa de Desenvolvimento (Autor Idade Risco Escala)							
	Não Especificado	Neonato	Lactente	Toddler	Pré-Escolar	Escolar	Adolescente	Adulto
32 às 36 semanas			<p>Dueker et al (2016) 8M aos 24M Risco de Desenvolvimento Neurológico Lento Risco de Performance Cognitiva Menor Risco Menor quanto Maior a IG <u>Escala: Ages and Stages Questionnaire 2 e 3</u></p> <p>Benzies et al (2017) 4M aos 18M Risco de Déficit na Comunicação Risco de Déficit Motor <u>Escala: Ages and Stages Questionnaire 3</u></p> <p>Shah et al (2016B) 9M, 24M e Idade Pré-Escolar Risco de Déficit Cognitivo aos 9M. Risco de Déficit na Leitura e Matemática em Idade Pré-Escolar. Aos 24M não se verificaram diferenças. <u>Escala: Ages and Stages Questionnaire 3</u></p>		<p>Hodel et al (2016) 4 Anos Risco de Déficit nas Funções Executivas <u>Escala: Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence - III</u></p> <p>Demestre et al (2015) 4 Anos Risco de Desenvolvimento Psicomotor Comprometido, Ligeiro <u>Escala: Ages and Stages Questionnaire 3</u></p>			

Quadro 3 - Estudos Identificados relativos aos Riscos de Desenvolvimento no Recém-Nascido Muito Prematuro e Extremo Prematuro

Idade Gestacional	Etapa de Desenvolvimento (Autor Idade Risco Escala)							
	Não Especificado	Neonato	Lactente	Toddler	Pré-Escolar	Escolar	Adolescente	Adulto
28 às 32 Semanas					Pritchard et al (2014) 4 Anos, 6 Anos e 9 Anos Risco de Déficit Motor Risco de Déficit na Linguagem Risco de Déficit no Comportamento Escala: <i>Woodcock-Johnson II Test of Achievement</i>			
< 28 Semanas		Armentrout, D. (2014) Período Neonatal Risco de Lesão Neurológica Risco de Lesão Massa Branca com Possível Déficit na Aprendizagem / Cognição ou Paralisia Cerebral		Orton et al (2015) 2 Anos Risco de Déficit Cognitivo, Motor, Comportamental Escala: <i>Bayley III</i>	Brown et al (2015) 4 – 5 Anos Risco Alterações Comportamentais Risco de Déficit Motor Escalas: <i>Movement Assessment Battery for Children 2nd Ed.; Child Behaviour Checklist for Preschool Children.</i>	Burnett et al (2018) 7 – 8 Anos Risco de Déficit nas Funções Executivas Risco de Déficit Psicossocial ou Académico Escala: <i>Behavior Rating Inventory of Executive Function</i> Aviles et al (2018) 8 Anos Risco de Déficit de Atenção Escala: <i>Neuropsychological Assessment of Children 2</i>		

1.2.2.1. Recém-Nascido Prematuro (23 às 36 Semanas IG)

O Recém-Nascido Prematuro apresenta maior Risco de Desenvolvimento Atrasado nas competências motoras e cognitivas (Shah et al, 2016A; Lowe et al, 2016; Taborda et al, 2016; Pikel et al, 2017; Bivoleanu et al, 2017; Fuentefria et al, 2017; Lin et al, 2017 e Hickey et al, 2018).

Na literatura consultada, o Recém-Nascido Prematuro com antecedentes de Enterocolite Necrotizante ou Doença Crónica (tal como Broncodisplasia Pulmonar) comporta um grupo particularmente vulnerável, uma vez que 4 estudos identificam Risco de Déficit Motor e 2 identificam Risco de Déficit Cognitivo (Lin et al, 2017; Bivoleanu et al, 2017; Fuentefria et al, 2017 e Hickey et al, 2018).

A Gemelaridade é também vista como fator de risco acrescido para o desenvolvimento de alterações no Neurodesenvolvimento ou Paralisia Cerebral, sobretudo na gemelaridade monocoriónica (Taborda et al, 2016).

Relativamente ao Desenvolvimento Cognitivo, a literatura evidencia risco de Déficit a nível da Leitura e Cálculo Matemático com expressividade em Idade Pré-Escolar, na transição para o Ensino Pré-Escolar / Jardim de Infância, apresentando risco acrescido a criança com

Broncodisplasia pulmonar ou antecedentes de enterocolite necrotizante (Shah et al, 2016; Lin et al, 2017 e Hickey et al, 2018).

O impacto da prematuridade estende-se até à Idade Escolar e Adolescência, com repercussão para a idade adulta, nomeadamente pelo risco de menor capacidade Aeróbica / Anaeróbica e risco de défice motor, com impacto na adesão à Atividade Física, com maior risco de sedentarismo, e consequências na aquisição dos estilos de vida saudáveis, numa etapa do desenvolvimento em que as crianças e adolescentes devem ser encorajados a participar em atividades promotoras da aptidão física (Hockenberry & Wilson, 2014; Lowe et al, 2016 e Pikel et al, 2017).

Evidencia-se uma relação diretamente proporcional, em que quanto menor a Idade Gestacional, maior é o Risco de Desenvolvimento Atrasado nas competências Motoras e Cognitivas (Armentrout, 2014; Orton et al, 2015). Destaca-se uma maior amplitude de estudos relacionados com o desenvolvimento motor e implicações ao longo do desenvolvimento, com expressão diferente, face à etapa de desenvolvimento (Orton, 2015; Pritchard, 2014; Brown et al, 2015).

De seguida irei abordar os 3 grupos por grau de crescente complexidade, ou seja, recém-nascido prematuro tardio, muito prematuro e extremo prematuro.

1.2.2.2. Recém-Nascido Prematuro Tardio (32 às 36 Semanas IG)

Os estudos centrados apenas no Recém-Nascido Prematuro Tardio (32 às 36 semanas de IG) identificam igualmente as competências motoras e cognitivas como particularmente vulneráveis, tal como identificado nos estudos anteriores (Demestre et al, 2015; Hodel et al, 2016; Shah et al, 2016B; Dueker et al, 2016 e Benzies et al, 2017).

Verifica-se uma concentração dos estudos desde o Lactente (28 dias) até à Idade Pré-Escolar (5 anos), com maior predominância da investigação acerca das competências cognitivas e destaque na comunicação e nas funções executivas como a leitura e o cálculo aritmético (Demestre et al, 2015; Hodel et al, 2016; Shah et al, 2016B; Dueker et al, 2016 e Benzies et al, 2017).

A entrada para a escola (entrada no jardim de infância ou ensino pré-escolar) destaca-se como um evento crítico na transição de desenvolvimento do ex-prematuro tardio em idade Toddler ou Pré-escolar, uma vez que corresponde a uma etapa onde se dá o desenvolvimento do Período Pré-Operatório, nas fases pré-conceptual (2 aos 4 anos) e do Pensamento Intuitivo (dos 4 aos 7 anos) (Hockenberry & Wilson, 2014). A linguagem desenvolve-se com o aumento do vocabulário ao longo deste período, podendo existir limitações funcionais decorrentes se ocorrerem atrasos no seu desenvolvimento (Feldman, 2012; Hockenberry & Wilson, 2014).

Shah et al (2016B) no seu estudo do prematuro tardio dos 9 meses de Idade Corrigida à Idade Pré-Escolar, identifica défices cognitivos aos 9 meses, destaca que a nível dos 24 meses não verificou discrepâncias e identifica novamente défices a nível das competências de linguagem e matemática na idade pré-escolar. Tal facto poder-se-á dever ao risco de desenvolvimento neurológico lento identificado por Dueker et al (2016), que destaca também risco de performance cognitiva menor na criança prematura tardia face às crianças de termo da mesma idade.

1.2.2.3. Recém-Nascido Muito Prematuro (28 às 32 Semanas IG)

Apenas um estudo o estudo de Pritchard et al (2014) se dedica em exclusivo ao recém-nascido muito prematuro (28 às 32 semanas). Pritchard et al (2014) identifica igualmente o risco de défice no desenvolvimento motor e da linguagem, acrescentando o risco de défice de desenvolvimento a nível comportamental, centrando a sua investigação no período pré-escolar e escolar, concretamente aos 4 anos (entrada no jardim de infância), 6 anos (início da escola) e 9 anos (estudo do nível de adaptação à transição para a escola).

1.2.2.4. Recém-Nascido Extremo Prematuro (<28 Semanas)

O Recém-Nascido Extremo Prematuro (Idade Gestacional <28 Semanas) apresenta risco de Lesão Neurológica, uma vez que se encontra, a nível da maturação cerebral, no desenvolvimento da Massa Branca, responsável pelas áreas da aprendizagem e cognição

(Armentrout, 2014).¹ Além do sistema neurológico, Armentrout (2014) identifica a principal fragilidade dos sistemas: cardíaco, respiratório e gástrico e implicações no desenvolvimento após a alta, algumas delas já previamente mencionadas (Lin et al, 2017; Hickey et al, 2018).

Orton et al (2015), Bronw et al (2015), Aviles et al (2018) e Burnett et al (2018) identificam os mesmos riscos presentes para o prematuro tardio e muito prematuro, mas acrescentam o Risco de déficit de atenção e acadêmico na idade escolar

1.2.2.5. Escalas de Avaliação do Desenvolvimento

No contexto português, a DGS (2013) preconiza no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil a mobilização da Escala de Avaliação do Desenvolvimento *Mary Sheridan*, que identifica 4 áreas do desenvolvimento, nomeadamente: Comportamento e Adaptação Social, Visão e Motricidade Fina, Postura e Motricidade Grossa e Audição e Linguagem, dedicando-se à avaliação do Nascimento até aos 5 anos de vida.

A análise dos artigos permitiu a identificação de 14 escalas, que foram agrupadas em 5 categorias, 4 respetivas às áreas identificadas pela Escala de Avaliação do Desenvolvimento *Mary Sheridan* (DGS, 2013) a que dão resposta e uma 5ª categoria relativa ao Desenvolvimento Global, como pode ser consultado na Tabela 4, onde se incluem também as fontes primárias e referencias bibliográficas complementares.

Quadro 4 – Escalas identificadas na *Scoping Review*

Desenvolvimento Global
<ul style="list-style-type: none">• <i>Schedule of Growing Skills III</i> (Bellman et al, 1996; Williams et al, 2013 e Taborda et al, 2016)• <i>Gesell Developmental Scale</i> (Gesell Institute of Child Development, 2012; Gudemi et al, 2014 e Lin et al, 2017)• <i>Bayley Scales of Infant Development</i> (Bayley, 1993, 2006A, 2006B; Orton et al, 2015; Bivoleanu et al, 2017)

¹ Artigo cedido pela Autora para consulta. Armentrout, D. (2014) Not Ready for Prime Time Transitional Events in the Extremely Preterm Infant. *Journal of Pediatric and Neonatal Nursing*. 28(2). 1-7.

<ul style="list-style-type: none"> • <i>Ages & Stages Questionnaire</i> (Squires & Bricker, 2009; Demestre et al, 2015; Dueker et al, 2016; Shah et al, 2016B, Benzies et al, 2017) 	
Comportamento e Adaptação Social	Visão e Motricidade Fina
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Amiel-Tison Neurologic Evaluation</i> (Amiel-Tison & Gosselyn, 2001; Bivoleanu et al, 2017) • <i>Child Behaviour Checklist for Preschool Children</i> (Achenbach & Resorla, 2000; Brown et al, 2015) • <i>Neuropsychological Assessment of Children 2</i> (Matute et al, 2013 e Aviles et al, 2018) 	<p>Não Foram Identificadas Escalas</p>
Audição e Linguagem	Postura e Motricidade Grossa
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Peabody Picture Vocabulary Test 3rd Edition</i> (Saraiva et al, 2012; Shah et al, 2016A; Dunn, 2019) • <i>Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence III</i> (Wechsler, 2002; Hodel et al, 2016) • <i>Behavior Rating Inventory of Executive Function</i> (Gioia et al, 2000A, 2000B; Burnett et al, 2018) • <i>Woodcock-Johnson II Test of Achievement</i> (Pritchard et al, 2014) 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Alberta Infant Motor Scale</i> (Fuentefria et al, 2017) • <i>The SLOfit Monitoring System</i> (Pikel et al, 2017) • <i>Movement Assessment Battery for Children 2nd Edition</i> (Brown, 2009; Brown et al, 2015)

1.2.3. Discussão e Considerações Finais

A *Scoping Review* permitiu identificar estudos transversais a cada etapa de desenvolvimento, bem como estudos longitudinais relativos ao desenvolvimento da criança

nascida prematura face a cada etapa de desenvolvimento. Verificou-se uma maior concentração de estudos na fase pré-escolar (total de 6 artigos) (Pritchard et al, 2014; Demestre et al, 2015; Shah et al, 2016A; Hodel et al, 2016; Burnett et al, 2018 e Aviles et al, 2018).

A análise dos artigos identificou 2 riscos com maior expressividade na investigação atual, nomeadamente, risco de défice cognitivo (12 artigos) e risco de défice motor (9 artigos), destacando-se em idade Pré-Escolar estudos relacionados com risco de défice cognitivo, e maior expressão dos défices motores no Lactente, Toddler e Adolescente, podendo o mesmo estar relacionado, em primeiro lugar, com os desafios cognitivos e o risco de défice cognitivo a que a criança prematura apresenta, e o evento crítico característico desta etapa de desenvolvimento, nomeadamente, a transição para a escola (Hockenberry & Wilson, 2014; Pritchard et al, 2014; Demestre et al, 2015; Shah et al, 2016A; Hodel et al, 2016; Burnett et al, 2018 e Aviles et al, 2018). Em segundo lugar, podemos identificar no lactente e toddler o desenvolvimento motor como principal foco dos estudos, uma vez que nestas etapas do desenvolvimento se identificam as competências de “gatinhar”, “colocar-se em posição supina”, “andar”, entre outras, e onde se podem verificar maiores atrasos nesse desenvolvimento (DGS, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014; Orton et al, 2015; Bivoleanu et al, 2017; Fuentesfria et al, 2017 e Benzies et al, 2017)

Relativamente ao período da adolescência, o estudo analisado prende-se com a capacidade aeróbica / anaeróbica (decorrente das complicações da ventilação prolongada e imaturidade pulmonar ao nascer) com consecutiva limitação na atividade física, apresentando como consequência maior sedentarismo, o que comporta uma preocupação para os profissionais de saúde, sobretudo se considerarmos que a intervenção deverá centrar-se na promoção de estilos de vida saudáveis, e o seu impacto na vida adulta (Hockenberry & Wilson, 2014). Realça-se a importância da realização de mais estudos nesta área, dado o aumento da sobrevivência dos recém-nascidos prematuros e o aumento das suas morbilidades, com impacto no período da adolescência e aquisição de comportamentos de vida saudáveis (INE, 2017 e SPN, 2016).

As *guidelines* portuguesas, relativamente à avaliação do desenvolvimento, indicam a utilização da Escala *Mary Sheridan* (DGS, 2013), contudo esta escala apenas avalia a criança do nascimento até aos 5 anos de vida. A análise transversal e longitudinal dos artigos permitiu identificar escalas correspondentes a cada área de competência e do

Desenvolvimento Global, podendo ser encontradas escalas com população alvo até aos 18 anos como a *Behavior Rating Inventory of Executive Function* (Gioia et al, 2000A, 2000B; Burnett et al, 2018), destacando-se que não se verificaram escalas relacionadas com a Visão e Motricidade Física. O risco de défice visual não foi identificado pela literatura consultada, contudo, sabendo que o recém-nascido prematuro tem maior risco de desenvolver Retinopatia da Prematuridade, com sérias implicações para o seu desenvolvimento, considero importante em futuras revisões relativas a esta área concreta (Meeks et al, 2010; Hockenberry, 2014).

Globalmente, a *Scoping Review* permitiu dar resposta às questões de partida propostas, realçando a pertinência da temática e identificando áreas de investigação que carecem de maior aprofundamento. A identificação de competências com maior risco de desenvolvimento atrasado, bem como a extração das escalas específicas de avaliação do desenvolvimento, permitem igualmente ao profissional de saúde um olhar aprofundado face à complexidade da criança prematura ao longo do seu desenvolvimento, bem como lhe fornece ferramentas práticas, baseadas na evidência científica fruto da investigação mais atual, tendo em vista a Intervenção Precoce, igualmente preconizada pelas *guidelines* nacionais (DGS, 2013).

2. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria foram selecionados, por cada mestrando, 4 locais de estágio, cada um relativo a uma das seguintes áreas assistenciais em pediatria: Cuidados de Saúde Primários, Serviço de Urgência Pediátrica, Internamento de Pediatria e Neonatologia. O critério para a autorização do local de estágio prendeu-se com a existência de um Enfermeiro Orientador com Grau de Mestre e Especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

Foi solicitado a cada mestrando que realizasse um Projeto de Estágio para cada contexto. Segundo Mata (2002, p.1) um projeto é “um conjunto de atividades, implicando a utilização de recursos diversos, executadas para levar a cabo um determinado objetivo”. Neste sentido, o principal objetivo, para a realização destes estágios, foi o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria (OE, 2018) através do desenvolvimento do Projeto de Estágio, tendo por base a revisão da literatura com a temática transversal: “A Intervenção do Enfermeiro Especialista nas Transições – Da Prematuridade à Idade Adulta” suportando-me no referencial teórico de Afaf Meleis (2010, 2018), nomeadamente a Teoria das Transições.

Em cada contexto de estágio foi operacionalizada a Metodologia de Planeamento em Saúde de Imperatori (1993) e António Tavares (1990), atendendo ao seguinte percurso metodológico: diagnóstico de situação, formulação de objetivos gerais e específicos, elaboração de um projeto de intervenção e avaliação das atividades implementadas. A elaboração dos projetos de estágios tiveram igualmente em atenção o desenvolvimento das competências comuns especializadas e específicas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (OE, 2011, 2018).

Uma vez que a interação com a criança e família desperta para necessidades formativas, e a reflexão crítica permite “uma leitura compreensiva da realidade” (Alarcão & Rua, 2005), foi construído um diário de bordo, transversal a todos os contextos. Benner

(2001, p.12) identifica que a participação enquanto enfermeiro “implica que se assume uma intenção de ajuda e um compromisso de se desenvolverem práticas de cuidar”, assim como a OE (2007) reconhece o papel do Desenvolvimento Profissional através da Formação Contínua, em que o Enfermeiro deve realizar uma revisão frequente das suas práticas, assumindo a aprendizagem ao longo da vida como uma responsabilidade, procurando a manutenção das suas competências, e suprimindo as suas necessidades de formação contínua. Alarcão & Rua (2005) identificam os estágios como “momentos de observação e intervenção em contextos de serviços de saúde e afins, com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências”. Pereira-Mendes (2015) reporta-se ao exercício reflexivo como uma atividade atual, que incide sobre os eventos ocorridos, procurando a melhoria contínua para as práticas futuras, bem como Bernardes & Miranda (2003) reconhecem a sua importância para o desenvolvimento das competências individuais.

A elaboração de um Portefólio, por contexto de estágio, permitiu agrupar os documentos redigidos e bibliografia consultada, tendo sido construído em formato digital, atendendo à definição de Portefólio:

“ (...) dispositivos que ampliem e diversifiquem a formação (...) que estimulem o pensamento reflexivo, a competência de organização e de tomada de decisão fundamentada, a capacidade de autoavaliação e de sistematização dos percursos de construção da aprendizagem.” (Bernardes & Miranda, 2003, p.6).

Abordarei cada contexto individualmente, ignorando a ordem cronológica pela qual decorreram, mas respeitando o percurso de desenvolvimento da criança, e nível crescente de complexidade dos contextos assistências em Pediatria, optando pela seguinte ordem: Neonatologia (Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais), Cuidados de Saúde Primários (Unidade de Saúde Familiar), Urgência Pediátrica (Serviço de Urgência Pediátrica) e Internamento de Pediatria (Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos).

2.1. Neonatologia (Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais)

Uma vez que na realização da *Scoping Review* apenas se identificou 1 artigo relacionado com o período neonatal, procurei orientação por parte de uma especialista na área do desenvolvimento neonatal, nomeadamente a Professora Doutora Alice Curado, tendo

exposto a minha temática e resultados obtidos pela *Scoping Review*. Neste contacto foi-me referenciado o *Neonatal Integrative Developmental Care Model* (NIDCM, Altimier & Philips, 2016) enquanto modelo centrado na Filosofia dos Cuidados Centrados na Família e na Parceria de Cuidados, que identifica áreas vulneráveis ao Risco de Desenvolvimento Atrasado no recém-nascido prematuro.

2.1.1. Contextualização

O Estágio de Neonatologia decorreu de 19 de Novembro a 19 de Dezembro de 2018, numa Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais (UCIN), cuja população-alvo engloba todas as crianças em período neonatal com necessidades cirúrgicas. A UCIN é composta por 6 vagas de cuidados intensivos e 4 vagas de cuidados intermédios, contando com um mínimo de 4 enfermeiros por turno.

A oferta de cuidados de enfermagem é geral, respeitando a Lei de Bases em Saúde (1990) e o Código deontológico do enfermeiro (OE, 2015), e confinada à sua população-alvo, a qual inclui uma forte população multicultural imigrante residente em Lisboa ou proveniente de programas de cooperação em saúde, nomeadamente com os PALOP (Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento, 2011).

2.1.2. Diagnóstico de Situação

O Diagnóstico de Situação foi realizado através de uma entrevista não estruturada à Enfermeira Chefe M. e Enfermeira Orientadora I. na qual foi possível identificar a sua preocupação pela presença de vários elementos recentes na unidade (menos de 6 meses) e 1 elemento em integração, tendo sido verbalizada a necessidade de uniformização das práticas e aproximação entre elementos experientes e novos elementos. Foi identificada igualmente a necessidade de atualizar o “Manual de Ensinos” presente na UCIN.

Neste sentido, foi sugerida a elaboração de um Projeto de Melhoria Contínua tendo em vista a elaboração de Sessões de Educação para a Saúde e uniformização das práticas de enfermagem relativas aos ensinos sobre os cuidados ao recém-nascido. Uma vez que foi sentida pelo serviço a necessidade de aproximação de elementos mais experientes e recentes,

preconizou-se a elaboração apenas de uma sessão como exemplar, promovendo posteriormente o trabalho em equipa pelos restantes elementos, atendendo às necessidades dos pais.

Ao longo da prestação de cuidados foram questionadas áreas de interesse, por parte dos pais, relativamente a áreas que gostariam de ver trabalhadas em sessões de educação para a saúde, atendendo às temáticas de educação para a saúde elencadas pelas 7 medidas neuroprotetoras (Altimier, 2015; Bergman, 2015; Danner-Bowman & Cardin, 2015; Rhoads et al, 2015; White, 2015; Russel et al, 2015 e Altimier & Philips, 2016).

Relativamente à necessidade individual de desenvolvimento de competências comuns especializadas e específicas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (OE, 2018), foi identificada igualmente a necessidade de aplicação do modelo de Altimier & Philips (2016) a um caso específico, bem como, reflexão sobre situações de complexidade na prestação direta de cuidados ao longo do estágio.

2.1.3. Tomada de Decisão, Atividades Desenvolvidas e Competências Mobilizadas

Reconhecendo que os Recém-Nascido apresentam DE: Risco de Desenvolvimento Comprometido (Meeks, 2010; DGS, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014 e Herdman & Kamitsuru, 2018) e que os pais são pilares centrais no NIDCM (Altimier & Phillips, 2016) bem na Filosofia dos Cuidados Centrados na Família, torna-se fundamental promover a transição para a parentalidade, atendendo à parceria de cuidados (Mefford & Alligood, 2011; Fernandes et al, 2014). Assim sendo, defini como primeiro objetivo geral identificar as prioridades de intervenção nas transições, particularmente as relacionadas com o desenvolvimento da criança e desempenho de papéis parentais, e como objetivo específico Promover a Transição de Desenvolvimento Saudável para o Papel Parental da Criança Prematura.

Tornou-se fundamental, para compreender o NIDCM (Altimier & Philips), dedicar-me em primeiro lugar à sua operacionalização na prática assistencial, tendo-me dedicado à construção de um estudo de caso real, nomeadamente, na prestação de cuidados a uma recém-nascida com idade corrigida de 29 semanas e sua família, identificando as 7 medidas neuroprotetoras na transferência e colocação ao colo (Ver Apêndice I), com o Objetivo Geral

de Reconhecer Problemas de Especial Complexidade na Assistência à Criança e Família, e em específico desenvolver competências na assistência à criança e família em contextos de prematuridade.

Sustentando-me nos princípios anteriormente definidos, e nas competências desenvolvidas através do estudo de caso, bem como os princípios relativos à relação de ajuda (Phaneuf, 2005), procurei estabelecer relações de confiança com os pais, identificando fatores facilitadores (exemplo “confiança nos profissionais”) e dificultadores (exemplo: “medo dos pais em causar dano”) verbalizados pelos mesmos ao longo da prestação direta de cuidados. Priorizei a individualidade dos cuidados, atendendo às necessidades específicas de cada família, e para o fazer, atendendo ao contexto assistencial e às competências de EE (OE, 2011; EESIP (OE, 2018), concebi um Projeto de Melhoria Contínua (Ver Apêndice II), baseando-me nos Padrões de Qualidade preconizados pela OE (2011, p.19), nomeadamente: *“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde.”*, tanto nos enunciados gerais, como nos enunciados especializados EESIP.

Uma vez que na UCIN se encontravam vários elementos jovens, encarei igualmente o Projeto de Melhoria Contínua como uma ferramenta útil para a colaboração na integração de novos profissionais, tendo definido o objetivo específico desenvolver competências na assistência à criança e família em contextos de prematuridade, com a inclusão futura dos membros mais novos na construção das restantes sessões temáticas e aprofundamento teórico, com elementos mais velhos, sustentando-me na Supervisão Clínica enquanto metodologia, uma vez que esta permite o crescimento profissional, bem como o crescimento pessoal, levando a cuidados de maior qualidade e mais significativos para o cliente de enfermagem (Carvalho, 2016). De igual forma, a partilha da investigação consultada com a equipa enquanto estratégia de promoção da integração, me permitiu desenvolver a competência comum de EE relativa a “D2.1. – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade” (OE, 2018).

Enquanto futuro EESIP pude com o desenvolvimento deste projeto operacionalizar e desenvolver a competência “B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade” (OE, 2011), uma vez que formulei indicadores para a avaliação da qualidade dos cuidados em 3 vertentes (estrutura, processo e resultado), identifiquei uma oportunidade de melhoria e estabeleci prioridades.

Foram auscultados os pais presentes na Unidade, de forma informal, e elencadas temáticas consideradas por eles pertinentes (transição para casa, suporte básico de vida entre outros), tendo sido organizadas de acordo com o NIDCM (Altimier & Phillips, 2016) (ver Apêndice II). Foi contruída uma sessão (com a temática mais frequentemente verbalizada, nomeadamente, transição para casa). Através desta sessão procurei criar oportunidade de trabalho “*com a família, bem como (...) [a] transmissão de resultados provenientes da investigação mais recente por forma a proporcionar conhecimento especializado à família*” (OE, 2018), mobilizando a sessão de Educação para a Saúde (EpS) enquanto técnica de comunicação com a família, transmitindo orientações antecipatórias, tais como a preparação do ambiente em casa para a recepção futura do recém-nascido (Platonos et al, 2018; Mosher, 2017) (Ver apêndice III).

Globalmente, a construção do Projeto correu de acordo com o cronograma definido, mobilizei a pesquisa bibliográfica mais atualizada, e construí para o desenvolvimento dos novos enfermeiros de forma indireta, sendo o balanço claramente positivo. Também a sessão realizada contou com a participação e interesse dos pais, o que foi positivo, tendo apenas a destacar como sugestão a mudança de local para outro lugar (Ver apêndice III).

Relativamente ao meu percurso pessoal de desenvolvimento de competências EESIP, e atendendo ao Objetivo Especifico “desenvolver competências de EESIP na assistência à criança e família e contextos de prematuridade”, encontrei-me em contacto direto com a prestação de cuidados ao Recém-Nascido e família em cuidados intermédios / intensivos, atendendo às suas necessidades específicas e individuais, estabelecendo relações de confiança e de acordo com referenciais teóricos atualizados, fruto da Investigação Científica mais atualizada, tais como o NIDCM (Altimier & Philips, 2016) ou a Teoria das Transições (Meleis, 2010).

Este contacto permitiu-me desenvolver as competências EESIP “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança / jovem” e “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”, entre outros (OE, 2018), através da prática reflexiva, na figura de um diário de bordo (Ver apêndice IV), centrando-me em 3 situações em concreto, nomeadamente:

- Neonato em Estado Crítico, o que me permitiu refletir a avaliação do neonatado de risco, e sistematizar o desenvolvimento das competências de

EESIP relativas a “E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” (OE, 2018)

- Chefe de Equipa – Enfermeiro Especialista e Competências de Gestão, o que me permitiu refletir acerca das competências comuns de EE relativas a “C1.1 – Otimiza o Processo de Cuidados ao Nível da Tomada de Decisão”, “C1.2 - Orienta e Supervisiona as Tarefas Delegadas, Garantindo a Segurança e a Qualidade” e “C2.1 – Otimiza o Trabalho da Equipa adequando os Recursos às Necessidades de Cuidados” (OE, 2011) após me encontrar durante um turno a acompanhar a enfermeira orientadora nas suas funções de chefia.
- Consulta de Desenvolvimento, uma vez que os neonatos com alta da UCIN são referenciados para a consulta de desenvolvimento do hospital, foi pedido à Dr.^a M e à Enf.^a Orientadora I para estar presente numa consulta, tendo posteriormente refletido acerca das competências de EESIP, nomeadamente “E2.5.4. Adequa o suporte familiar e comunitário” e “E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (OE, 2018).

Em todo o estágio, procurei a reflexão conjunta com a Enf.^a Orientadora I, mobilizando o conhecimento desenvolvido previamente pela minha experiência profissional em Neonatologia e pela minha formação avançada, reconhecendo os meus recursos e limites pessoais e profissionais, atendendo ao desenvolvimento do autoconhecimento, tal como os cuidados ao neonato muito prematuro, ou atuação perante o neonato em risco, o que se traduziu no desenvolvimento da competência de EE “D1.1. Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro” (OE, 2011).

2.2.Cuidados de Saúde Primários (Unidade de Saúde Familiar, USF)

2.2.1. Contextualização

O estágio relativo aos Cuidados de Saúde Primário decorreu de 30 de Abril a 23 de Junho de 2018, numa Unidade de Saúde Familiar (USF), inaugurada no dia 28 de Dezembro de 2017, e encontrando-se sustentada pelo Decreto-Lei nº73/2017, de 21 de Junho, que conceptualiza uma USF como:

“ (...) unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo, e que podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento, A, B e C, diferenciados entre si pelo grau de autonomia organizacional, modelo retributivo e de incentivos aos profissionais, modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico” (p.3128).

A oferta de cuidados de enfermagem é geral, confinada à sua população alvo de 15175 clientes, respeitando a Lei de Bases em Saúde (1990) e o Código deontológico do enfermeiro (OE, 2015), com áreas de intervenção específicas: Saúde do Adulto e do Idoso, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Saúde Infantil e Juvenil. A prestação de cuidados de enfermagem ocorre em diversos contextos, nomeadamente, sala de tratamentos / vacinação, consultório de enfermagem, visita domiciliária e intervenção em rede com as restantes unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), bem como de outros Recursos da Comunidade (Hospitais, Associações, Escolas).

2.2.2. Diagnóstico de Situação

Durante a 1ª Semana de Estágio foi possível a observação participante na prestação de cuidados na USF, tendo levantado algumas problemáticas passíveis de intervenção na área de especificidade de EESIP. Realçou-se o facto de ser uma USF em processo de estruturação e organização, com múltiplos focos com necessidade de intervenção. Dado o breve tempo de contacto com a equipa de enfermagem, reuni com a Enf.^a Orientadora P, que exercia funções de interlocutora da equipa de enfermagem da USF, tendo sido validadas as seguintes áreas que careciam de intervenção:

Recém-nascido prematuro e criança ex-prematura (Parca formação dos enfermeiros, ausência de suporte escrito orientador para os pais), Uniformização dos Cuidados de Enfermagem (Cuidados Antecipatórios – Preparação da Criança para Procedimentos Dolorosos, Ausência de suporte escrito orientador para os pais, Ausência de uma Norma de Procedimento – Preparação da Criança para Procedimentos Dolorosos, Parca formação na área específica da Regulação Emocional e intervenções autónomas do enfermeiro durante a administração de vacinas), Gestão de Stock (Ausência de Sacarose Oral na Stock da USF como coadjuvante das medidas não farmacológicas), Liderança e Gestão de Conflitos (Intervenção Externa como mediador de exercícios promotores do Trabalho em Equipa).

Tendo em conta a observação participante, bem como a reunião com a Enf.^a Orientadora P, e as horas de contacto com o local de Estágio (180h), surgiu a necessidade de levantar áreas prioritárias de intervenção:

- Recém-Nascido Prematuro e Criança nascida prematura

Durante a observação participante das consultas de enfermagem de saúde infantil e pediatria nas duas primeiras semanas, surgiram 8 crianças nascidas prematuras, com idade entre 1 mês e 3 anos, num total de 20 consultas de enfermagem.

- Uniformização dos Cuidados de Enfermagem

A USF encontrava-se em processo de organização e estruturação, incluindo a construção de um novo espaço físico para vacinação, estando atribuída a gestão desta área à Enf.^a E. A inexistência de uma norma de orientação clínica para o procedimento Vacinação da Criança com enfoque na preparação da criança para procedimentos dolorosos, bem como das medidas de regulação emocional e medidas não farmacológicas de controlo da dor, levou à tomada de decisão enquanto necessidade prioritária.

A uniformização dos cuidados de enfermagem tendo em conta a prática baseada em evidência, na forma de uma norma de procedimento ou guia de boas práticas leva à qualidade dos cuidados de enfermagem, preconizada pela Ordem dos Enfermeiros (2001). Segundo o Decreto-Lei nº298/2007, de 20 de Agosto, a USF deve garantir, entre outros, a qualidade dos cuidados de saúde. Deste modo, a elaboração da norma encontra-se integrada na missão da USF, respeitando igualmente os Padrões de Qualidade (OE, 2001).

2.2.3. Tomada de Decisão, Atividades Desenvolvidas e Competências Mobilizadas

Foram definidos 2 objetivos gerais, sendo o 1º “reconhecer problemas de especial complexidade na área de assistência à criança e família”, centrando-me no percurso individual de desenvolvimento de competências e prestação direta de cuidados, mobilizando a prática reflexiva, reconhecida por Benner (2001), Alarcão & Rua (2005) e Pereira-Mendes (2015). Destaco o objetivo específico “desenvolver competências na assistência à criança nas consultas de saúde infantil e pediatria” onde preconizei a reflexão de situações vividas no contexto de estágio, e das quais dou especial enfoque na situação 1 onde pude ser o

elemento de referencia na consulta de saúde infantil a uma recém-nascida com idade corrigida de 36 semanas (idade gestacional de 32 semanas) onde apoiei a enfermeira R, Enfermeira de Cuidados Gerais (ECG) sem experiência prévia de pediatra, tendo promovido para a “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança (...) otimizando as respostas” (OE, 2018) uma vez que mobilizei uma taxonomia em enfermagem para a elaboração de Diagnósticos de Enfermagem (OE, 2016), mobilizando escalas de avaliação da dor adequadas ao desenvolvimento (OE, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014), e delineando um plano de intervenção baseado em evidência científica atualizada (Kaur et al, 2014; Saeidi et al, 2014; Goldman & Beaumont, 2017 e Nahidi et al, 2017) e avaliando posteriormente os resultados obtidos (Ver apêndice V).

O estágio na USF permitiu-me refletir sobre o meu percurso enquanto Enfermeiro de Cuidados Gerais (ECG), as competências de EESIP decorrem do aprofundamento dos Domínios das competências de ECG (OE, 2011). Através da observação participante na consulta ao adulto diabético, planeamento familiar e saúde materna, na sala de tratamentos e na visita domiciliária, agindo sob o olhar do Enfermeiro de Família vigente na USF, consegui mobilizar e reforçar as competências de ECG, das quais destaco a utilização do processo de enfermagem, o contributo para a promoção da saúde, a aceitação da responsabilidade / resposta face às minhas ações e juízos, bem como o reconhecimento das limitações pessoais e profissionais (OE, 2015).

A Enf.^a Orientadora convidou-me a ser o formador na sessão relativa aos Cuidados ao RN, integrada no Curso de Preparação para a Parentalidade do ACES, pelo que elaborei um plano de sessão e uma apresentação em *Powerpoint* (ver Apêndice VI), o que me permitiu desenvolver competências de EESIP, nomeadamente: “E3.2.1. Avalia o desenvolvimento da parentalidade”; “E3.2.2. Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo”, “E3.2.5. Promove a Amamentação”, “E3.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a (...) família.” (OE, 2018). Traduziu-se igualmente numa excelente oportunidade, reconhecida pela evidência científica, de promoção de educação para a saúde à família (Mosher, 2017; Platonos et al, 2018; Hunter et al, 2018),

Pude também desenvolver competências comuns de EE no Domínio da Gestão, quando reconheci a importância atribuída pela OE (2001) relativamente a normas de procedimento de enfermagem, tendo – me levado a preconizar um objetivo específico

“Colaborar na uniformização dos cuidados de enfermagem”. A norma de procedimento foi criada tendo anexa um desdobrável de apoio (Ver Apêndice VII). Ambos os documentos ficaram disponíveis e poderão ser utilizados na integração de novos elementos. A reflexão diária com a Enf.^a Orientadora acerca das suas competências de gestão na USF, bem como o trabalho em equipa realizado na gestão e construção de uma sala de tratamentos, permitiu também desenvolver competências no Domínio da Gestão, tendo sido elaborado a Relatório sobre o Papel do Enfermeiro Gestor na USF (Apêndice VIII). Foi ainda contactada a empresa de venda de Sacarose Oral, mas sem obter resposta, foi deixado o contacto com a equipa da USF.

Atendendo a que se verifica um aumento dos nascimentos prematuros em Portugal (INE, 2017; SPN, 2016), que o DE: Risco de Desenvolvimento Atrasado é reconhecido pela literatura (Herdman & Kamitsuru, 2018), que os resultados da *Scoping Review* identificaram de facto áreas de maior risco, bem como, a presença de elementos sem experiência prévia em saúde infantil, tornou-se necessário a construção de uma sessão de formação com o tema “A criança ex-prematura” (Ver Apêndice IX) tendo como objetivo Promover o desenvolvimento saudável das transições da criança prematura e da família”.

2.3.Urgência Pediátrica (Serviço de Urgência Pediátrica, SUP)

O Estágio de Urgência Pediátrica (SUP) decorreu no período de 15 de Outubro a 18 de Novembro de 2018.

2.3.1. Contextualização

O SUP pertence a um Centro Hospitalar, constituindo o mesmo uma Entidade Pública Empresarial (legislada através da Lei n.º 18/2013, de 18 de fevereiro). Encontra-se numa das unidades funcionais e tem como população alvo todas as crianças até aos 18 anos exclusive. Relativamente ao Tema “A Intervenção do Enfermeiro Especialista nas Transições – Da Prematuridade à Idade Adulta”, a população-alvo serão todas as crianças nascidas prematuras e com agudização de doença crónica secundária a lesão no período neonatal, tal como seja a displasia broncopulmonar (Lin et al, 2017).

A oferta de cuidados de enfermagem é geral, respeitando a Lei de Bases em Saúde (1990) e o Código deontológico do enfermeiro (OE, 2015), e confinada à sua população-alvo, a qual inclui uma forte população multicultural imigrante residente em Lisboa ou proveniente de programas de cooperação em saúde, nomeadamente com os PALOP (Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento, 2011).

O SUP é composto pela sala de triagem, sala de reanimação, sala de aerossóis, sala de vigilância, sala de pequena cirurgia e Serviço de Observação (SO). Estão presentes no turno 4 elementos, 2 distribuídos no SO, 1 responsável pela Triagem com formação certificada em Triagem de Manchester, e o 4º enfermeiro responsável por todas as outras salas.

2.3.2. Diagnóstico de Situação

Durante a 1ª Semana de Estágio entrevistei a Enfermeira Chefe e a Enfermeira Orientadora M., tendo detetado a ausência de documentos sobre Necessidades de Saúde Especiais (NSE), e em particular, orientações para a prestação de cuidados de enfermagem. Foram elencadas, na entrevista, 6 problemáticas relacionadas com as NSE, com necessidade de intervenção, e de modo a identificar as prioridades de intervenção, foi construído e aplicado um questionário de necessidades à equipa (Ver Apêndice X), das quais emergiram os seguintes resultados:

Temática	Votos
Cuidados de Enfermagem à Família e Criança com Derivação Ventriculo-Peritoneal	4
Cuidados de Enfermagem à Família e Criança com Traqueostomia	6
Cuidados de Enfermagem à Família e Criança com PEG	1
Cuidados de Enfermagem à Família e Criança com Colo/Ileostomia	0
Cuidados de Enfermagem à Família e Criança com Apoio Ventilatório (Ventilação Domiciliária)	8
Cuidados de Enfermagem à Criança com Implantofix	5
Outro (Qual) – Diálise Peritoneal	1

Quadro 5 – Resultados do Questionário de Necessidades Específicas

Foi questionada qual a metodologia preferida, podendo optar apenas por 1, ou pelas 3 metodologias sugeridas (Formação, Guia de Orientação à Prática de Enfermagem, outra). Dos resultados obtidos, houve preferência pelo Guia de Orientação.

Deste modo surgiu a necessidade de elaboração de um guia de orientação à Prática de Enfermagem acerca da Criança com Necessidades de Saúde Especiais, com enfoque aos cuidados de enfermagem à Família e Criança com Traqueostomia, bem como com Apoio Ventilatório (Ventilação Domiciliária).

No seu todo, consegui cumprir os objetivos, tendo tido alguma dificuldade relativamente ao contacto com a empresa que vende sacarose oral, contudo, a permuta de experiência e conhecimento foi um ponto muito importante para conseguir desenvolver competências comuns e especializadas de enfermeiro especialista.

2.3.3. Tomada de Decisão, Atividades Desenvolvidas e Competências Mobilizadas

No meu percurso profissional, pude contactar com vários contextos assistenciais em Pediatria, nomeadamente: consulta de saúde infantil / saúde escolar, internamento de pediatria, intermédios pediátricos e intensivos pediátricos. O estágio permitiu-me ter contacto com um novo contexto de assistência à criança e família, o que se constituiu como um desafio e uma nova oportunidade de aprendizagem em vários níveis, que me fizeram procurar ficar pelo menos 1 turno em cada local de prestação de cuidados de enfermagem, (1ª local - SO, 2º local – Triagem e 3º local – restantes).

A prestação direta ou a observação participante (no caso da Triagem) permitiu ter contacto com diversas situações de transição saúde – doença, tendo mantido a metodologia do Diário de Bordo (Ver Apêndice IV) como ferramenta reflexiva para o desenvolvimento de competências (Benner, 2001; Bernardes & Miranda, 2003; Alarcão & Rua, 2005; Pereira-Mendes, 2015). Esta observação participante, tendo como objetivo geral de “Reconhecer problemas de especial complexidade na assistência à criança e família” e em específico desenvolver competências assistência à criança e família em contextos de urgência e emergência, permitiu aprofundar as seguintes situações:

- Família e Criança Vítimas de Violência

O contacto com uma Adolescente de 14 anos na Triagem, vítima de maus tratos, permitiu-me desenvolver competências comuns de EE e de EESIP, uma vez que através da reflexão e análise de situação pude mobilizar os conhecimentos da formação avançada, identificar elementos Ético-Deontológicos e de Direito da Saúde (Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco & Instituto de Segurança Social, 2011; Deodato, 2014; Deodato, 2017) que sustentem a minha ação, procurei as *guidelines* mais atualizadas para a entrevista ao Adolescente (OE, 2010B) sendo um contributo fundamental para novas situações com as quais me possa deparar.

O contacto com esta situação permitiu trabalhar o perfil de competências do enfermeiro especialista em saúde da criança e do jovem, no que diz respeito à competência “Assiste a Criança / Jovem com a família, na maximização da sua saúde” mais concretamente nas competências E1.2.4. “Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco)” bem como E1.2.2. “Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais”, E1.2.6. “Assiste a criança / jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos”. As competências do Domínio 3 “Presta Cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” concretamente nas competências relativas ao E3.3. “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”. De igual modo, relativamente às competências comuns, também se aplicam as competências: A1 “Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção”, A2 “Promove Práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”.

- Prestação de Cuidados À Criança Hemodinamicamente Instável

No meu percurso profissional procurei desenvolver competências de forma contínua, pedindo transferência de contextos menos complexos para outros com complexidade crescente. Esta diferenciação na complexidade permitiu-me desenvolver um olhar longitudinal e transversal entre a criança saudável e situações em que vivencia instabilidade nas suas funções vitais (Competência de EESIP E2.1. – OE, 2018). O contacto com um Lactente transferido de outro hospital, e a minha atuação na vigilância e avaliação da criança, permitiu-me mobilizar a minha experiência profissional, nomeadamente na observação e colheita de dados relativos à avaliação do lactente de risco, bem como a formação avançada

(incluindo o suporte avançado de vida pediátrico) e os resultados das *guidelines* mais atualizadas (Matsuno, 2012; Instituto Nacional de Emergência Médica, INEM, 2012), nesta situação de complexidade, validando o desenvolvimento desta competência de EESIP.

- Gestão de Conflitos e *Burnout*

Enquanto líder, o Enfermeiro Especialista deve conhecer os riscos, identificar os sintomas e prevenir as consequências que advêm do *Burnout*, através da adoção das medidas descritas na evidência científica mais atualizada (Simões, 2012 e Nogueira, 2016). A identificação de sintomas na equipa do SUP, e a pesquisa bibliográfica, permitiram-me desenvolver competências individuais na identificação, prevenção e intervenção neste tipo de situação (Competência Comum de EE C2.2., OE, 2011), podendo depois transmitir os resultados à enfermeira orientadora (chefe de equipa).

Atendendo a que a criança nascida prematura pode ser considerada como uma criança com necessidades de saúde especiais uma vez que estas são definidas como:

(...) as necessidades que resultam dos problemas de saúde física e mental que tenham impacto na funcionalidade, produzam limitações acentuadas em qualquer órgão ou sistema, impliquem irregularidade na frequência escolar e possam comprometer o processo de aprendizagem” (Decreto-Lei 54/2018 da Presidência do Conselho de Ministros, 2018, p.2920),

então, fez sentido debruçar-me sobre o grupo particular com complicações durante o período neonatal, nomeadamente decorrentes da ventilação prolongada (Fraga et al, 2009), com o objetivo específico “providenciar à equipa recursos de apoio à prestação de cuidados de enfermagem à família e criança com necessidades de saúde especiais em processo de transição” uma vez que a equipa elencou no questionário (ver apêndice X) as temáticas da criança e família com traqueostomia e ventilação domiciliária. O foco nos cuidados de enfermagem, atendeu também ao facto da criança vivenciar a transição de desenvolvimento (com DE: Risco de Desenvolvimento Atrasado) e em simultâneo uma transição de saúde / doença quando recorre ao SUP, sendo reconhecido pela literatura o impacto negativo no desenvolvimento da criança com doença crónica e o papel fundamental do enfermeiro (Batalha, 2017).

Atuando na melhoria dos cuidados de enfermagem, pude indiretamente contribuir para a minimização do DE: Risco de Desenvolvimento Comprometido, minimizando o impacto das lacunas da equipa na prestação / gestão dos cuidados. Esta atuação, baseou-se na elaboração de um Guia Orientador à Prática de Enfermagem relativa aos Cuidados de

Enfermagem à Família e Criança com Traqueostomia, incluindo um fluxograma de atuação na descanulação acidental (Ver Apêndice XI) mobilizando a evidência científica mais atualizada, tendo em vista a uniformização dos cuidados de enfermagem, e proporcionando uma ferramenta para a integração de novos elementos no serviço. Através do guia consegui promover no SUP cuidados de enfermagem à família e criança com Traqueostomia, “promotores da majoração dos ganhos em saúde”, recorrendo a intervenções de enfermagem, suportadas pela evidência científica mais atualizada (competência de EESIP E2.4, OE, 2018). A elaboração de um guia de apoio à prática de enfermagem relativa à Ventilação Domiciliária (Ver Apêndice XII) permitiu desenvolver a mesma competência, atuando também na uniformização e integração.

Em suma, o contexto do SUP permitiu estar em contacto com uma nova realidade, desenvolver competências profissionais e pessoais, aprofundar a reflexão em situações de risco, colaborar em equipa, e desenvolver 2 manuais de apoio à prática de enfermagem, sustentando-me em evidência científica mais atualizada, com boa receptividade por parte da equipa, tendo o feedback sido positivo. Pessoalmente, considero que foi um excelente desafio a construção dos guias, tive alguma dificuldade na síntese das informações, mas no final considero que regidi o documento com uma linguagem técnica acessível e de rápida utilização, o que correspondeu ao feedback da orientadora.

2.4. Internamento de Pediatria (Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, UCIP)

O estágio na UCIP decorreu de 3 de Setembro de 2018 até 14 de Outubro de 2018, sob orientação da Enfermeira Mestre e Especialista em Saúde Infantil e Pediatria M. O estágio decorreu em contexto de trabalho, realçando o facto de que trabalhava no mesmo apenas há 6 meses.

2.4.1. Contextualização

A UCIP pertence a um Centro Hospitalar, que se insere numa, sendo uma Entidade Pública Empresarial (legislada através da Lei n.º 18/2013, de 18 de fevereiro). Encontra-se numa das suas unidades funcionais e tem como população alvo todas as crianças de idade

compreendida entre 28 dias de vida e 18 anos exclusive, podendo receber neonatos (idade inferior a 28 dias) quando provenientes do domicílio.

A oferta de cuidados de enfermagem é geral, respeitando a Lei de Bases em Saúde (1990) e o Código deontológico do enfermeiro (OE, 2015), e confinada à sua população-alvo, a qual inclui uma forte população multicultural imigrante residente em Lisboa ou proveniente de programas de cooperação em saúde, nomeadamente com os PALOP (Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento, 2011). Destacam-se, dada a minha temática, os internamentos por doença aguda / crónica, nos quais se integram os internamentos da criança com antecedentes de prematuridade, decorrentes da sua imaturidade / complicações do período neonatal. Existem igualmente transferências provenientes da UCIN para continuidade de cuidados.

A UCIP tem como áreas de referência: Neurocirurgia, Criança Imunodeprimida com necessidade de Cuidados Intensivos, Queimados, Ortopedia (intervenções cirúrgicas à coluna).

2.4.2. Diagnóstico de Situação

O Diagnóstico de Situação foi realizado através da reflexão com a equipa, bem como com entrevista semiestruturada com a Enfermeira Orientadora M e com o 2º elemento do Serviço a Enfermeira F.

No processo de integração à UCIP tive contacto com os Projetos de Melhoria Contínua presentes na Unidade, alguns dos quais descontinuados quando ocorreu saída do elemento dinamizador para outro serviço / hospital, sendo projetos que careciam de Intervenção. Foi identificado o Projeto “Enfermeiro de Referência”, em pausa desde 2011, que visa a uniformização dos Cuidados de Enfermagem (Projeto de melhoria contínua) e debruçar-se num cuidado especializado a situações de especial complexidade tendo como base a filosofia dos Cuidados Centrados na Família.

O Projeto identifica crianças com internamento superior a 7 dias como particularmente vulneráveis a alterações de desenvolvimento, decorrentes da hospitalização prolongada (Jorge, 2004, Hockenberry & Wilson, 2014). A política do hospital leva a que o Projeto tenha de ser redigido na forma de uma Instrução de Trabalho.

A atualização e operacionalização do Projeto “Enfermeiro de Referência” permite atuar indiretamente na minimização do DE: Risco de Desenvolvimento Atrasado, validado pela *Scoping Review* (Armentrout, 2014; Pritchard et al, 2014; Demestre et al, 2015; Brown et al, 2015; Orton et al, 2015; Taborda et al, 2016; Shah et al, 2016A; Shah et al, 2016B; Lowe et al, 2016; Dueker et al, 2016; Hodel et al, 2016; Lin et al, 2017; Bivoleanu et al, 2017; Fuentefria et al, 2017; Pikel et al, 2017; Benzies et al, 2017; Hickey et al, 2018; Burnett et al, 2018; Aviles et al, 2018), que a Hospitalização prolongada acresce vulnerabilidade (Jorge, 2004, Hockenberry & Wilson, 2014) e sustentado pelo impacto acrescido da hospitalização (Batalha, 2017), uma vez que o projeto conceptualiza uma abordagem individualizada na complexidade, tendo em vista a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

Atendendo aos vários casos de crianças com doença oncológica com necessidade de cuidados paliativos, durante o decorrer do estágio, foi também identificada a necessidade de abordar alguns cuidados específicos, tendo em vista o desenvolvimento futuro pelos elementos da equipa de enfermagem que se encontravam a realizar formação pós-graduada em Cuidados Paliativos Pediátricos.

Dada a duração do estágio (6 semanas) apenas me dediquei à construção do Projeto geral e duas áreas de maior especificidade, nomeadamente: “Orientações Específicas para a Abordagem de Enfermagem à Criança Nascida Prematura / Baixo Peso e Família internada na UCIP” e “Orientações Específicas para a Abordagem de Enfermagem à Criança e Família com necessidade de Cuidados Paliativos Pediátricos”.

2.4.3. Tomada de decisão, Atividades Desenvolvidas e Competências Mobilizadas

Tendo em conta os objetivos do Projeto “Enfermeiro de Referência” anteriormente mencionados, procurei no decorrer do estágio analisar a Instrução de Trabalho já existente, realizando pesquisas em bases de dados, identificar a evidência científica mais atualizada e reconstruir de raiz o Projeto (Ver Apêndice XIII), uma vez que o mesmo datava de 2011, encontrando-se claramente desatualizado, procurando dar resposta ao objetivo geral “Reconhecer problemas de especial complexidade na assistência à criança e família”, em específico “desenvolver competências de enfermeiro gestor”.

A construção do Projeto procurou conceptualizar o papel do Enfermeiro de Cuidados Gerais e individualizar o espaço de Intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, em particular nas orientações relativas à Criança Nascida Prematura ou com Baixo Peso, nomeadamente no seu papel de referência ao Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) (DGS, 2013).

Sendo um Projeto de Melhoria Contínua também me ajudou a desenvolver competências de EE do Domínio da Melhoria da Qualidade, mas permitindo-me particularizar na competência “B2.3. – Lidera programas de melhoria” e “B3.2. – Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais”, uma vez que colaborei na “definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros” (B3.2.1), preconizo o envolvimento dos colaboradores na gestão do risco (B3.2.2) (OE, 2011).

Fundamentei igualmente um método de organização de trabalho adequado (Santos et al, 2015), mobilizando as *guidelines* nacionais (DGS, 2013), promovendo um referencial para a organização da equipa face aos cuidados específicos em que se centra o Projeto, tendo assim desenvolvido competências de EE na área da Gestão, nomeadamente a “C2.1. – Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” (OE, 2011).

Em equipa, os recursos construídos foram bem aceites para teste, ficando o projeto nesta fase no final do estágio, para continuação em contexto de trabalho após o mesmo, ficando igualmente pendentes indicadores de avaliação de processo e de resultado, após apresentação à equipa em momento de formação.

A construção do projeto permitiu indiretamente contribuir para o reconhecimento da equipa da existência de duas transições simultâneas (transição de saúde / doença e transição de desenvolvimento), dando enfoque ao papel do enfermeiro enquanto promotor do processo de transição, identificando fatores facilitadores e inibidores das mesmas, como por exemplo, o medo (verbalizado por pais durante a prestação de cuidados).

“Identificar as prioridades de intervenção, particularmente as relacionadas com o desenvolvimento da criança e desempenho de papéis parentais” foi o segundo objetivo geral definido, tendo em vista o objetivo específico “promover o coping na parentalidade da criança ex-prematura”, tendo sido solicitado pelo serviço a construção de um folheto de ensinamentos aos pais da criança com traqueostomia (ver apêndice XIV), uma vez que ocorreram em simultâneo duas situações de colocação de traqueostomia e ensino na UCIP, e o folheto

traduz os resultados da evidência científica, tendo uma fonte de divulgação e um recurso aos pais no cuidar da criança.

Por último, a prestação de cuidados durante o estágio permitiu continuar a desenvolver as competências adquiridas ao longo do percurso profissional, com o objetivo específico “desenvolver competências na assistência à criança e família em contextos de complexidade e vulnerabilidade acrescida”, mobilizando minha formação avançada e aprofundando as competências de EESIP. Atendendo a este percurso, mantive a estratégia reflexiva com a operacionalização do Diário de Bordo (apêndice IV), onde destaquei as seguintes situações:

- Gestão de Más Notícias

Uma vez que o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria “promove a adaptação da criança / jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência / incapacidade”, o contacto com a situação e a reflexão sobre a transmissão e gestão de más notícias, permitiu uma vez mais o desenvolvimento de competências de EESIP, fornecendo-me recursos importantes para a minha prática de enfermagem, baseados na evidência científica mais atualizada (Price et al, 2006; OE, 2011, 2018; Pirie, 2012; Crawford et al, 2013).

- Suporte à Família e Criança Traqueostomizada em Processo de Transição

No decorrer do estágio, estive em contacto com uma criança de 9 meses e a sua família, proposta a colocação de traqueostomia por impossibilidade de extubação (criança com diagnóstico de traqueomalácia e via aérea não permeável em tentativas de extubação anteriores). A família recusava a colocação de traqueostomia, o que levou ao aprofundamento de competências de Enfermeiro de Cuidados Gerais, competências comuns de Enfermeiro Especialista e competências específicas de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, através da mobilização dos princípios de relação de ajuda (Phaneuf, 2005), da mobilização da evidência científica mais atualizada face aos cuidados com a traqueostomia, e por fim, após alguns contactos, pude perceber qual o foco que levava a esta recusa, nomeadamente, medo de rejeição da criança por parte dos avós, caso tivesse Traqueostomizada. A promoção da visita dos avós à unidade, e a abordagem a todos os membros, levou à aceitação do procedimento, levando a que posteriormente a criança tivesse alta da unidade.

A análise da situação (em contexto e de forma sistemática através do diário de bordo) permitiu a identificação da teoria de Afaf Meleis como referencial para a prática de enfermagem, que mobilizei nesta situação, tendo em vista a análise da transição saúde-doença. Permitiu-me refletir sobre o impacto da complexidade da situação em toda a dinâmica familiar.

Consegui assim desenvolver a competência de EE “B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2011), através da promoção do ambiente físico, psicossocial, cultura e espiritual que gerou um sentimento de segurança e confiança na família face à equipa. Por outro lado, permitiu-me desenvolver competências de EESIP, nomeadamente “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança / jovem”, bem como “E2.5. Promove a adaptação da criança / jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência / incapacidade” (OE, 2018).

- Presença Parental durante a Reanimação em Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos

O contacto com uma situação de Reanimação não foi novo, contudo, a especificidade da situação analisada levou-me a diagnosticar uma necessidade formativa e pessoal, através da qual identifiquei uma ideia pré-concebida, nomeadamente “os pais saem durante a reanimação”, quando se verificou o exato oposto, e pude verificar de forma empírica o impacto da sua presença. Enquanto futuro EE diagnostiquei uma necessidade formativa, realizei uma revisão da literatura e extraí os resultados da investigação mais recente para a minha reflexão em diário de bordo, sendo um contributo fundamental para a minha aprendizagem, pois alterou a minha perspetiva e fez-me melhorar a minha prática de cuidados.

Posteriormente, e considerando os resultados da investigação científica mais atualizada, partilhei com a equipa a minha reflexão e obtive respostas muito variadas. Aproximando-se o Congresso da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos Pediátricos, considerei pertinente candidatar-me com a minha Revisão a uma comunicação livre. Após confirmação com a Professora Orientadora, candidatei-me, tendo sido aceite. A comunicação livre permitiu-me divulgar os dados provenientes da evidência científica mais atualizada, após interpretação e organização, tendo oportunidade de discutir as implicações

durante o período de discussão com os profissionais de saúde aí presentes, desenvolvendo assim competências comuns de EE no Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, nomeadamente: “D2.1.2 – Diagnostica as necessidades formativas”, “D2.2.2 – Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação”, “D2.2.4 – Interpreta, organiza e divulga dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem” (OE, 2011). Poderá ser consultada a apresentação *Powerpoint* no Apêndice XV e o certificado no Anexo I.

A análise da situação, enquanto futuro EESIP, permitiu-me refletir na competência “E2.1.3 – Aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luta”, uma vez que através da revisão identifiquei que promover a presença parental durante a reanimação, é promotora do luto eficaz em caso de insucesso (Jarvis, 1998; McAlvin & Carew-Lyon, 2014; OE, 2018).

3. AVALIAÇÃO GLOBAL E IMPLICAÇÕES PARA A MINHA PRÁTICA PROFISSIONAL

Globalmente considero ter atingido os resultados de aprendizagem preconizados na Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, uma vez que identifiquei e aprofundei conhecimentos sobre problemas de especial complexidade (prematuridade e implicações longitudinais no desenvolvimento da criança), mobilizando a evidência científica mais atualizada, identificando diagnósticos de enfermagem (no qual se inclui o DE: Risco de Desenvolvimento Atrasado) e diagnósticos de situação nos diversos contextos, desenvolvendo planos de intervenção adequados às necessidades.

Durante os estágios também identifiquei áreas determinantes para a gestão de equipas e serviços (papel do enfermeiro gestor na USF, papel do enfermeiro especialista enquanto chefe de equipa, gestão de stocks, gestão do Burnout – Ver apêndices IV e V).

Em todos os contextos procurei comunicar o meu raciocínio de forma clara e fundamentada, destacando-se a Formação na USF (Ver apêndice VI) e a Comunicação Livre no Congresso (Ver apêndice XV e Anexo I) como dois momentos particularmente ricos em aprendizagem de competências comunicacionais, na divulgação dos resultados da investigação científica a públicos diferenciados, e na própria pesquisa, seleção e organização do trabalho.

O percurso metodológico da *Scoping Review* permitiu-me analisar e aprofundar uma temática empiricamente diagnosticada, tendo-a validado pela evidência científica mais atualizada e mapeado os focos de investigação atual. Foi também muito enriquecedor a possibilidade de contactar via *e-mail* a autora de um dos artigos e a autora de uma Teoria de Enfermagem.

Os contextos de estágio foram ricos em situações que permitiram desenvolver competências, onde pude trabalhar em equipa multidisciplinar e contactar com a família e criança cuidando em parceria e tendo em vista os cuidados centrados na família.

Em todos os contextos cumpro os objetivos de estágio definidos, executei todas as atividades e fui além do inicialmente planeado, como são exemplos a participação no Congresso, a tentativa de contacto com uma farmacêutica ou o Folheto de ensinamentos aos pais sobre cuidados à Traqueostomia, ficando o sentimento de missão cumprida.

Gostaria de destacar o papel fundamental do Diário de Bordo (ver Apêndices IV e V) enquanto ferramenta reflexiva, e que me permitiu de forma sistemática em todos os contextos, identificar situações particularmente importantes para o desenvolvimento das competências comuns de Enfermeiro Especialista e competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (OE, 2011, 2018).

No percurso do Curso de Mestrado tive também oportunidade de pertencer à Comissão Organizadora do I Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) (ver anexo II), constituindo-se igualmente como uma oportunidade de aprendizagem. Ainda relativamente ao Seminário, pude participar com um Poster Científico (anexo III), divulgando igualmente os resultados da evidência científica mais atualizada, no meu ramo de especialidade, de acordo com a minha temática (ver Apêndice XVI).

Em suma, o percurso desenvolvido no Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, permitiu-me dar resposta aos descritores de Dublin relativos ao Grau de Mestre (Direção-Geral do Ensino Superior, 2011), desenvolver competências comuns de Enfermeiro Especialista nas dimensões da Responsabilidade Ética e Legal, Melhoria da Qualidade, Gestão dos Cuidados e Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (OE, 2011), e desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria nas três competências, nomeadamente: “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”, “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” e “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”, no que diz respeito às suas unidades de competência e critérios de avaliação (OE, 2018), com consecutivo aprofundamento da minha prática clínica diária.

CONCLUSÃO

O Enfermeiro Especialista detém um conhecimento aprofundado, na sua área de Especialização, desenvolvido num percurso formativo, realizado na prática clínica, através da orientação e supervisão de orientadores detentores do grau académico e especialidade que procura obter, baseando esse percurso no desenvolvimento de capacidade para a “decisão clínica, a gestão e supervisão de cuidados, a liderança, o planeamento estratégico e o desenvolvimento de investigação no âmbito da especialidade” (OE, 2007). O Relatório de Estágio relata o meu percurso individual no desenvolvimento de capacidades e competências de Mestre em Enfermagem e Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

O recém-nascido prematuro pertence a um grupo vulnerável, devendo ser elencado o DE: Risco de Desenvolvimento Atrasado, uma vez que a investigação mais atualizada identifica riscos de défice ao longo do desenvolvimento, desde o nascimento até à idade adulta (Armentrout, 2014; Pritchard et al, 2014; Demestre et al, 2015; Brown et al, 2015; Orton et al, 2015; Taborda et al, 2016; Shah et al, 2016A; Shah et al, 2016B; Lowe et al, 2016; Dueker et al, 2016; Hodel et al, 2016; Lin et al, 2017; Bivoleanu et al, 2017; Fuentefria et al, 2017; Pikel et al, 2017; Benzies et al, 2017; Hickey et al, 2018; Burnett et al, 2018; Aviles et al, 2018).

O reconhecimento desta particular vulnerabilidade e a identificação de escalas específicas para avaliação das competências em risco, nomeadamente nas áreas do desenvolvimento cognitivo, motor e comportamental, permitem ao Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria assistir a família e a criança tendo em vista a promoção da saúde, prestar cuidados de enfermagem nesta situação de especial complexidade e responder face às necessidades específicas ao longo do ciclo de vida e desenvolvimento da criança (OE, 2018).

A transferência da evidência científica mais atualizada para a prática clínica, nos quatro contextos, através dos projetos de estágio (diagnóstico de situação, plano de intervenção e implementação de atividade), levou a uma maior compreensão do desfasamento entre a complexidade e importância da temática, onde se realça o aumento do número de recém-nascidos prematuros (SPN, 2016 e INE, 2017), e as necessidades formativas ou de sistematização por parte dos profissionais / serviços, destacando-se na USF a ausência de experiência em Saúde Infantil por parte de alguns profissionais, na UCIN e no SUP onde existiam elementos em integração no decurso do estágio e na UCIP onde existia um Projeto de Melhoria Continua em pausa, e que através da minha atividade conceptualizou a temática de acordo com a realidade do serviço, individualizando o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

A aplicação de um Modelo Teórico de Enfermagem permitiu-me identificar o plano de intervenção mais congruente, não só nas atividades relacionadas com a temática transversão, mas também com as atividades provenientes de outras necessidades diagnosticadas nos serviços.

Em suma, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria nas transições que a família e criança experienciam, da prematuridade à idade adulta, passa pela identificação desta população vulnerável como de especial complexidade, reconhecer a importância da intervenção precoce, trabalhar em parceria com a família e conceptualizando-a como central nos cuidados, atendendo à transição ou transições que a criança experiencia, tendo em vista resultados em saúde, tais como sejam a restauração, manutenção, proteção ou promoção da saúde, de acordo com as competências dos domínios da responsabilidade profissional ético-Legal, da melhoria da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T. & Resorla, I. (2000) *Manual for the ASEBA Preschool Forms and Profiles*. ASEBA: Burlington.
- Alarcão, I. & Rua, I. (2005). Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e Desenvolvimento de Competências. *Texto Contexto Enfermagem*. 14(3). 373-378.
- Altimier, L. & Phillips, R. (2016) The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*.16. 230-244.
- Altimier, L. & Phillips, R. (2016) The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*.16. 230-244.
- Altimier, L. (2015) Neuroprotective Core Measure 1: The Healing NICU Environment. *Newborn & Infant Nursing Reviews*.15. 91-96.
- Amiel-Tison, C & Gosselin J. (2001) *Neurological Development from Birth to Six Years*. The JohnsHopkins University Press: Baltimore.
- Armentrout, D. (2014) Not Ready for Prime Time Transitional Events in the Extremely Preterm Infant. *Journal of Pediatric and Neonatal Nursing*. 28(2). 1-7.
- Aviles, C.; Madariaga, P. & Hoffman, K. (2018) Comparative Study of Neuropsychological Functions in Preterm and Term Childrens at eight years olds. *Revista Chilena de Pediatría*. 89(4). 471-476.

- Batalha, L. (2017) *Doença Crónica e Hospitalização: Implicações no Desenvolvimento da Criança e Cuidados a Prestar (Manual de Estudo – Versão 1)*. ESEnfC: Coimbra.
- Bayley, N. (1993). *Bayley Scales of Infant Development 2nd Edition*. The Psychological Corporation: San Antonio.
- Bayley, N. (2006a). *Bayley Scales of Infant and Toddler Development—Third edition: Technical Manual*. Harcourt Assessment: San Antonio.
- Bayley, N. (2006b). *Bayley Scales of Infant and Toddler Development-Third edition: Administration Manual*. NCS Pearson: San Antonio.
- Bellman, M.; Lingam, S. & Aukett, A. (1996) *Schedule of Growing Skill II: Reference Manual*. NFER: Londres.
- Bellman, M.; Lingam, S. & Aukett, A. (2008) *Schedule of Growing Skill II: User's Guide (2nd Edition)*. NFER Nelson Publishing: Londres.
- Benner, P. (2001) *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora: Coimbra.
- Benzies, K.; Magill-Evans, J.; Ballantine, M. & Kurilova, J. (2017) Longitudinal Patterns of Early Development in Canadian Late Preterm Infants: A Prospective Cohort Study. *Journal of Child Health Care*. 21(1). 85-93.
- Bergman, N. (2015) Neuroprotective Core Measures 1-7: Neuroprotection of Skin-to-Skin Contact (SSC). *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 15. 142-146.
- Bernardes, C. & Miranda, F. (2003) *Portefólio Uma Escola de Competências*. Porto Editora: Porto.
- Bivoleanu, A.; Avasiloaiei, A.; Moscalu, M. & Stamatina, M. (2017) The Role of Follow-Up in Monitoring the Outcomes of Prematurity in a Cohort of Romanian Infants. *Balkan Medical Journal*. 34. 21-27.
- Brown, L; Burns, Y; Watter, P.; Gibbons, K. & Gray, P. (2015) Motor Performance, Postural Stability and Behaviour of Non-Disabled Extremely Preterm of Extremely Low Birth Weight Children at Four to Five Years of Age. *Early Human Development*. 91. 309-315.

- Brown, T. (2009) The Movement Assessment Battery for Children—Second Edition (MABC-2): A Review and Critique. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*. 29(1). 86-103.
- Burnett, A.; Anderson, P.; Lee, K.; Roberts, G.; Doyle, L. & Cheong, J. (2018) Trends in Executive Functioning in Extremely Preterm Children Across 3 Birth Eras. *Pediatrics*. 141(1). 1-10.
- Carvalho, A (2016) *A Supervisão Clínica no Processo de Integração de Enfermeiros*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Chick, N. & Meleis, A. (1986) *Transitions: A Nursing Concern*. Disponível em: <https://repository.upenn.edu/nrs/9/> Consultado a: 02 de Janeiro de 2019.
- Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco & Instituto de Segurança Social (2011) *Guia de orientações para os profissionais da ação social na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/IAC_GuiaOrientacaoProfissionaisAcaoSocialMausTratosOutrasSituacoesPerigo.pdf. Consultado a 30 de Outubro de 2018.
- Crawford, D.; Cortlin, D.; Coad, J. & Hollis, R. (2013) Educating Children's Nurses for Communicating Bad News. *Nursing Children and Young People*. 25(8). 28-33.
- Danner-Bowman, K. & Cardin, A. (2015) Neuroprotective Core Measure 3: Positioning & Handling – A look at Preventing Positional Plagiocephaly. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 15. 111-113.
- Decreto-Lei nº 298/2017 de 22 de Agosto do Ministério da Saúde. Diário da República: I série, no 161/2007. Acedido a 10 de Maio de 2018. Disponível em www.dre.pt
- Decreto-Lei nº 73/2017 de 21 de Junho do Ministério da Saúde. Diário da República: I série, no 118 (2017). Acedido a 10 de Maio de 2018. Disponível em www.dre.pt
- Demestre, X.; Schonhaut, L.; Morillas, J.; Martínez-Nadol, S.; Vila, C.; Raspall, F. & Sale, P. (2015) Development Deficit Risks in the Late Premature Newborn: Evaluation at 48 months using the Ages & Stages Questionnaires. *Anales de Pediatría*. 84(1). 39-45.

- Deodato, S. (2014) *Decisão Ética em Enfermagem – Do Problema aos Fundamentos para o Agir*. Almedina: Lisboa.
- Deodato, S. (2017) *Direito da Saúde*. 2ª Edição. Almedina: Lisboa.
- Direção Geral de Saúde (2013) *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Direção Geral de Saúde: Lisboa.
- Direção-Geral do Ensino Superior (2015) O Quadro de Qualificação de Ensino Superior em Portugal Relatório da Comissão Internacional sobre a Verificação da Compatibilidade com o Quadro de Qualificações do Espaço Europeu do Ensino Superior. Disponível em: https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_ensino_superior_portugal_qq-ees_0.pdf, Consultado a 10 de Janeiro de 2019.
- Dueker, G.; Chen, J.; Cowling, C. & Hasking, B. (2016) Early Developmental Outcomes Predicted by Gestational Age from 35 – 41 Weeks. *Early Human Development*. 103. 85-90.
- Dunn, M. (2019). *Peabody Picture Vocabulary Test (5th ed.) [Measurement instrument]*. NCS Pearson: Bloomington.
- Feldman, H. (2012) Evaluation and Management of Language and Speech Disorders in Preschool Children. *American Academy of Pediatrics*. 26(4). 131-142.
- Fernandes, A.; Toledo, D; Campos, L. & Vilelas, J. (2014) A emocionalidade no ato de cuidar de recém-nascidos prematuros e seus pais: uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*. 18(2). 45-60.
- Fuentefria, R.; Silveira, R & Procianoy, R. (2017) Motor Development of Preterm Infants assessed by the Alberta Infant Motor Scale: Systematic Review Article. *Jornal de Pediatria*. 93(4). 328-342.
- Gesell Institute of Child Development (2012) *Gesell Developmental Observation – Revised and Gesell Early Screener Technical Report Ages 3-6*. Gesell Institute: New Haven.
- Gioia, A.; Isquith, P.; Guy, C. & Kenworthy, L. (2000A) *Behavior Rating Inventory of Executive Function: Professional Manual*. Psychological Assessment Resources: Lutz.

- Gioia, A.; Isquith, P.; Guy, C. & Kenworthy, L. (2000B) Behavior Rating Inventory of Executive Function. *Child Neuropsychology*. 6(3). 235-238.
- Goldman, M., Beaumont, T. (2017) A real world evaluation of a treatment for infant colic based on the experience and perceptions of 4004 parents. *British Journal of Nursing*. 26(5). S3-S10.
- Guddemi, M.; Sambrook, A.; Wells, S.; Randel, B.; Kathleen, F.; Selva, G. & Gagnon, K. (2014) Arnold Gesell's Developmental Assessment Revalidation Substantiates Child-Oriented Curriculum. *SAGE Open*. 4(2). 1-18.
- Herdman, T. & Kamitsuru, S. (2018) *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I Definições e Classificação 2018-2020*. 11ª Edição. Artmed: Porto Alegre.
- Hickey, M.; Georgieff, M. & Ramel, S. (2018) Neurodevelopmental Outcomes Following Necrotizing Enterocolitis. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. 23. 426-432.
- Hockenberry, M.L., Wilson, D. (2014) *WONG – Enfermagem da Criança e do Adolescente – Volume 1*. 9ªed. Lusociência: Loures.
- Hodel, A.; Brumbaugh, J.; Morris, A. & Thomas, K. (2016) Hot Executive Function Following Moderate-to- Late Preterm Birth: Altered Delay Discounting at 4 Years of Age. *Developmental Science*. 19(2). 221-234.
- Hunter, L., Blake, S., Simmons, C., Thompson, J. & Derouin, A. (2018) Implementing a Parent Education Program in the Special Care Nursery. *Journal of Pediatric Health Care*. 1-7.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993) *Metodologia do Planeamento em Saúde - Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (3 ed.)*. Escola Nacional de Saúde Pública: Lisboa.
- Instituto Nacional de Emergência Médica (2012) Normas, Emergências Pediátricas e Obstétricas – Manual TAS. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Normas-Emerg%C3%A2ncias-Pedi%C3%A1tricas-e-Obst%C3%A9tricas.pdf> , Consultado a: 1 de Novembro de 2018.
- Instituto Nacional de Estatística (2017) *Estatísticas Demográficas 2016*. Instituto Nacional de Estatística: Lisboa.

- Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (2011) Estratégia da Cooperação Portuguesa para a Saúde. Disponível em: https://www.instituto-camoes.pt/images/cooperacao/estrategia_cooperacao_saude.pdf , Consultado a: 03 de Setembro de 2018.
- Jarvis, A. (1998) Parental Presence During Resuscitation: Attitudes of Staff on a Paediatric Intensive Care Unit. *Intensive and Critical Care Nursing*. 4. 3-7.
- Jorge, A. (2004) Família e Hospitalização da Criança – (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem. Lusociência: Loures.
- Kaur, R.; Bharti, B. & Saini, S. (2014) A randomized controlled trial of burping for the prevention of colic and regurgitation in healthy infants. *Child: care, health and development*. 41(1). 52-56.
- Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto. Diário da República: I série, nº195 (1990). Acedido a 03 de Setembro de 2018. Disponível em www.dre.pt.
- Lin, F.; Song, Y.; Zhang, T.; Qi, J.; Xiao, X. & Cai, Y. (2017) Effect of Bronchopulmonary Dysplasia on Early Intellectual Development in Preterm Infants. *Pediatrics International*. 59. 691-697.
- Lowe, J.; Watkins, J.; Kotecha, S. & Kotecha, S. (2016) Physical Activity and Sedentary Behaviour Preterm-Born 7-Year Old Children. *PLoS ONE*. 11(5). 1-14.
- Mata, C. (2002) *Projecto*. Instituto Superior Técnico: Lisboa.
- Matsuno, A. (2012) Reconhecimento das Situações de Emergência: Avaliação Pediátrica. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 45(2). 158-167.
- Matute E.; Rosselli M.; Ardila A. & Ostrosky F. (2013) *Evaluación Neuropsicológica Infantil -ENI 2*. El Manual Moderno:México.
- McAlvin, S. & Carew-Lyon, A. (2014) Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures in Pediatric Critical Care: A Systematic Review. *American Journal in Critical Care*. 23(6). 477-484.
- Meeks, M.; Hallsworth, M.; Yeo, H. (2010) *Nursing the Neonate*. Wiley-Blackwell. 2ªEd. Chennai: India.

- Mefford, L. & Alligood, T. (2011) Testing a Theory of Health Promotion for *Preterm Infants Based on Levine's Conservation Model of Nursing*. *Journal of Theory Construction & Testing*. 15(2). 41-47.
- Meleis, A. (2010) *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company: New York.
- Meleis, A. (2015) My Wish for a Global Research Agenda in Nursing. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 23(4). 569-570.
- Meleis, A.; Sawyer, L.; Im, E.; Messias, D. & Schumacher, K. (2000) Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*. 23(1). 12-28.
- Mosher, S. (2017) Comprehensive NICU Parental Education: Beyond Baby Basics. *Neonatal Network*. 36 (1). 18-25
- Nahidi, F.; Gazerani N.; Yousefi, P. & Reza Abadi, A. (2017) The Comparison of the Effects of Massaging and Rocking on Infantile Colic. *Iranian Neonatology Journal*. 22(1). 67-71.
- Nogueira, C. (2016) *Burnout nos Enfermeiros do Serviço de Urgência*. (Unpublished master's thesis). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Ordem dos Enfermeiros (2001) *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf> , Consultado a 05 de Janeiro de 2019.
- Ordem dos Enfermeiros (2007) *Enfermagem Portuguesa Implicações na Adequação ao Processo de Bolonha no Atual Quadro Regulamentar*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/2007_EnfermagemPortuguesa_Processo_Bolonha.pdf, Consultado a: 31 de Janeiro de 2019.
- Ordem dos Enfermeiros (2010B) *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica Volume I*. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2011) *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Rregulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf, consultado a: 02 de Janeiro de 2019.

Ordem dos Enfermeiros (2011B) Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8898/regulamentopadrosqualidadecuidadosespecializadosenfermagemsaudecriancajovem.pdf>, Consultado a: 14 de Novembro de 2019.

Ordem dos Enfermeiros (2013) *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Ordem dos Enfermeiros: Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2015) *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci_deontologia_2015_web.pdf, Consultado a: 03 de Setembro de 2018.

Ordem dos Enfermeiros (2015) *Regulamento das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Rregulamento_190_2015_Regulamento_do_Perfil_de_Competencias_Enfermeiro_Cuidados_Gerais.pdf, Consultado a 7 de Maio de 2018.

Ordem dos Enfermeiros (2016) CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Disponível em: <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/catalogo-ciper-2015.html>; Consultado a: 16 de Maio de 2018.

Ordem dos Enfermeiros (2018) Regulamento Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>, Consultado a: 02 de Janeiro de 2019.

Orton, J.; McGinley, J.; Fox, L. & Spittle, A. (2015) Challenges of Neurodevelopmental Follow-Up for Extremely Preterm Infants of Two Years. *Early Human Development*. 91. 689-694.

- Pikel, T.; Stare, G.; Strel, J.; Kovac, M.; Babnik, J. & Golje, P. (2017) Impact of Prematurity on Exercise Capacity and Agility of Children and Youth Aged 8 to 18. *Early Human Development*. 110. 39-43.
- Pirie, A. (2012) Pediatric Palliative Care Communication Resources for the Clinical Nurse Specialist. *Clinical Nurse Specialist*. 212-215.
- Platonos, K., Aloysius, A., Banerjee, J. & Deierl, A. (2018) Integrated family delivered care project: Parent education programme. *Journal of Neonatal Nursing*. 24. 29-34.
- Price, J.; McNeilly, P. & Surgenor, M. (2006) Breaking Bad News to Parents: The Children's Nurse's role. *International Journal of Palliative Nursing*. 12(3). 115 – 120.
- Pritchard, P.; Bora, S.; Austin, N.; Levin, K. & Woodward, L. (2014) Identifying Very Preterm Children at Educational Risk Using a School Readiness Framework. *Pediatrics*. 134(3). 825-832.
- Rhoads, S., Green, A., Mitchell, A. & Lynch, C. (2015) Neuroprotective Core Measure 2: Partnering with Families – Exploratory Study on Web-Camera Viewing of Hospitalized Infants and the Effect on Parental Stress, Anxiety, and Bonding. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 15. 104-110.
- Russel, K., Weaver, B. & Vogel, R. (2015) Neuroprotective Core Measure 2: Partnering with Families – Effects of a Weighted Maternally-Scented Parental Simulation Device on Premature Infants in Neonatal Intensive Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 15. 97-103.
- Saeidi, R.; Abadi, M.; Saeidi, A. & Robatsangi, M. (2014) The Effectiveness of Mother Infant Interaction on infantile colic. *Iranian Neonatology Journal*. 5(1). 34-38.
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E. & Azevedo, I. (2015). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium*. 49.
- Saraiva, L.; Rodrigues, L. & Barreiros, J. (2012) Adaptação e Validação da Versão Portuguesa Peabody Developmental Motor Scales-2: Um Estudo com Crianças Pré-Ecolares. *Revista da Educação Física*. 22(4). 511-521.

- Shah, P.; Kaciroti, N.; Richards, B. & Lumeng, J. (2016A) Gestational Age and Kindergarten School Readiness in a National Sample of Preterm Infants. *The Journal of Pediatrics*. 178. 61-67.
- Shah, P.; Richards, B.; Kaciroti, N.; Oh, W. & Lumeng, J. (2016B) Developmental Outcomes of Late Preterm Infants From Infancy to Kindergarten. *Pediatrics*. 138(2).1-12.
- Simões, P. (2012) *Burnout dos enfermeiros nos serviços de saúde em Portugal Um estudo de caso na Saúde 24 Porto*. (Unpublished master's thesis). Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2016) Nascer Prematuro em Portugal. Disponível em: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/nascerprematuroportugal1.pdf> Consultado a: 20 de Maio de 2018.
- Squires, J. & Bricker, D. (2009) *Ages & Stages Questionnaire 3rd. Edition*. Brookes Publishing: Baltimore.
- Taborda, A. & Oliveira, G. (2016) Neurodesenvolvimento de Grandes Prematuros ou Recém-Nascidos com Muito Baixo Peso: Comparação de Gémeos Monocoriónicos e Bicoriónicos com Recém-Nascidos de Gestação Unifetal. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*. 11. 702-710.
- Tavares, A. (1990) *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa, Portugal: Ministério da Educação.
- The Joanna Briggs Institute (2015) *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 Methodology for JBI Scoping Reviews*. The Joanna Briggs Institute: Austrália.
- Wechsler, D. (2002) *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence™ - Third Edition (WPPSI™ - III)*. The Psychological Corporation: San Antonio.
- White, R. (2015) Neuroprotective Core Measure 4: Safeguarding Sleep – Its Value in Neuroprotection of the Newborn. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 15. 114-115.
- Williams, M.; Hutchings, J.; Bywater, T.; Daley, D. & Whitaker, C. (2013) Schedule of Growing Skills II: Pilot Study of an Alternative Scoring Method. *Scientific Research*. 4(3). 143-152.

APÊNDICE I – Estudo de Caso

Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular Estágio Final e Relatório

3º Contexto - Neonatologia

A Intervenção do Enfermeiro Especialista nas Transições: da
Prematuridade à Idade Adulta

Aplicação do “*Neonatal Integrative Developmental Care*” - Estudo de Caso -



Elaborado por: Enfermeiro Luís Miguel Francisco

Orientado por: Enfermeira I e Prof. Doutora Margarida Lourenço

Lisboa, 19 de Dezembro de 2018

INTRODUÇÃO

O presente Estágio decorre numa Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios Neonatais, num hospital central, cuja principal população-alvo se prende com recém-nascido com necessidade de intervenção cirúrgica.

O principal objetivo é analisar a aplicação do modelo *Neonatal Integrative Developmental Care* (Altimier & Phillips, 2016) a uma situação do contexto assistencial durante a realização do estágio.

A elaboração do estudo de caso tem como base a metodologia descrita por Yoshida (2007) sobre a elaboração de um estudo de caso, através da sua descrição, da discussão (tendo por base a evidência científica mais atualizada) e finalizando com uma conclusão.

DESCRIÇÃO DO CASO

O Modelo *Neonatal Integrative Developmental Care* (Altimier & Phillips, 2016) apresenta 7 medidas neuroprotetoras face ao desenvolvimento particular do recém-nascido prematuro.

No decorrer do estágio ocorreu a prestação de cuidados de enfermagem a uma recém-nascida prematura (RN) e família na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. A RN tinha 28 semanas de idade corrigida (nascida às 25 semanas de Idade Gestacional) internada por necessidade de intervenção cirúrgica, apresentando-se ventilada invasivamente durante a situação de prestação de cuidados a que este caso se reporta.

Num dos momentos de prestação de cuidados, nomeadamente após os cuidados de higiene, procedemos à transferência da RN da incubadora para o colo da mãe, de modo a promover o colo (a mãe não quis contacto pele-a-pele).

Foi garantido um cadeirão confortável para a mãe se sentar. Promovi a contenção com uma fralda de pano e o ninho, e transferi a RN da incubadora para o meu colo, tendo sido momentaneamente desconectada do ventilador durante esta transferência com tolerância. Posteriormente, rodei na direção da mãe, tendo transferido calmamente a RN para o seu colo. Durante toda esta intervenção a RN manteve-se calma, com comportamento organizado, sinais vitais estáveis.

A luminosidade da UCIN estava adequada, não havendo luz em excesso a incidir na RN, e foi promovido um ambiente calmo e tranquilo, com tom de voz calmo e baixo.

Em toda intervenção procurei explicar à mãe o que estava a fazer, trabalhando em parceria, e promovendo o reforço positivo.

DISCUSSÃO

A análise da situação vai centrar-se na medida neuroprotetora 1, nomeadamente, o ambiente terapêutico, do *Neonatal Integrative Developmental Care Model* (Altimier & Phillips, 2016).

Altimier & Phillips (2016) conceptualizando o Ambiente Terapêutico ou *Healing Environment* no centro do seu *Neonatal Integrative Developmental Care Model*, integrando em si os 5 sentidos do Recém-Nascido, nomeadamente o tato, olfato, paladar, visão e audição

Altimier & Phillips (2016) identificam no seu trabalho várias intervenções que promovem o Ambiente Terapêutico, onde se inclui o ambiente físico, a privacidade e a proteção do sistema sensorial do RN.

Na minha intervenção posso identificar um cuidado neuroprotetor, atendendo às intervenções sugeridas por Altimier & Phillips (2016), uma vez que tive em conta o sistema sensorial do RN, nomeadamente:

- Tato
 - Tive em conta a mudança de temperatura da incubadora (temperatura regulada) para o ambiente exterior, promovendo a contenção com uma fralda e garantindo a existência de uma manta de modo a poder garantir o aquecimento
- Vestibular
 - A transferência ocorreu com calma, sem movimentos bruscos.
- Olfato
 - Ao promover o colo materno, estou a permitir o contacto com o odor da mãe
- Audição
 - O ambiente calmo da unidade, o tom de voz baixo tiveram em conta o RN e a sua influência.
 - O facto de falar com a mãe e explicar o que estava a acontecer, permitiu também que a RN ouvisse a voz materna, tendo sido posteriormente incentivado que a mãe falasse com a RN.
- Espacial
 - Foi garantido o conforto da mãe, de modo a promover um maior tempo de contacto entre filha e mãe.

Assim sendo, posso identificar na minha intervenção, um cuidado neuroprotetora, atendendo à complexidade e vulnerabilidade da RN.

CONCLUSÃO

O presente estudo de caso permitiu-me descrever uma situação da prestação de cuidados e analisá-la à luz de um modelo teórico de enfermagem, identificando as intervenções neuroprotetoras operacionalizadas à luz da evidência científica mais atualizada.

Enquanto futuro Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, devo demonstrar um aprofundamento dos domínios de competência do Enfermeiro de Cuidados Gerais, tendo neste caso concreto assistido a criança e a família na maximização da sua saúde (pela neuroprotecção), prestando cuidados adequado ao desenvolvimento, numa situação de especial complexidade (RN nascida extrema prematura) (OE, 2011, 2018).

BIBLIOGRAFIA

- Altimier, L. (2015) Neuroprotective Core Measure 1: The Healing NICU Environment. *Newborn & Infant Nursing Reviews*.15. 91-96.
- Danner-Bowman, K. & Cardin, A. (2015) Neuroprotective Core Measure 3: Positioning & Handling – A look at Preventing Positional Plagiocephaly. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 15. 111-113.
- Rhoads, S., Green, A., Mitchell, A. & Lynch, C. (2015) Neuroprotective Core Measure 2: Partnering with Families – Exploratory Study on Web-Camera Viewing of Hospitalized Infants and the Effect on Parental Stress, Anxiety, and Bonding. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 15. 104-110.
- Russel, K., Weaver, B. & Vogel, R. (2015) Neuroprotective Core Measure 2: Partnering with Families – Effects of a Weighted Maternally-Scented Parental Simulation Device on Premature Infants in Neonatal Intensive Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 15. 97-103.
- White, R. (2015) Neuroprotective Core Measure 4: Safeguarding Sleep – Its Value in Neuroprotection of the Newborn. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 15. 114-115.
- Ordem dos Enfermeiros (2011) *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf , consultado a: 02 de Janeiro de 2019.
- Ordem dos Enfermeiros (2018) Regulamento Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115685379> , Consultado a: 02 de Janeiro de 2019.

Bergman, N. (2015) Neuroprotective Core Measures 1-7: Neuroprotection of Skin-to-Skin Contact (SSC). *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 15. 142-146.

**APÊNDICE II – Projeto de Melhoria
Contínua: “Trabalhar em Parceira - Ensinar
para Cuidar**

PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ENUNCIADO DESCRITIVO: Promoção da Saúde

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde.”

Enfermeiro de Cuidados Gerais	Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria
<ul style="list-style-type: none">• “A identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade”• “A criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados”• “A promoção do potencial de saúde do cliente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento”• “O fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente” <p>Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001)</p>	<ul style="list-style-type: none">• “A criação e aproveitamento de oportunidades para trabalhar com a família e a criança / jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde”• “O fornecimento de informação orientadora dos cuidados antecipatórios, dirigida às famílias, para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil”• “A sensibilização dos pais, cuidadores e profissionais para as situações de risco, consequências e sua prevenção”• “A criação e aproveitamento de oportunidades para facilitar a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança / jovem”• “A identificação dos estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis” <p>Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (2011)</p>

Entre 2011 e 2016 verificou-se um número estável de nascimentos de nados-vivos prematuros em Portugal (INE, 2017; Sociedade Portuguesa de Neonatologia, SPN,

2016). Só em 2016, de um total de 87126 nados-vivos, 6801 correspondem a nados-vivos prematuros, ou seja, 7,8% da população de nados-vivos nascidos em Portugal no ano de 2016, corresponde a nados-vivos prematuros (INE, 2017).

Dado o sucesso dos cuidados intensivos neonatais, surge o aumento da sobrevivência dos recém-nascidos prematuros, que após a alta necessitam de vigilância multidisciplinar dada a sua particular vulnerabilidade, uma vez que apresentam potenciais problemas a nível do desenvolvimento, com impacto a longo prazo no Neurodesenvolvimento, atraso no desenvolvimento cognitivo, e alterações no crescimento (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016). Também a família está exposta à insegurança e sentimentos de elevado sofrimento que esta vulnerabilidade acrescida impõe à família (SPN, 2016). Segundo a SPN (2016) o meio socioeconómico, cultural e familiar do prematuro tem também influência nestes problemas potenciais.

Deparamo-nos então com a primeira grande transição à qual o neonato e a família deverão dar resposta: a transição para o meio extrauterino. Mefford & Allgood (2011) reportam-se precisamente a esta transição e o papel do enfermeiro através da promoção da saúde através da análise da Teoria de Adaptação de Levine.

A SPN (2016) no seu relatório sobre a prematuridade, identifica a particular vulnerabilidade do recém-nascido prematuro e da família, e realça a importância do envolvimento dos pais no dia-a-dia da vida do recém-nascido prematuro.

A Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica apresenta como filosofia os Cuidados Centrados na Família e a Parceria de Cuidados. A educação para a saúde aos pais de crianças prematuras é um dos pilares dos Cuidados Centrados na Família, tem como objetivo promover o *empowerment* parental e assenta no princípio de que devem receber informação consistente e de alta qualidade através programas de educação que poderão decorrer individualmente ou em grupo, de acordo com um plano semanal (Platonos et al, 2018). Mosher (2017) diz-nos que devemos ir além do básico (regulação emocional e estabilização da saúde) e abranger também os aspetos mais complexos (cognitivo-comportamentais). Hunter et al (2018) tendo por base um estudo realizado no âmbito de um programa de melhoria contínua focado na educação dos pais de prematuros internados na UCIN, concluíram que de facto existem ganhos em saúde com aumento da confiança parental, construção

do papel parental / cuidador e com melhoria na transição da UCIN para o domicílio, através da transmissão consistente e standardizada, culturalmente sensível e da orientação aos pais pelos profissionais.

O *Neonatal Integrative Developmental Care Model* (Altimier & Philips, 2016) destacam 7 medidas para os cuidados centrados na família neuroprotetores, identificando em cada medida focos de educação parental.

Em suma, a evidência científica proveniente da investigação mais atualizada consubstancia a pertinência da temática e do projeto de melhoria contínua, dando resposta aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (gerais e especializados em saúde da criança e do jovem).

Bibliografia

- Conselho de Enfermagem (2001) *Divulgar Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Hunter, L., Blake, S., Simmons, C., Thompson, J. & Derouin, A. (2018) Implementing a Parent Education Program in the Special Care Nursery. *Journal of Pediatric Health Care*. 1-7.
- Instituto Nacional de Estatística (2017) *Estatísticas Demográficas de 2016*. Lisboa: Portugal. Disponível em www.ine.pt, consultado a 10 de Maio de 2018.
- Mefford, L. & Alligood, T. (2011) Testing a Theory of Health Promotion for *Preterm Infants Based on Levine's Conservation Model of Nursing*. *Journal of Theory Construction & Testing*. **15(2)**. 41-47.
- Mosher, S. (2017) Comprehensive NICU Parental Education: Beyond Baby Basics. *Neonatal Network*. 36 (1). 18-25
- Ordem dos Enfermeiros (2011) *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Platonos, K., Aloysius, A., Banerjee, J. & Deierl, A. (2018) Integrated family delivered care project: Parent education programme. *Journal of Neonatal Nursing*. 24. 29-34.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2016) *Nascer Prematuro em Portugal: Epidemiologia*. Organização. Disponível em: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Manual-completo.pdf> Consultado a 20 de Novembro de 2018.
- Tomey, M.A., Alligood, M.R. (2004) *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

PROGRAMA DE MELHORIA CONTÍNUA DE QUALIDADE

Tema: Cuidar em Parceria – Ensinar para Cuidar

1 – Dimensão Estudada

Promoção da Saúde.

2 – Unidades de Estudo

Utilizadores incluídos na avaliação:

Os pais dos recém-nascidos internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Intermédios Neonatais do Hospital.

Profissionais em Avaliação

Todos os enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos / Intermédios Neonatais.

Período de tempo que se avalia

Anual.

3 – Tipo de Dados

Estrutura

Processo

Resultado

4 – Fontes de Dados

- Processo Clínico
- Folha de Avaliação das Sessões (Formador / Formando)

5 – Tipo de Avaliação

Interna

- Dinamizadores do Projeto
- Auditoria Interna

6 – Critérios de Avaliação

Critérios	Exceções	Esclarecimentos
Existe registo em processo clinico das áreas com necessidade de intervenção, ações implementadas (sessão individual / grupo), temas trabalhados, resultado obtido em pelo menos 60% das famílias.		
Existe para todas as famílias alvo de uma sessão de grupo uma folha de avaliação da sessão.		
Existe relativamente às sessões de grupo um relatório de sessão com pelo menos: número total de participantes, indicadores de eficácia e satisfação e sugestões de melhoria.		Pretende-se melhorar de forma contínua as sessões através do contributo dos participantes.

7 – Colheita de Dados – Quem e Quando?

Os enfermeiros dinamizadores são responsáveis pela monitorização do projeto de melhoria.

Auditoria anual.

8 – Relação Temporal

Avaliação retrospectiva.

9 – Seleção da Amostra

Amostra aleatória. Todos os pais dos Recém-Nascidos admitidos na Unidade de Cuidados Intensivos / Intermédios Neonatais que queiram participar no projeto.

10 – Intervenção Prevista

- **Medidas Educacionais**
 - Sessões de Educação para a Saúde (Individuais ou Grupo)
- **Mudanças Estruturais**
 - Uniformização da Prática de Enfermagem
 - Elaboração das sessões de educação para a saúde
 - Elaboração do Manual de Ensinos

Indicadores:

Estrutura

- Formação em Serviço
- Folha de Avaliação da Sessão (Formador / Formando)
- Relatório de Sessão

Processo

- Taxa de Registos de Enfermagem das Sessões de Educação para a Saúde (Individual / Grupo)

$$\frac{N^{\circ} \text{ de Registos}}{\text{Total de Pais Abrangidos}} \times 100$$

- Taxa de Pais abrangidos pelas sessões de educação para a saúde (grupo)

$$\frac{N^{\circ} \text{ de Pais Abrangidos}}{\text{Total de Pais com RN internados}} \times 100$$

- Taxa de Resposta a Folha de Avaliação de Sessão (Formando)

$$\frac{N^{\circ} \text{ de Folhas de Avaliação Preenchidas}}{\text{Total de Questões de Participantes}} \times 100$$

- Taxa de Resposta a Folha de Avaliação de Sessão (Formador)

$$\frac{N^{\circ} \text{ de Folhas de Avaliação Preenchidas}}{\text{Total de Sessões Realizadas}} \times 100$$

Resultado

- Taxa de Evidência de Satisfação dos pais em relação às sessões de educação para a saúde (Grupo)

$$\frac{N^{\circ} \text{ de Pais Satisfeitos com a Sessão}}{\text{Total de Participantes na Sessão}} \times 100$$

- Taxa de Evidência da Eficácia das Sessões de Educação para a Saúde (Grupo)

$$\frac{N^{\circ} \text{ de Respostas Correctas}}{\text{Total de Questões de Avaliação}} \times 100$$

- Taxa de Evidência de Aumento da Participação dos Pais nos Cuidados

$$\frac{N^{\circ} \text{ de Pais que participam na prestação do Cuidado Trabalhado em Sessão}}{N^{\circ} \text{ Total de Pais Abrangidos}} \times 100$$

Projeto de Melhoria Contínua
Cuidar em Parceria
– Ensinar para Cuidar -



Elaborado por:

Enfermeiro Luís Miguel Francisco, Estudante do Mestrado em Enfermagem,
Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

Sob Orientação de:

Enfermeira I

Professora Doutora Margarida Lourenço

15 de Dezembro de 2018

Pensamento

“Às vezes basta uma pequena mudança de perspectiva para vermos algo familiar a uma luz completamente diferente”

Dan Brown

INTRODUÇÃO

Entre 2011 e 2016 verificou-se um número estável de nascimentos de nados-vivos prematuros em Portugal (INE, 2017; Sociedade Portuguesa de Neonatologia, SPN, 2016). Só em 2016, de um total de 87126 nados-vivos, 6801 correspondem a nados-vivos prematuros, ou seja, 7,8% da população de nados-vivos nascidos em Portugal no ano de 2016, corresponde a nados-vivos prematuros (INE, 2017).

Dado o sucesso dos cuidados intensivos neonatais, surge o aumento da sobrevivência dos recém-nascidos prematuros, que após a alta necessitam de vigilância multidisciplinar dada a sua particular vulnerabilidade, uma vez que apresentam potenciais problemas a nível do desenvolvimento, com impacto a longo prazo no Neurodesenvolvimento, atraso no desenvolvimento cognitivo, e alterações no crescimento (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016). Também a família está exposta à insegurança e sentimentos de elevado sofrimento que esta vulnerabilidade acrescida impõe à família (SPN, 2016). Segundo a SPN (2016) o meio socioeconómico, cultural e familiar do prematuro tem também influência nestes problemas potenciais.

Deparamo-nos então com a primeira grande transição à qual o neonato e a família deverão dar resposta: a transição para o meio extrauterino. Mefford & Alligood (2011) reportam-se precisamente a esta transição e o papel do enfermeiro através da promoção da saúde através da análise da Teoria de Adaptação de Levine.

A SPN (2016) no seu relatório sobre a prematuridade, identifica a particular vulnerabilidade do recém-nascido prematuro e da família, e realça a importância do envolvimento dos pais no dia-a-dia da vida do recém-nascido prematuro.

A Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica apresenta como filosofia os Cuidados Centrados na Família e a Parceria de Cuidados. A educação para a saúde aos pais

de crianças prematuras é um dos pilares dos Cuidados Centrados na Família, tem como objetivo promover o *empowerment* parental e assenta no princípio de que devem receber informação consistente e de alta qualidade através programas de educação que poderão decorrer individualmente ou em grupo, de acordo com um plano semanal (Platonos et al, 2018). Mosher (2017) diz-nos que devemos ir além do básico (regulação emocional e estabilização da saúde) e abranger também os aspetos mais complexos (cognitivo-comportamentais).

Hunter et al (2018) tendo por base um estudo realizado no âmbito de um programa de melhoria contínua focado na educação dos pais de prematuros internados na UCIN, concluíram que de facto existem ganhos em saúde com aumento da confiança parental, construção do papel parental / cuidador e com melhoria na transição da UCIN para o domicílio, através da transmissão consistente e standardizada, culturalmente sensível e da orientação aos pais pelos profissionais.

O *Neonatal Integrative Developmental Care Model* (Altimier & Philips, 2016) destaca 7 medidas neuroprotetoras para os cuidados centrados na família, identificando em cada medida focos de educação parental. Baseando-nos neste modelo, podemos conceptualizar o projeto em 7 grandes áreas de intervenção para por foca a educação para a saúde dos pais de crianças prematuras.

Em suma, a evidência científica proveniente da investigação mais atualizada consubstancia a pertinência da temática e do projeto de melhoria contínua, dando resposta aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (gerais e especializados em saúde da criança e do jovem) relativos à promoção da saúde.

O MODELO “NEONATAL INTEGRATIVE DEVELOPMENTAL CARE”

O Recém-Nascido prematuro apresenta maior risco de desenvolvimento comprometido nas áreas cognitivas, socio-emocionais, saúde mental,

comportamental, da linguagem e da regulação, que vão além da idade escolar (Altimier & Phillips, 2016). Neste projeto centramo-nos no Neurodesenvolvimento e Neuroproteção, foco central do Modelo “*Neonatal Integrative Developmental Care*”.

O Modelo “*Neonatal Integrative Developmental Care*” utiliza intervenções neuroprotetivas como estratégias de suporte para a promoção das conexões sinápticas, visando promover o desenvolvimento neurológico, físico e emocional normal, visando prevenir perturbações (Altimier & Phillips).

Neurodesenvolvimento

O desenvolvimento neuro comportamental e neuro sensorial têm impacto direto no Neurodesenvolvimento, uma vez que o sistema sensorial e neurológico coexistem entre si (Altimier & Phillips, 2016). No caso do recém-nascido prematuro, as experiências neuro sensoriais aos quais estão sujeitos, são diferentes daquelas que teriam no meio intra-uterino, levando a resultados de desenvolvimento diferentes daqueles que nascem de termo (Altimier & Phillips, 2016).

O ambiente e a forma como este se relaciona com os órgãos sensoriais do recém-nascido prematuro influencia o desenvolvimento estrutural e funcional do cérebro (Altimier & Phillips, 2016).

Neuroproteção

Todas as estratégias capazes de prevenir a morte das células neuronais.

Estratégias Neuroprotetivas

Intervenções usadas para apoiar o cérebro em desenvolvimento e facilitar a construção de outras vias e conexões para a funcionalidade após lesão neuronal.

7 Medidas Neuroprotetoras

O Modelo “*Neonatal Integrative Developmental Care*” está representado no modelo em flor de lótus, onde cada pétala destaca uma das 7 medidas, e no centro as 5 grandes áreas de intervenção a nível do ambiente de cura, nomeadamente, o cheiro, som, toque, temperatura e luz, como podemos observar pela imagem 1.

As 7 medidas neuroprotetoras incluem a filosofia dos cuidados centrados na família, e são as seguintes (Altimier & Phillips, 2016):

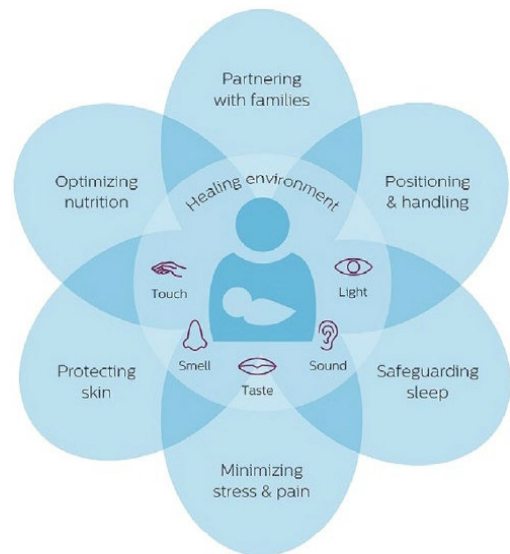


Figura 1- Neonatal Integrative Developmental Care Model

1. Ambiente Terapêutico (“*Healing Environment*”)
2. Parceria com as Famílias (“*Partnering with Families*”)
3. Posicionamento e Manipulação (“*Posicioning & Handling*”)
4. Salvar o Sono (“*Safeguarding Sleep*”)
5. Minimizar a Stress e a Dor (“*Minimizing Stress & Pain*”)
6. Proteger a Pele (“*Protecting Skin*”)
7. Otimizar a Nutrição (“*Optimizing Nutrition*”)

O contacto pele e pele é considerado, pelas autoras do modelo, a fundação de todos os cuidados neuroprotetores, uma vez que promove em todas as 7 medidas o suporte ao crescimento e desenvolvimento, a vinculação, redução da infeção e a diminuição do tempo de internamento (Altimier & Phillips, 2016). O contacto pele a pele, ficou codificado pela Organização Mundial de Saúde através da intervenção “*Kangaroo Mother Care*” (Bergman, 2015).

De seguida, passamos a descrever cada uma das 7 medidas, bem como as áreas de educação para a saúde identificadas pelas autoras.

1º Medida – Ambiente Terapêutico (“*Healing Environment*”)

A primeira medida centra-se no ambiente físico da UCIN, e inclui o espaço físico, a privacidade e segurança, o ambiente sensorial (temperatura, toque, propriocepção, olfato, paladar, som e luz), bem como as pessoas (família, profissionais de saúde) e a sua interação com o recém-nascido (Altimier & Phillips, 2016).

Bergman (2015) reporta-se ao contacto pele a pele como o habitat expectável para a evolução adaptativa do recém-nascido, e Altimier & Phillips (2016) referem os benefícios encontrados quando utilizada esta intervenção 6 horas por semana durante 8 semanas, com aceleração da maturação cerebral e redução da ansiedade parental entre outros.

Altimier (2015) refere também o impacto positivo da apresentação estética por forma a criar um ambiente terapêutico.

Altimier & Phillips (2016) identificam a necessidade de trabalhar com os pais:

- Importância de criar um Ambiente Terapêutico que protege o sistema sensorial em desenvolvimento da criança prematura
- Papel central dos pais no Ambiente Terapêutico

2º Medida – Parceria com as Família (“Partnering with Families”)

Os pais de crianças prematuras internadas na UCIN apresentam maior risco de stress emocional, depressão e ansiedade, uma vez que são expostos a um ambiente altamente complexo, onde se deparam com a incerteza do futuro do seu bebé, e pela interrupção no processo de parentalidade que ocorre aquando do internamento do recém-nascido na UCIN, o que irá ter efeitos duradouros na relação que se estabelece, bem como no desenvolvimento comportamental e emocional da criança (Altimier & Phillips, 2016).

A separação física entre recém-nascido e mãe tem impacto negativo, com resultados negativos na vinculação, confiança e interação entre os dois, podendo ser minimizada através do contacto pele a pele e dos cuidados centrados na família (Russell et al, 2015). A filosofia dos cuidados centrados na família pressupõe o reconhecimento de que ao longo do tempo é a família que tem a maior influência na saúde e bem-estar da criança (Altimier & Phillips, 2016).

Verificam-se também benefícios nesta parceria através do aumento da satisfação parental, diminuição do tempo de internamento e sobretudo, resultados melhores a nível do Neurodesenvolvimento infantil (Altimier & Phillips, 2016).

Altimier & Phillips (2016) identificam a necessidade de trabalhar com os pais:

- Vinculação
- Desenvolvimento da Linguagem
- Pistas no Comportamento do Recém-Nascido Prematuro e Problemas de Segurança

Relativamente à especificidade da UCIN se torna necessário trabalhar as seguintes questões:

- Transição para Casa
- Sinais de Alerta e Principais Doenças do Bebê.

Boykova (2016) relembra a importância dos profissionais de saúde na transição do recém-nascido para casa, reportando-se ao papel que a transmissão de informação completa e precisa sobre o desenvolvimento do recém-nascido tem na diminuição da ansiedade e stress parental, promovendo a confiança e melhores relações entre pais e recém-nascido. Hamline et al (2018) na sua meta-análise identificam a eficácia da educação parental durante o internamento para o sucesso na transição para o domicílio. Murray & Joseph (2016) também identificam na sua revisão da literatura que muitos pais referem a necessidade das sessões de educação sobre ressuscitação cardiorrespiratória se estenderem também a outros familiares que estarão responsáveis pela criança durante o trabalho.

3º Medida – Posicionamento e Manipulação (“*Positioning & Handling*”)

A 3ª medida tem como objetivo promover o posicionamento adequado ao recém-nascido, de forma mais aproximada possível ao posicionamento que teria no meio intrauterino (Altimier & Phillips, 2016). Altimier & Phillips (2016) reforçam a

importância do posicionamento correto no desenvolvimento músculo-esquelético, neuromotor, estabilidade e função fisiológica, regulação térmica, densidade óssea, organização neurocomportamental, facilitação do sono, conforto e calma, integridade cutânea, crescimento e desenvolvimento do cérebro.

O ensino aos pais, bem como o treino do posicionamento, contenção e manipulação adequados à idade, é benéfico, não só no contexto familiar, mas também na gestão de tempo dos cuidados de enfermagem, uma vez que as autoras identificam a possibilidade desta tarefa ser executada pelos pais, quando se considerar que adquiriram as competências (Altimier & Phillips, 2016).

4ª Medida – Salvar o Sono (“*Safeguarding Sleep*”)

A 4ª medida tem como foco principal a importância do sono no recém-nascido prematuro internado na UCIN, uma vez que o sono saudável vai permitir o desenvolvimento neurosensorial, memória e aprendizagem, bem como a plasticidade cerebral (Altimier & Phillips, 2016). White (2015) também se reporta à diminuição das necessidades metabólicas durante o sono com consequente maior biodisponibilidade dos nutrientes para o crescimento cerebral ou cura de uma lesão. A evidência aponta também numa melhoria do sono quando em decúbito ventral (Altimier & Phillips, 2016).

Relativamente aos ensinamentos, as autoras apontam as seguintes temáticas:

- Reconhecer os estados de sono / vigília do recém-nascido, bem como a importância do sono para a cura, crescimento e desenvolvimento do cérebro
- Reconhecer a importância da distribuição racional do posicionamento (dorsal vs ventral) durante o sono.

5ª Medida – Minimizar o Stress e a Dor (“*Minimizing Stress & Pain*”)

O Stress e a dor têm impacto negativo também a nível cognitivo como a nível motor, havendo evidência de que crianças expostas à dor durante procedimentos dolorosos apresenta índices de avaliação das competências motoras e cognitivas menores (Altimier & Phillips, 2016).

O recém-nascido prematuro está exposto a uma experiência sensorial inerentemente mais stressante, estando exposto a maior risco de desenvolvimento neurológico comprometido (Altimier & Phillips, 2016).

Existem vários estudos que suportam estratégias não farmacológicas da dor, nomeadamente: amamentação, contacto pele a pele e administração de sucrose oral (Harrison et al, 2015), existindo aqui a possibilidade dos pais colaborarem na promoção do conforto do recém-nascido.

As autoras evidenciam a necessidade de educação parental nas seguintes temáticas (Altimier & Phillips, 2016):

- Identificação de pistas fornecidas pelo recém-nascido relativamente ao stress e dor
- Atuação não farmacológica de suporte durante procedimentos dolorosos / stressantes

6ª Medida – Proteger a Pele (“*Protecting Skin*”)

A 6ª medida procura promover as funções da pele, nomeadamente: termorregulação, acumulação de gordura e insulação, balanço Hidroeletrólítico, barreira contra infeções, sensação do toque, pressão e dor, bem como a forma como a informação sensorial chega ao cérebro (Altimier & Phillips, 2016).

Altimier e Phillips (2016) identificam a necessidade da criação de protocolos relativos ao banho, utilização de emolientes, práticas de humidificação e uso de adesivos de acordo com o estadio de desenvolvimento do recém-nascido.

As autoras identificam as seguintes áreas de educação parental:

- Cuidados à pele
 - Proteção das suas funções
 - Papel como condutor das experiências sensoriais
- Banho enfaixado
- Massagem ao recém-nascido
 - Promoção do relaxamento e vinculação.

Nesta 6ª medida, relativamente aos cuidados à pele, e de acordo com a especificidade do serviço, torna-se necessária também educação parental relativa ao cuidado ao estoma.

7ª Medida – Otimizar a Nutrição (“*Optimizing Nutrition*”)

O leite materno e a amamentação estão indicados como método ótimo de nutrição do recém-nascido, com minimização da ocorrência de enterocolite necrotizante, sépsis e retinopatia da prematuridade, e com aumento do desenvolvimento do volume de massa cinzenta cerebral e melhorias no QI, memória, ganhos académicos e outros resultados neurodesenvolvimentais (Altimier & Philips, 2016).

A literatura reconhece o papel importante da utilização de escalas que avaliem a prontidão e qualidade da alimentação oral, bem como nos indiquem intervenções específicas de atuação (Altimier & Phillips, 2016). Em Portugal temos validada a Escala de Observação de Competências Precoces na Alimentação Oral (Curado et al, 2017).

As autoras identificam como focos de educação parental as seguintes temáticas:

- Estimulação Oral Positiva, Técnicas de Alimentação e de Identificação do Sinais da Criança
- Importância da Amamentação

PROJETO – “TRABALHAR EM PARCERIA – ENSINAR A CUIDAR”

Diagnóstico de Situação

Relativamente à necessidade de educação parental, evidenciada pela investigação através do trabalho de Altimier & Phillips (2016) bem como pela especificidade da unidade, podemos levantar as seguintes necessidades:

- 5 Sentidos do Recém-Nascido
- Posicionamento e Manipulação do Recém-Nascido
- Sono
- Dor
- Banho e Cuidados à Pele
- Massagem ao Recém-Nascido
- Cuidados ao Estoma
- Alimentação do Recém-Nascido
- Promover o Desenvolvimento do Recém-Nascido
- Ressuscitação Cardiorrespiratória

- Transição para Casa, Sinais de Alerta e Principais Doenças do Bebê

Relativamente ao tema da Massagem ao Recém-Nascido existem já um projeto de melhoria contínua a decorrer na UCIN.

Relativamente ao tema dos 5 sentidos, existe já um panfleto criado por uma estudante do mestrado em enfermagem, especialização em saúde infantil e pediatra.

Todos os outros temas poderão ser trabalhados individualmente ou em grupo, destacando-se primariamente para a intervenção em grupo as seguintes: Sono do Recém-Nascido, Ressuscitação Cardiorrespiratória e transição para casa.

Objetivos

Gerais

- Promover a transição para a parentalidade saudável de pais de crianças prematuras internadas na UCIN através da promoção da saúde
- Promover a transição saudável para o meio extrauterino no Recém-Nascido através da promoção do ambiente terapêutico

Específicos

- Promover o ambiente terapêutico para o recém-nascido prematuro internado na UCIN através da promoção para a saúde.
- Promover o *empowerment* parental através da educação para a saúde.
- Promover a parceria de cuidados
- Promover a parentalidade

Metodologia

O projeto assenta nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e Cuidados de Enfermagem à Criança e Jovem definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2001, 2011) relativos à Promoção da Saúde, tendo como Modelo

Teórico de Suporte o Modelo “*Neonatal Integrative Developmental Care*” e as 7 medidas protetoras do desenvolvimento, de acordo com as transições vividas pelo Recém-Nascido (transição para o meio extrauterino e transição de desenvolvimento) e família (transição para a parentalidade) tal como descrito no referencial teórico de enfermagem de Afaf Meleis (Tomey & Alligood, 2004).

Deverá ser realizado um diagnóstico de situação da unidade a cada semana, tendo em conta as situações e necessidades parentais, relativo às sessões de educação parental em grupo.

A intervenção é baseada na educação para a saúde na prestação diária de cuidados ao recém-nascido e família, bem como na educação para a saúde através de sessões de formação a grupos de pais de recém-nascidos internados na UCIN.

Deverá ser acordado com os pais a data e hora para a realização da sessão de educação para a saúde, de acordo com as suas necessidades e gestão de horário.

Os enfermeiros têm como dever documentar todos os momentos de educação para a saúde devendo contemplar:

- Abertura no SCLinico do Diagnóstico de Enfermagem respetivo à área de ensinios
- Tema de Educação para a Saúde e Tópicos trabalhados
- Intervenientes e grau de participação
- Metodologia aplicada
 - Grupo ou Individual
 - Expositiva / Treino de Competências / Supervisão
- Recursos mobilizados
- Reavaliação e Abertura de novo diagnóstico caso necessário

A educação para a saúde na prática diária de cuidados tem por base o manual de ensinios presente na unidade.

As sessões em grupo de educação parental têm por base os planos elaborados para cada sessão, bem como os recursos disponibilizados (powerpoint, folhetos). A cada temática deverá ser atribuído um grupo de trabalho para o desenvolvimento da sessão.

No final de cada sessão deverá ser preenchida a folha de avaliação (formador e formando).

Anualmente deverá ser realizada a avaliação do projeto.

Avaliação do Projeto

Unidades de Estudo

Utilizadores incluídos na avaliação:

Os pais dos recém-nascidos internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Intermédios Neonatais do Hospital.

Profissionais em Avaliação

Todos os enfermeiros da Unidade de Cuidados Intensivos / Intermédios Neonatais.

Período de tempo que se avalia

Anual.

Tipo de Dados

Estrutura

Processo

Resultado

Fontes de Dados

- Processo Clínico
- Folha de Avaliação das Sessões (Formador / Formando)

Tipo de Avaliação

Interna

- Dinamizadores do Projeto
- Auditoria Interna

Critérios de Avaliação

Critérios	Exceções	Esclarecimentos
Existe registo em processo clínico das áreas com necessidade de intervenção, ações implementadas (sessão individual / grupo), temas trabalhados, resultado obtido em pelo menos 60% das famílias.		
Existe para todas as famílias alvo de uma sessão de grupo uma folha de avaliação da sessão.		
Existe relativamente às sessões de grupo um relatório de sessão com pelo menos: número total de participantes, indicadores de eficácia e satisfação e sugestões de melhoria.		Pretende-se melhorar de forma contínua as sessões através do contributo dos participantes.

Colheita de Dados – Quem e Quando?

Os enfermeiros dinamizadores são responsáveis pela monitorização do projeto de melhoria.

Auditoria anual.

Relação Temporal

Avaliação retrospectiva.

Seleção da Amostra

Amostra aleatória. Todos os pais dos Recém-Nascidos admitidos na Unidade de Cuidados Intensivos / Intermédios Neonatais que queiram participar no projeto.

Intervenção Prevista

- **Medidas Educacionais**
 - Sessões de Educação para a Saúde (Individuais ou Grupo)
- **Mudanças Estruturais**
 - Uniformização da Prática de Enfermagem
 - Elaboração das sessões de educação para a saúde
 - Elaboração do Manual de Ensinos

Indicadores:

Estrutura

- Formação em Serviço
- Folha de Avaliação da Sessão (Formador / Formando)
- Relatório de Sessão

Processo

- Taxa de Registos de Enfermagem das Sessões de Educação para a Saúde (Individual / Grupo)

$$\frac{N^{\circ} \text{ de Registos}}{\text{Total de Pais Abrangidos}} \times 100$$

- Taxa de Pais abrangidos pelas sessões de educação para a saúde (grupo)

$$\frac{N^{\circ} \text{ de Pais Abrangidos}}{\text{Total de Pais com RN internados}} \times 100$$

- Taxa de Resposta a Folha de Avaliação de Sessão (Formando)

$$\frac{N^{\circ} \text{ de Folhas de Avaliação Preenchidas}}{\text{Total de Questões de Participantes}} \times 100$$

- Taxa de Resposta a Folha de Avaliação de Sessão (Formador)

$$\frac{N^{\circ} \text{ de Folhas de Avaliação Preenchidas}}{\text{Total de Sessões Realizadas}} \times 100$$

Resultado

- Taxa de Evidência de Satisfação dos pais em relação às sessões de educação para a saúde (Grupo)

$$\frac{N^{\circ} \text{ de Pais Satisfeitos com a Sessão}}{\text{Total de Participantes na Sessão}} \times 100$$

- Taxa de Evidência da Eficácia das Sessões de Educação para a Saúde (Grupo)

$$\frac{N^{\circ} \text{ de Respostas Correctas}}{\text{Total de Questões de Avaliação}} \times 100$$

- Taxa de Evidência de Aumento da Participação dos Pais nos Cuidados

$$\frac{N^{\circ} \text{ de Pais que participam na prestação do Cuidado Trabalhado em Sessão}}{N^{\circ} \text{ Total de Pais Abrangidos}} \times 100$$

Projeto de Melhoria Contínua
- Trabalhar em Parceria: Educar para Cuidar-

Folha de Avaliação da Sessão (Formando)

Formador	
Nome da Sessão	
Data	

Classifique as seguintes afirmações de acordo com a escala proposta:

	Não Aplicável	Não Concordo	Não tenho opinião	Concordo
O formador foi claro.				
A sessão durou o tempo necessário.				
O espaço onde decorreu foi adequado.				
Os recursos utilizados foram suficientes.				
As informações foram úteis.				
As informações foram de encontro ao que preciso.				
Estou satisfeito com a sessão.				
Voltaria a participar noutra sessão.				

Sugestões de Melhoria:

Gratos pela Vossa Participação,
A equipa da UCIN

Projeto de Melhoria Contínua
- Trabalhar em Parceria: Educar para Cuidar-

Folha de Avaliação da Sessão (Formador)

Formador	
Nome da Sessão	
Data	

Classifique as seguintes afirmações de acordo com a escala proposta:

	Não Aplicável	Não	Parcialmente	Sim
O tempo planeado foi cumprido				
O espaço onde decorreu foi adequado.				
Os recursos utilizados foram suficientes.				
Houve participação.				
Os conteúdos programados foram todos abordados.				
Estou satisfeito com a sessão.				
Voltaria a orientar outra sessão.				

Sugestões de Melhoria:

Gratos pela Vossa Participação,
A equipa da UCIN

Bibliografia

- Altimier, L. (2015) Neuroprotective Core Measure 1: The Healing NICU Environment. *Newborn & Infant Nursing Reviews*.15. 91-96.
- Altimier, L. & Phillips, R. (2016) The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*.16. 230-244.
- Bergman, N. (2015) Neuroprotective Core Measures 1-7: Neuroprotection of Skin-to-Skin Contact (SSC). *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 15. 142-146.
- Boykova, M. (2016) Transition From Hospital to Home in Parents of Preterm Infants. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 34(4). 327–348.
- Conselho de Enfermagem (2001) *Divulgar Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Curado, A., Maroco, J., Vasconcellos, T., Gouveia, L. & Thoyre, S. (2017) Validação para a população portuguesa da Escala de Observação de Competências Precoces na Alimentação Oral. *Revista de Enfermagem Referência*. 12. 131-142.
- Danner-Bowman, K. & Cardin, A. (2015) Neuroprotective Core Measure 3: Positioning & Handling – A look at Preventing Positional Plagiocephaly. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 15. 111-113.
- Hamline, M., Speier, R., Vu, P., Tancredi, D., Broman, A., Rasmussen, L., Tullius, B., Shaikh, U. & Li, S. (2018) Hospital-to-Home Interventions, Use, and Satisfaction: A Meta-Analysis. *PEDIATRICS*. 42(5). 1-51.
- Hunter, L., Blake, S., Simmons, C., Thompson, J. & Derouin, A. (2018) Implementing a Parent Education Program in the Special Care Nursery. *Journal of Pediatric Health Care*. 1-7.

- Instituto Nacional de Estatística (2017) *Estatísticas Demográficas de 2016*. Lisboa: Portugal. Disponível em www.ine.pt, consultado a 10 de Maio de 2018.
- Mefford, L. & Alligood, T. (2011) Testing a Theory of Health Promotion for *Preterm Infants Based on Levine's Conservation Model of Nursing*. *Journal of Theory Construction & Testing*. **15(2)**. 41-47.
- Mosher, S. (2017) Comprehensive NICU Parental Education: Beyond Baby Basics. *Neonatal Network*. 36 (1). 18-25
- Murray, C. H., & Joseph, R. A. (2016). Transition from NICU to Home: Are the Parents Ready to Manage Any Emergency? An Evidence-Based Project. *Neonatal Network*. 35(3). 151–155.
- Ordem dos Enfermeiros (2011) *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Platonos, K., Aloysius, A., Banerjee, J. & Deierl, A. (2018) Integrated family delivered care project: Parent education programme. *Journal of Neonatal Nursing*. 24. 29-34.
- Rhoads, S., Green, A., Mitchell, A. & Lynch, C. (2015) Neuroprotective Core Measure 2: Partnering with Families – Exploratory Study on Web-Camera Viewing of Hospitalized Infants and the Effect on Parental Stress, Anxiety, and Bonding. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 15. 104-110.
- Russel, K., Weaver, B. & Vogel, R. (2015) Neuroprotective Core Measure 2: Partnering with Families – Effects of a Weighted Maternally-Scented Parental Simulation Device on Premature Infants in Neonatal Intensive Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 15. 97-103.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2016) *Nascer Prematuro em Portugal: Epidemiologia*. Organização. Disponível em: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Manual-completo.pdf> Consultado a 20 de Novembro de 2018.
- Tomey, M.A., Alligood, M.R. (2004) *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

White, R. (2015) Neuroprotective Core Measure 4: Safeguarding Sleep – Its Value in Neuroprotection of the Newborn. *Newborn & Infant Nursing Reviews*. 15. 114-115.

APÊNDICE III – Sessão de Educação para a Saúde “Transição para Casa”

Projeto de Melhoria Continua
- Trabalhar em Parceria: Ensinar para Cuidar-

Sessão de Educação para a Saúde

Preparar a Transição para a Casa



Elaborado por: Enf.^a Luís Miguel Francisco (Estudante do Mestrado em Enfermagem, Especialização em SIP)

Orientado por: Enf. I e Prof. Dr^a. Margarida Lourenço

19 de Dezembro de 2018

INTRODUÇÃO

A Transição da neonatologia para casa, é descrita por Boykova (2016) enquanto um fenômeno complexo e multidimensional, descrevendo na sua revisão da literatura, 5 grandes áreas-chave com impacto nesta transição. Face ao referencial teórico de Afaf Meleis (2010) podemos identificar esta transição como sendo uma transição organizacional, uma vez que implica mudanças a nível ambiental (família) com aquisição de novos papéis, que ocorre simultaneamente à transição de desenvolvimento relativa ao papel parental.

Afaf Meleis (2010) refere que a educação enquanto terapêutica de enfermagem é um instrumento ótimo para a preparação das transições. Altimier & Phillips (2016) quando abordam o *Neonatal Integrative Developmental Care Model* identificam 7 medidas neuroprotetoras centradas na família, evidenciando para cada uma áreas prioritárias de educação parental.

No diagnóstico de situação da unidade, através da entrevista semiestruturada, surgiu como área com necessidade de intervenção a transição para casa, com sugestão da adaptação do ambiente para receber a criança. Altimier & Phillips (2016) identificam os pais como o ambiente terapêutico preferencial do recém-nascido prematuro, elencando indicadores de boa conduta.

Hockenbery & Wilson (2014) relativos aos cuidados de enfermagem à criança e adolescente, aborda vários problemas frequentes, nos quais destaco: prevenção de acidentes (quedas, queimaduras) e situações frequentes (febre, vômitos, dificuldades respiratória). Os autores identificam ainda a técnica de Desengasamento e importância do ensino aos pais.

PLANEAMENTO DA SESSÃO

Objetivo Geral: Capacitar precocemente os pais para a transição da neonatologia para casa					
Objetivo Específico	Conteúdo	Domínio / Método	Recursos	Duração	Avaliação
Ensinar sobre preparação da casa para receber a criança	1. Ambiente da casa (Medida 1 – Ambiente Terapêutico) <ol style="list-style-type: none"> Fatores facilitadores no ambiente Relação entre pais-filho 	Cognitivo / Expositivo	Enfermeiro Pais	15 min.	Pais conseguem identificar pelo menos 2 fatores

Objetivo Geral: Capacitar precocemente os pais para a identificação precoce de sinais de alerta da criança					
Objetivo Específico	Conteúdo	Domínio / Método	Recursos	Duração	Avaliação
Ensinar sobre Sinais de Alerta na Criança	1. Problemas do 1º ano de Vida <ol style="list-style-type: none"> Sinais de Alerta (Febre, Dificuldade Respiratória, Vômitos, entre outros) Prevenção de Acidentes (Quedas, Queimaduras, Afogamentos...) 	Cognitivo / Expositivo	Enfermeiro Pais	15 min.	Pais conseguem identificar a atuação quando presentes a 1 sinal de alerta

Objetivo Geral: Capacitar precocemente os pais para a resolução de problemas frequentes em casa					
Objetivo Específico	Conteúdo	Domínio / Método	Recursos	Duração	Avaliação
Ensinar sobre Manobra de Desengasgamento	1. Manobra de Desengasgamento	Cognitivo / Expositivo	Enfermeiro Pais Manequim	15 min.	Pais verbalizam técnica
Instruir sobre Manobra de Desengasgamento		Psicomotor / Resolução de Problema			Pais conseguem demonstrar a técnica
Treinar sobre Manobra de Desengasgamento					

AVALIAÇÃO DO PROJETO

A sessão é avaliada de acordo com os seguintes indicadores de Processo e de Resultado.

Indicadores de Processo

- Taxa de Pais abrangidos pelas sessões de educação para a saúde (grupo)

$$\frac{\textit{N}^{\circ} \textit{ de Pais Abrangidos}}{\textit{Total de Pais com RN internados}} \times 100$$

- Taxa de Resposta a Folha de Avaliação de Sessão (Formando)

$$\frac{\textit{N}^{\circ} \textit{ de Folhas de Avaliação Preenchidas}}{\textit{Total de Questões de Participantes}} \times 100$$

- Taxa de Resposta a Folha de Avaliação de Sessão (Formador)

$$\frac{\textit{N}^{\circ} \textit{ de Folhas de Avaliação Preenchidas}}{\textit{Total de Sessões Realizadas}} \times 100$$

Indicadores de Resultado

- Taxa de Evidência de Satisfação dos pais em relação às sessões de educação para a saúde (Grupo)

$$\frac{\textit{N}^{\circ} \textit{ de Pais Satisfeitos com a Sessão}}{\textit{Total de Participantes na Sessão}} \times 100$$

- Taxa de Evidência da Eficácia das Sessões de Educação para a Saúde (Grupo)

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de Respostas Correctas}}{\text{Total de Questões de Avaliação}} \times 100$$

Avaliação da Sessão Realizada no dia 19 de Dezembro de 2018

Nº de Participantes: 4

Nº de Pais com RN Internado na UCIN: 18

Duração: cerca de 1 hora

Local: Junto ao Mural da Esperança

- **Indicadores de Processo:**

- Taxa de Pais abrangidos pelas sessões de educação para a saúde (grupo)
 - $(4/18) \times 100\% = 22,2\%$
- Taxa de Resposta a Folha de Avaliação de Sessão (Formando)
 - $(4/4) \times 100\% = 100\%$
- Taxa de Resposta a Folha de Avaliação de Sessão (Formador)
 - $(1/1) \times 100\% = 100\%$

- **Indicadores de Resultado:**

- Taxa de Evidência de Satisfação dos pais (Grupo)
 - $(4/4) \times 100\% = 100\%$ dos Pais Satisfeitos
- Taxa de Evidência da Eficácia das Sessões de Educação para a Saúde (Grupo)
 - Questão: Identifiquem 2 fatores promotores do ambiente saudável
 - $(4/4) \times 100\% = 100\%$ Respostas Certas
 - Questão: Identifiquem 1 sinal de alerta e a atuação
 - $(4/4) \times 100\% = 100\%$ Respostas Certas
 - Prática: Treino da manobra de desengasamento em prática simulada
 - $(4/4) \times 100\% = 100\%$ Técnica Correcta

Os pais sugeriram mais formações, nomeadamente, formação em Suporte Básico de Vida.

Todos consideraram que o formador foi claro, que a sessão durou o tempo necessário, que o local onde decorreu foi adequado, que os recursos utilizados foram suficientes, que as informações foram úteis e de encontro à necessidade.

Todos referiram que voltariam a participar noutra sessão.

Enquanto formador, considerei que fui além do tempo planeado, e no espaço onde ocorreu houve algum ruído pela passagem de outros pais, o que dificultou a comunicação.

BIBLIOGRAFIA

- Afaf Meleis (2010) *Transitions Theory – Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New-York: Springer Publishing Company.
- Altimier, L. (2015) Neuroprotective Core Measure 1: The Healing NICU Environment. *Newborn & Infant Nursing Reviews*.15. 91-96.
- Altimier, L. & Phillips, R. (2016) The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Advanced Clinical Applications of the Seven Core Measures for Neuroprotective Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*.16. 230-244.
- Boykova, M. (2016) Transition From Hospital to Home in Parents of Preterm Infants. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 34(4). 327–348.
- Conselho de Enfermagem (2001) *Divulgar Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Hamline, M., Speier, R., Vu, P., Tancredi, D., Broman, A., Rasmussen, L., Tullius, B., Shaikh, U. & Li, S. (2018) Hospital-to-Home Interventions, Use, and Satisfaction: A Meta-Analysis. *PEDIATRICS*. 42(5). 1-51.
- Hunter, L., Blake, S., Simmons, C., Thompson, J. & Derouin, A. (2018) Implementing a Parent Education Program in the Special Care Nursery. *Journal of Pediatric Health Care*. 1-7.
- Mosher, S. (2017) Comprehensive NICU Parental Education: Beyond Baby Basics. *Neonatal Network*. 36 (1). 18-25
- Murray, C. H., & Joseph, R. A. (2016). Transition from NICU to Home: Are the Parents Ready to Manage Any Emergency? An Evidence-Based Project. *Neonatal Network*. 35(3). 151–155.
- Tomey, M.A., Alligood, M.R. (2004) *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

APÊNDICE IV – Diário de Bordo

Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular “ Estágio Final e Relatório”

Diário de Bordo

Mestrando: Enfermeiro Luís Miguel Francisco, nº182017031

No âmbito do Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, nomeadamente, no decurso da Unidade Curricular “Estágio Final e Relatório”, encontro-me a realizar 3 estágios nos seguintes contextos: Internamento de Pediatria (Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos - UCIP), Urgência Pediátrica (Serviço de Urgência Pediátrica - SUP) e Neonatologia (Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais - UCIN). Foi proposto a cada estudante a realização de um projeto de estágio, do qual surgiu a necessidade da criação de um diário de bordo relativo à coletânea de experiências significativas para o percurso de formação enquanto futuro Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, no desenvolvimento e aquisição das competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (2010, 2011).

Este diário de bordo pretende ser uma ferramenta dinâmica, fonte de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, onde pretendo desenvolver a reflexão crítica (através da metodologia do ciclo de Gibbs), mobilizar evidência científica atualizada e articular os momentos de aprendizagem com a temática transversal ao Mestrado, nomeadamente a “A Intervenção do Enfermeiro Especialista nas Transições - Da Prematuridade à Idade Adulta”, descrito no Projeto de Estágio.

Partindo de situações da prática, de especial complexidade / vulnerabilidade, bem como da área específica de gestão e prestação de cuidados, pretendo descrever e mobilizar evidência atualizada, refletindo sobre formas de melhoria contínua da minha prestação de cuidados.

Ao longo das situações descritas pretendo mobilizar a taxonomia CIPE, como referencial para a construção do processo de enfermagem, mobilizando concomitantemente os referenciais teóricos de enfermagem necessários a dar resposta a cada situação.

Pretendo igualmente com cada situação analisada identificar as competências, bem como os padrões de qualidade mobilizados, por forma a dar resposta à situação e evidenciar a aquisição das mesmas.

Referências Bibliográficas (APA, 6ª Edição)

Ordem dos Enfermeiros (2010) *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011) *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Tomey, M.A., Alligood, M.R. (2004) *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

1º Contexto – Internamento de Pediatria (UCIP)

(3 de Setembro de 2018 a 14 de Outubro de 2018)

1. Presença Parental durante a Reanimação em Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos

No decorrer do Estágio de Internamento na UCIP deparei-me com uma situação diferente daquelas que vivenciei anteriormente no meu percurso profissional, nomeadamente durante uma reanimação.

A situação decorreu num quarto de isolamento, aquando da paragem cardiorrespiratória de uma criança de 12 meses, na presença dos seus pais, com intervenção imediata da equipa multidisciplinar, tendo tido a duração de cerca de 20 minutos. Durante este tempo a família (mãe e pai) recusou sair do quarto, permanecendo num canto, observando a intervenção da equipa multidisciplinar, chorando, chamando por vezes pela filha.

Durante a situação encontrava-me como elemento extra numerário ao serviço, uma vez que me tinha dirigido ao mesmo para assistir à formação sobre políticas e procedimentos de qualidade, que decorreu no auditório do hospital. Quando me dirigi ao serviço para recolher os meus pertences e despedir-me da equipa, reparei (junto com mais 2 colegas que também foram à formação) que estava a ser utilizado o carro de urgência, os alarmes estavam a tocar e a equipa estava a mobilizar-se de forma ágil para dar resposta à situação. Contudo, uma vez que nos apercebemos que a situação já se prolongava à algum tempo, bem como a equipa se encontrava também com um elemento à vez em passagem de turno, decidimos vestir uma túnica da farda e perceber se existia necessidade de apoio para as restantes crianças ou naquela situação. Por este motivo, o meu papel foi de suporte na gestão e organização dos restantes cuidados, bem como de observação e como facilitador de backoffice na passagem de recursos materiais necessários à equipa.

No meu percurso profissional, experienciei poucas situações de reanimação, tendo ocorrido apenas com um recém-nascido prematuro e com um lactente. Durante a formação base, também nunca contactei com uma situação de reanimação. Nestes contextos, a noção geral da equipa multidisciplinar é de que durante a reanimação os pais devem estar ausentes, e apenas os profissionais se encontram no quarto. Após esta situação em contexto de estágio, questionei-me sobre os benefícios / desvantagem da presença dos pais, e a que conclusões a investigação realizada sobre a problemática tem chegado. Realizei uma breve pesquisa na base de dados Ebscohost, com os descritores: “(Parents OR Parental Presence) AND (Resuscitation) AND (PICU OR Pediatric Intensive Care Unit OR Pediatric Critical Care)”.

Historicamente, a presença da família durante a reanimação, foi proposta em 1987, quando principalmente os enfermeiros identificaram a particular vulnerabilidade da família durante os momentos de ressuscitação (Pasek & Licata, 2016). Os pais referem necessidade de poder escolher estar ou não presentes durante a reanimação (Maxton, 2008, McAlvin & Carew-Lyon, 2014, Pasek & Licata, 2016)

McAlvin & Carew-Lyon (2014) reportam-se à ambiguidade presente em Saúde Infantil e Pediátrica, onde a filosofia dos cuidados centrados na família está presente e onde é expectável por parte dos pais que estejam presentes durante todas as fases da transição de saúde-doença da criança, contudo, no caso concreto da reanimação e dos procedimentos invasivos, esse mesmo consenso não existe.

Na literatura, identificaram-se Vantagens e Desvantagens da permanência dos pais durante a reanimação (Jarvis, 1998; McAlvin & Carew-Lyon, 2014):

Vantagens:

- Aceitar a morte e limitar o sofrimento, promovendo o coping familiar.
- Possibilidade de se despedirem (últimas palavras).
- A presença é sentida como significativa tanto para a família como para a pessoa a morrer.
- Possibilidade de observar o trabalho da equipa para salvar a vida.

- Pedir para os pais saírem pode ser mais distrativo do que permitir que fiquem.
- Os enfermeiros vêem a pessoa como parte de uma família carinhosa, e menos como um desafio clínico.
- Aumenta a satisfação familiar perante os cuidados de saúde prestados.

Desvantagens:

- Potencial aumento do Stress da Equipa
- Aumento do distress da família
- Influência da família sobre a decisão de suspensão de medidas de ressuscitação
- Possível Interferência da Família
- Fraco trabalho de liderança na equipa pode levar à perceção de má prática

No caso da permanência da família, a literatura sugere que um enfermeiro ou médico com experiência em reanimação fique junto da família e explique que intervenção está a ser feita e porquê (Jarvis, 1998).

Jarvis (1998) sugere na sua revisão da literatura a permanência dos pais quando os mesmos pedem explicitamente para estar presentes.

McAlvin & Carew-Lyon (2014) suportam as ideias anteriores, acrescentando que os pais podem sair e retornar sempre que sintam necessário.

Bibliografia:

Jarvis, A. (1998) Parental Presence During Resuscitation: Attitudes of Staff on a Paediatric Intensive Care Unit. *Intensive and Critical Care Nursing*. 4. 3-7.

Maxton (2008) Parental presence during resuscitation in the PICU: the parents' experience - Sharing and surviving the resuscitation: a phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*. 17. 3168-3176.

- McAlvin, S. & Carew-Lyon, A. (2014) Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures in Pediatric Critical Care: A Systematic Review. *American Journal in Critical Care*. 23(6). 477-484.
- Pasek, T., Licata, J. (2016) Parent Advocacy Group for Events os Resuscitation. *American Associaton of Critical-Care Nurses*. 36(3). 58-64.

2. Gestão de Más Notícias

Durante o Estágio de Internamento na UCIP, na prestação de cuidados, fui enfermeiro responsável de um Lactente de nome (fictício) X. (12 meses de idade cronológica, 10 meses de idade corrigida), ex-prematura de 28 semanas, internado após intervenção no Hospital de Santa Marta por Derrame Pericárdico. Durante a intervenção no Hospital de Santa Marta foi detetada massa no miocárdio, tendo sido colocado como diagnósticos clínicos possíveis: neuroblastoma ou linfoma, tendo sido realizada biópsia que seguiu para avaliação, tendo obtido como resultado células do timo (resultado disponível no dia em que me encontrava na prestação de cuidados).

Realço que no dia em que ocorreu a situação tínhamos internadas 8 crianças, das quais 4 isolamentos, encontrando-se 6 delas em ventilação invasiva, 1 das quais instável. Sob minha responsabilidade encontravam-se 2 crianças em ventilação invasiva, e dei ainda apoio a uma 3^a criança ventilada invasivamente por necessidade de mobilização de enfermeiros para apoio na prestação de cuidados a uma criança instável em isolamento protetor. Ocorreram inúmeras solicitações de apoio a técnicas invasivas assépticas por parte da equipa médica, o que de igual forma se tornou num constrangimento durante a prestação de cuidados, tendo sido gerido o turno de acordo com a priorização por mim realizada.

Durante a prestação de cuidados, o médico especialista responsável pelo X dirigiu-se junto à mãe e comunicou em tom baixo e calmo que tinha sido detetada essa mesma massa, e o resultado da biópsia, bem como que seriam referenciados ao IPO Lisboa para estudo e continuidade dos cuidados, tendo sido explicado pelo médico as possibilidades e o que significavam. A mãe do X apresentou-se um pouco chorosa, colocando algumas questões, ficando após isto, sentada junto ao berço, com a mão junto à do filho, pouco comunicativa, “absorta em pensamentos”.

Durante a prestação de cuidados procurei mobilizar o humor enquanto intervenção terapêutica, uma vez que percebi pela resposta não-verbal da mãe do X, bem como

pela sua comunicação breve, que a mesma não queria abordar naquele momento a informação que recebera.

Perceber o impacto desta má notícia ajudou-me a identificar igualmente uma necessidade formativa individual relativa à transmissão e gestão de más notícias, tendo em vista a promoção do *coping* familiar.

Através da realização de uma pesquisa através da plataforma ebsco, foi possível triar 3 artigos que se reportam a vários modelos de comunicação, centrando-se no papel do enfermeiro (Price et al, 2006; Crawford, et al, 2013 e Pirie, 2012).

Price et al (2006) e Pirie (2012) reportam-se ao conceito de más notícias como algo que altera a visão de futuro, uma novidade sobre algo (doença) que coloca em risco de vida, deficiência ou morte iminente, ou, de forma mais concreta, uma notícia que não é bem-vinda.

As más notícias acarretam grande desgaste emocional para a família, iniciando-se mecanismos de *coping* que podem ser tanto centrados no problema como nas emoções (Price et al, 2006). O papel do enfermeiro deve ser de facilitador, de suporte, de conselheiro, de educador e de advogada da família / criança (Price et al, 2006). A evidência reforça o impacto positivo / negativo que a forma de transmissão de más notícias pode apresentar na forma de aceitação bem como na necessidade de suporte (Price et al, 2006).

Os autores, tal como referido, identificam vários modelos para a transmissão, bem como para a gestão de más notícias. Relativamente à transmissão de más notícias, dos artigos consultados podemos extrair 3 grandes fases: preparação, transmissão e planeamento, envolvendo cada fase as seguintes características (Price et al, 2006; Crawford et al, 2013; Pirie, 2012):

- Preparação – Planear a informação, local e forma de transmissão da informação
- Transmissão – Evitar desculpas, razões elaboradas, ou a tentação de saltar / transmitir demasiado rapidamente as partes difíceis.

- Planeamento – Oferecer compaixão, expressar preocupação, assumir a dificuldade em transmitir a notícia (promove humanidade no processo difícil).

Tendo em vista a promoção do *coping* o enfermeiro deverá (Crawford et al, 2013):

- Identificar as preocupações:
 - Fracionar as maiores preocupações em problemas de menor dimensão, mais facilmente resolúveis;
- Providenciar suporte e definir objetivos:
 - Identificar na família o estado em que se encontram;
 - Identificar recursos de apoio.

A comunicação pode ser cognitiva ou afetiva, mas necessita de ser informativa, com sensibilidade interpessoal, tendo em vista a construção da parceria (Pirie, 2012).

Através da identificação desta situação e pesquisa bibliográfica pude aprofundar conhecimentos acerca da comunicação em enfermagem (competência de enfermeiro de cuidados gerais) e aprofundar conhecimentos adquiridos através do meu percurso formativo e profissional, de acordo com as competências do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, nomeadamente:

- **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**
 - D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais
 - Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade
 - Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento
- **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**
 - 2 – Cuida da Criança / Jovem nas Situações de Especial Complexidade
 - Promove a adaptação da criança / jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência / incapacidade
 - Através da reflexão sobre gestão de más notícias e mecanismos de *coping*.

Bibliografia:

- Crawford, D.; Cortlin, D.; Coad, J. & Hollis, R. (2013) Educating Children's Nurses for Communicating Bad News. *Nursing Children and Young People*. 25(8). 28-33.
- Pirie, A. (2012) Pediatric Palliative Care Communication Resources for the Clinical Nurse Specialist. *Clinical Nurse Specialist*. 212-215.
- Price, J.; McNeilly, P. & Surgenor, M. (2006) Breaking Bad News to Parents: The Children's Nurse's role. *International Journal of Palliative Nursing*. 12(3). 115 - 120.

3. Suporte à Família e Criança Traqueostomizada em Processo de Transição

4.

No decorrer do estágio fiquei responsável pela prestação de cuidados de enfermagem a uma lactente de 9 meses, internada à nascença na UCIN, posteriormente Intensivos Cardíacos e finalmente na UCIP, por síndrome polimalformativa. Durante o internamento foram feitas várias tentativas de retirada da ventilação não invasiva sem sucesso, tendo sido diagnosticada uma traqueolaringomalacia, e sido sugerido aos pais a colocação de uma traqueostomia, por forma a permitir que a lactente pudesse ser ventilada em ventilador domiciliário e fosse para casa com os pais após treino de competências.

A equipa multidisciplinar trabalhou com a família, ao longo do tempo, a possibilidade de colocação de uma traqueostomia, explicando os benefícios e riscos, bem como feita uma abordagem tendo em vista detetar na família as suas necessidades individuais, os seus receios bem como as suas expectativas. Após 1 mês de intervenção com a família, com avanços e recuos, foi possível detetar 2 problemas na família que impediam aceitar a possibilidade de colocação de traqueostomia:

- Má relação com uma das cirurgiãs (a primeira que falou com os pais) devido ao primeiro momento que interveio junto dos pais;
- Receio de não-aceitação da criança pelos avós, devido à traqueostomia.

Tratou-se de um processo moroso, mas após um trabalho diário com a família, após várias tentativas de percurso, quando encontrado o problema principal, e depois de trabalhado, nomeadamente a abordagem por outro profissional, e a possibilidade de visita por parte dos avós à unidade (importa referir que não são permitidas visitas por rotina), os pais aceitaram a proposta de intervenção, tendo em vista a alta da criança e a sua evolução.

Analisando do ponto de vista do quadro referencial de Afaf Meleis (Tomey & Alligood, 2004) podemos identificar a transição de saúde/doença no sentido da

colocação de uma traqueostomia, que se inicia no momento de apresentação da proposta de intervenção, decorre durante a execução do planeado e termina após a colocação e primeiros dias. Podemos identificar na situação fatores inibidores da transição, nomeadamente a má relação com a cirurgiã, bem como o receio de não-aceitação pelos avós da criança caso esta tenha uma traqueostomia. O ambiente familiar é neste caso um fator inibidor, e por conseguinte, a intervenção terapêutica de enfermagem centra-se na visita da família à criança por forma a minimizar o stress familiar, desmistificar preconceitos e apoiar a família no seu processo de transição.

A visita dos avós aconteceu durante o período da manhã, tendo eu estado responsável pela prestação de cuidados de enfermagem durante o período da tarde, contudo, pude perceber que a linguagem não-verbal da mãe é claramente diferente dos outros dias, e quando questionada, referia que se sentia melhor uma vez que a os avós estavam motivados a aprender e a apoiar os pais quando a criança tivesse alta para casa.

Em suma, esta situação reforçou a necessidade de uma boa avaliação familiar, completa e abrangente, versus a expectativa de nós profissionais que se baseava no princípio de que os pais apenas precisavam de mais informação, descorando o seu contexto.

Através da análise desta pude aprofundar conhecimentos acerca da comunicação em enfermagem (competência de enfermeiro de cuidados gerais) e aprofundar conhecimentos adquiridos através do meu percurso formativo e profissional, centrando-me igualmente nas transições e na problemática da criança complexa, de acordo com as competências do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, nomeadamente:

- **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**
 - B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro
 - B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos / grupo

- **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**
 - 1 - Assiste a criança / jovem com a família, na maximização da sua saúde
 - Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança / jovem.
 - Competências E1.1.1. a E1.1.6.
 - 2 - Cuida da Criança / Jovem nas Situações de Especial Complexidade
 - Promove a adaptação da criança / jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência / incapacidade
 - 3 - Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem
 - Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura

Bibliografia:

Tomey, M.A., Alligood, M.R. (2004) *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

4. Papel do Enfermeiro Gestor na UCIP

O contexto de estágio permitiu, no projeto de estágio, incluir um dia de observação junto do segundo elemento da unidade, no decurso das suas funções de gestão. O objetivo desta entrada no diário de bordo prende-se com o elencar das funções observadas e a análise das mesmas à luz do perfil de competências comuns do enfermeiro especialista. Importa referir que o segundo elemento da unidade é apenas enfermeira de cuidados gerais.

Através da observação foi possível identificar as seguintes funções:

- Gestão de Equipa - distribuição dos elementos no turno da manhã a cada criança (s)
- Gestão de Recursos - realização dos pedidos de farmácia / armazém e articulação com os mesmos, gestão de stocks e pedidos de material / fármacos que não constem do stock.
- Gestão de Caso - participação na reunião diária (de 2^a a 6^a feira) entre a equipa médica e a equipa de enfermagem, bem como equipas multidisciplinares que sejam necessárias face às situações individuais

O perfil de competências comuns do enfermeiro especialista enquadra o Domínio da Gestão dos Cuidados, onde podemos associar este conjunto de funções, nomeadamente na competência: “Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar”.

Também de acordo com o perfil de competências comuns do enfermeiro especialista, poderemos identificar a competência C2.1. relativa a “Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados” e C2.2. “Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos” uma vez que é o

segundo elemento a responsável pela distribuição no turno da manhã (organização e coordenação da equipa), atendendo de igual modo, atendendo ao grau de evolução de cada elemento e nas áreas que necessita de trabalhar (presença de vários elementos em integração / em prestação de cuidados há menos de 6 meses na unidade).

Em suma, a observação participante permitiu-me identificar e analisar de acordo com o quadro de competências comuns do enfermeiro especialista um exemplo prático, permitindo o desenvolver / consciencializar competências através da análise situacional.

Bibliografia:

Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República nº35/2011 – II Série.*
Ordem dos Enfermeiros - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

2º Contexto – Urgência de Pediatria

(Serviço de Urgência Pediátrica – SUP)

(15 de Outubro de 2018 a 18 de Novembro de 2018)

5. Família e Criança Vítimas de Violência

No decurso do contexto de estágio de urgência pediátrica, encontrava-me no posto de triagem a acompanhar a enfermeira orientadora, tendo dada entrada uma adolescente de 14 anos vítima de agressão por parte do padrasto, após fugir da instituição onde se encontrava, e se ter encontrado com um suposto namorado mais velho que a mesma. A adolescente ia acompanhada de uma técnica da instituição com o seu processo, referindo cefaleias e dor a nível do membro superior esquerdo. A jovem encontrava-se pouco comunicativa, com linguagem não-verbal fechada, pouco permeável à interação com os profissionais. O contacto foi breve, tendo sido realizada a triagem de Manchester e encaminhada para o médico. Atendendo a que é uma situação com a qual me posso confrontar em qualquer contexto de pediatria, fez-me sentido analisar a situação no que concerne à comunicação com o adolescente, quadro legal aplicável e princípios éticos em enfermagem para a tomada de decisão.

A Ordem dos Enfermeiros (2010) emitiu um Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica relativo à Entrevista ao Adolescente, onde se inclui um algoritmo de atuação / planeamento de cuidados ao Adolescente, onde se destacam 3 fases:

- Fase de Acolhimento - envolve a apresentação, explicação do objetivo/etapas da entrevista e estabelecer o princípio pela confidencialidade / confiança
- Fase Exploratória - Fase em que ocorre a saída dos pais / acompanhante. Ocorre de acordo com o estadio de desenvolvimento, através da colheita de dados atendendo às suas perspetivas, significados, preocupações e dúvidas.

- Fase Resolutiva – Preconiza-se o incentivo à partilha de informações com a família, o reforço das suas competências e qualidades, partilha das metas delineadas e planeamento temporal das próximas sessões.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2011) existem vários modelos de adolescente que podemos identificar, sendo que neste caso podemos classificar a jovem como silenciosa, o que poder-se-á traduzir num sentimento de culpa por razões várias, ou por a obrigarem a recorrer a um serviço de saúde ao qual não sente necessidade de ir. Neste caso, uma vez que veio acompanhada pela técnica da instituição, não querendo por si mesma recorrer aos cuidados de saúde, o facto de se apresentar pouco comunicativa e com linguagem não-verbal fechada poder-se-á justificar integrando neste modelo silencioso.

A situação suscitou-me dúvidas relativamente à atuação do enfermeiro quando confrontado com a partilha de uma situação de violência por parte da vítima. Recorri então a uma pesquisa na Ordem dos Enfermeiros tendo encontrado um Parecer sobre o “Sigilo Profissional perante situações de violência a pessoas em condição/situação de vulnerabilidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

A Ordem dos Enfermeiros (2016) reconhece, através da consulta a vários documentos tais como a declaração universal dos direitos do homem, a Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e das Liberdades Fundamentais, bem como a Convenção Europeia dos Direitos do Homem, entre outros. A Ordem dos Enfermeiros (2016) conclui, no seu parecer, que no caso dos cidadãos vulneráveis (neste caso crianças e jovens) o enfermeiro tem a obrigação de denunciar às autoridades policiais / judiciais / sociais, caso estas sejam vítimas de qualquer tipo de violência ou maus tratos, devendo contudo recorrer ao aconselhamento deontológico e jurídico. A Ordem dos Enfermeiros (2016) dispensa também a obrigatoriedade de recorrer ao Presidente do Concelho Jurisdicional para pedido do levantamento do sigilo profissional quando a informação coloque em risco de vida ou a saúde da criança.

A Ordem dos Enfermeiros apresenta também disponível um Guia de orientações para os profissionais da ação social na abordagem de situações de maus tratos ou

outras situações de perigo elaborado pela Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco e pelo Instituto de Segurança Social (2011), onde constam informações pertinente para a identificação de maus tratos, fatores de risco, bem como legislação aplicável.

O contacto com esta situação permitiu trabalhar o perfil de competências do enfermeiro especialista em saúde da criança e do jovem, no que diz respeito à competência “Assiste a Criança / Jovem com a família, na maximização da sua saúde” mais concretamente nas competências E1.2.4. “Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco)” bem como E1.2.2. “Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais”, E1.2.6. “Assiste a criança / jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos”. As competências do Domínio 3 “Presta Cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” concretamente nas competências relativas ao E3.3. “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”. De Igual modo, relativamente às competências comuns, também se aplicam as competências: A1 “Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção”, A2 “Promove Práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”.

Bibliografia:

Deodato, S. (2017) *Direito da Saúde*. 2ª Edição. Lisboa: Almedina.

Deodato, S. (2014) *Decisão Ética em Enfermagem – Do Problema aos Fundamentos para o Agir*. Lisboa: Almedina.

Parecer CJ 52/2016. *Ordem dos Enfermeiros - Sigilo Profissional perante situações de violência a pessoas em condição/situação de vulnerabilidade*.

Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco & Instituto de Segurança Social (2011) *Guia de orientações para os profissionais da ação social na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de*

perigo.

Disponível

em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/IAC_GuiaOrientacaoProfissionaisAcaoSocialMausTratosOutrasSituacoesPerigo.pdf. Consultado a 30 de Outubro de 2018.

6. Prestação de Cuidados à Criança Hemodinamicamente Instável

No serviço de urgência pediátrica recebemos uma chamada de contacto de outro hospitalar, a pedir transferência de um lactente com 1 mês de vida com quadro de oclusão intestinal, apresentando quadro de melenas, com necessidade de intervenção cirúrgica urgente. Há chegada o lactente encontrava-se ativo e reativo, com boa vitalidade, foi monitorizado e apresentava sinais vitais estáveis e adequados à idade.

Na passagem da maca dos bombeiros para o berço da urgência apercebo-me de um período de prostração súbito, com cianose bucal e baixa de Saturação Periférica de Oxigénio para 89% com duração de 30 segundos, com bradicardia associada até aos 70bpm, com reversão espontânea do ponto de vista hemodinâmico, mas ligeiramente mais prostrado do que à chegada. Reunida bala de oxigénio, tubo de conexão com insuflador manual e máscara adequada à idade. Pedi permissão para acompanhar a enfermeira responsável.

Após observação médica no local, seguimos diretamente para a Ecografia, onde pude observar que o lactente apresentava uma dejeção com sangue vivo na fralda. Após ecografia foi transportado de imediato para o bloco operatório de modo a ser intervencionado.

Permaneceu todo o tempo monitorizado, com leitura de Tensão Arterial Não Invasiva a cada minuto, apoiando-me igualmente na observação do lactente para colheita de dados para diagnóstico de enfermagem e implementação de intervenções caso necessário, continuando Hemodinamicamente estável mas com tendência para a hipertensão.

Nesta situação concreta pode operacionalizar as competências do enfermeiro especialista em Saúde da Criança e do Jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2011), nomeadamente:

- 2 - “Cuida da Criança / Jovem e Família nas Situações de Especial Complexidade”
 - “Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”.

Através desta situação pude igualmente, através da autorreflexão e do trabalho de desenvolvimento contínuo, consultar documentos baseados em evidência científica atualizada por forma a identificar algoritmos de avaliação e intervenção na criança gravemente doente.

O Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM, 2012) identifica o Triângulo de Avaliação Pediátrica (TAP) que se centra em 3 aspetos prioritários para a avaliação rápida da criança (10 a 15 segundos), nomeadamente:

- Aparência - “A aparência reflete a eficácia da ventilação, da oxigenação, da perfusão cerebral, e do normal funcionamento do sistema nervoso central”(INEM, 2012, p.72)
- Trabalho Respiratório - Avaliação da respiração e ventilação
- Perfusão Periférica - Avaliar a qualidade da perfusão dos órgãos vitais.

Na situação descrita, tive em conta a avaliação rápida da criança, tendo-me regido pelo TAP, com identificação de alterações súbitas na criança com necessidade de intervenção.

Matsuno (2012) identifica 4 etapas na avaliação pediátrica, nomeadamente, avaliação geral, avaliação primária, secundária e terciária. A avaliação geral centra-se na abordagem ABCDE, através de uma avaliação baseada na visão e audição do enfermeiro, relativo a:

- A - Abertura das vias aéreas
- B - *Breathing* ou boa respiração

- C - Circulação
- D- Disfunção
- E - Exposição

Nesta situação acompanhei todas as etapas do algoritmo de modo a poder avaliar e identificar diagnósticos e intervenções de enfermagem.

A análise da situação permitiu-me validar a minha atuação face à evidência científica e aprofundar através da leitura dos documentos conhecimentos nesta área de modo a melhorar de forma contínua a minha prática de cuidados de enfermagem.

Bibliografia:

Matsuno, A. (2012) Reconhecimento das Situações de Emergência: Avaliação Pediátrica. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 45(2). 158-167.

Instituto Nacional de Emergência Médica (2012) Normas, Emergências Pediátricas e Obstétricas - Manual TAS. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/06/Normas-Emerg%C3%Aancias-Pedi%C3%A1tricas-e-Obst%C3%A9tricas.pdf> , Consultado a: 1 de Novembro de 2018.

7. Gestão de Conflitos e Burnout

No decurso do estágio no Serviço de Urgência Pediátrica deparei-me com a presença de elementos da equipa subitamente a chorar, verbalizando revolta face às condições de trabalho vivenciadas no serviço (poucos elementos face à necessidade de cuidados, grande volume de trabalho com sobrecarga de cada enfermeiro).

Nogueira (2016) citando Chan, et al (2000) e Escote et al (2000) na sua dissertação de Mestrado identifica os fatores de risco mais comumente identificados nos enfermeiros, através da sua análise da evidência científica, elencando os seguintes: contacto com situações de sofrimento, situações que levam a maior exaustão emocional, preocupação, morte de um doente, excesso de volume de trabalho, ambiguidade nas funções e conflitos interpessoais. Atendendo a estes fatores, podemos identificar na equipa de enfermagem do SUP alguns destes riscos.

O *Burnout* tem como principais consequências a possibilidade de desenvolvimento de doença física, diminuição do desempenho e absentismo e ocorre por exaustão, levando à diminuição da eficácia profissional (Simões, 2012).

O Enfermeiro Especialista no seu quadro de competências comuns, “ Adapta o Estilo de Liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos”, o que implica que enquanto líder deverá intervir na minimização do impacto dos fatores de risco de *Burnout*.

Simões (2012) na sua dissertação de mestrado identifica a promoção de locais de trabalho agradáveis, a circulação livre de informação, o encorajar dos elementos da equipa na partilha de dificuldades, o promover do envolvimento nas tomas de

decisão, o reconhecimento do trabalho efetuado e a criação de grupo de suporte ou grupos de discussão, enquanto medidas minimizadores do impacto negativo do *Burnout*.

Nogueira (2016) citando Gil-Monte (2003) identifica 3 níveis de intervenção: individual, grupal e organizacional. A intervenção individual preconiza a promoção do *coping* individual e o estabelecer de objetivos de desempenho, apostando igualmente na educação e formação, implicando também estabelecer medidas como aumento das pausas, diminuição das horas extra, estabelecimento de prioridades e valorizar o papel da família (Nogueira, 2016). A intervenção grupal centra-se em fomentar o apoio social no trabalho, a partilha de emoções, promovendo o reforço positivo e o *feedback* (Nogueira, 2016). A intervenção organizacional envolve desenvolver 3 medidas principais, nomeadamente: programas de socialização antecipada, programas de desenvolvimento organizacional e programas de valorização e desenvolvimento profissional (Nogueira, 2016).

Enquanto líder, o Enfermeiro Especialista deve conhecer os riscos, identificar os sintomas e prevenir as consequências que advêm do *Burnout*, através da adoção das medidas descritas na evidência científica mais atualizada.

Esta análise permitiu-me de facto perceber o papel do enfermeiro especialista enquanto líder e gestor de equipas na minimização e intervenção no *Burnout*.

Bibliografia:

Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República nº35/2011 – II Série*.

Ordem dos Enfermeiros - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Simões, P. (2012) *Burnout dos enfermeiros nos serviços de saúde em Portugal Um estudo de caso na Saúde 24 Porto*. (Unpublished master's thesis). Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.

Nogueira, C. (2016) *Burnout nos Enfermeiros do Serviço de Urgência*. (Unpublished master's thesis). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.

3º Contexto – Neonatologia

(Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais – UCIN)

(19 de Novembro de 2018 a 19 de Dezembro de 2018)

8. Neonato em Situação Crítica

No decorrer do estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) fiquei responsável pela prestação de cuidados a uma Recém-Nascida (RN) de 28 semanas de Idade Corrigida (24 de Idade Gestacional), ventilada em Ventilação Não Invasiva (VNI), tendo ocorrido extubação acidental no dia anterior. No dia em que ocorreu a prestação de cuidados, a RN apresentava-se durante a manhã mais prostrada, com diminuição do débito urinário, com edema generalizado, tensão arterial tendencialmente mais baixa face aos seus valores habituais. Realizou expansão com Soro Fisiológico no período da manhã. A situação ocorreu no turno da tarde.

No turno da tarde ocorreu agravamento progressivo do estado de saúde da RN, com agravamento dos edemas (edema dos grandes lábios franco), diminuição da diurese para inferior a 1mL/Kg/hora, com hipotensão MAPS < 30mmHg, com períodos de apneia. Realizou nova expansão com soro fisiológico. Após vários alertas da equipa de enfermagem, acabou por ser entubada novamente sendo posteriormente ventilada invasivamente com melhoria do quadro. Iniciou igualmente antibioterapia.

O RN extremo prematuro compreende uma situação de especial complexidade, à qual o Enfermeiro Especialista deverá ter a competência de reconhecer “situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”.

A evidência científica mais atualizada reporta-se a várias áreas passíveis de avaliação pelo Enfermeiro, de tal modo que este possa identificar diagnósticos de enfermagem, planear e intervir, procurando atingir um resultado esperado, reavaliando e iniciando este processo de enfermagem em cada etapa de evolução

da transição saúde/doença (neste caso) no caso específico do neonato. O neonato em risco pode ser identificado através da avaliação das seguintes áreas (*American Academy of Pediatrics*, 2017):

- Sinais vitais
 - Frequência Cardíaca (Taquicardia ou Bradicardia)
 - Frequência Respiratória (Taquipneia, *Gasping*, Sinais de Dificuldade Respiratória, Apneia)
 - Tensão Arterial (Hipotensão, Aumento do Tempo de Repreenchimento Capilar ou pulsos fracos)
 - Temperatura (Alta, Baixa ou Instável)
- Cor
- Atividade
- Tolerância alimentar.

Atendendo a estas orientações de 2017 sobre avaliação e identificação de sinais de alerta para o recém-nascido doente, posso afirmar que a validar que a minha apreciação crítica do recém-nascido foi correta, tendo-se baseado nas competências adquiridas tanto em contexto profissional, como na evidência científica mais atualizada, pelo que atendi às competências do enfermeiro especialista em saúde da criança e do jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Bibliografia:

Ordem dos Enfermeiros (2010) *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

American Academy of Pediatrics (2017) *Perinatal Continuing Education Program – Neonatal Care – Book III*. 3rd Edition. Virginia: University of Virginia Patent Foundation

9. Chefe de Equipa - Enfermeiro Especialista e Competências de Gestão

Na UCIN onde decorreu o estágio, o Enfermeiro Especialista assume o papel de Chefe de Equipa, tanto da sala de cuidados intermédios, como da sala de cuidados intensivos. No decurso do estágio a equipa apresentava elementos em integração, elementos que tinham terminado a integração há menos de 6 meses e elementos considerados intermédios pelo serviço (com tempo profissional na UCIN de 2 a 3 anos).

A minha orientadora assumiu a chefia de equipa de um dos turnos que realizamos durante o estágio, e tornou-se uma excelente oportunidade de análise das competências do Enfermeiro Especialista, nomeadamente as relacionadas com o domínio da Gestão.

“C1.1 – Otimiza o Processo de Cuidados ao Nível da Tomada de Decisão”

Enquanto elemento de referência a Enfermeira X disponibilizou-se enquanto assessora dos elementos da equipa, colaborando na tomada de decisão quando necessário, e intervindo na equipa quando uma prática podia ser melhorada atendendo à evidência científica mais atualizada. Um exemplo prático desta última intervenção, prendeu-se com a partilha com equipa de uma nova forma de colocar o gorro para fixação das traqueias do ventilador, por forma a minimizar a pressão, minimizando assim o Risco de Úlcera por Pressão.

“C1.2 - Orienta e Supervisiona as Tarefas Delegadas, Garantindo a Segurança e a Qualidade” e “C2.1 – Otimiza o Trabalho da Equipa adequando os Recursos às Necessidades de Cuidados”

Enquanto chefe de equipa foi realizada a distribuição dos enfermeiros presentes no turno pelas duas salas, e no caso particular da sala de cuidados intensivos, por cada

criança, atendendo às necessidades de desenvolvimento de competências de cada elemento. Concretizando, a Enfermeira X optou pela colocação do elemento mais novo no serviço na sala de cuidados intermédios para aquisição de competências de gestão de tempo e de cuidados a 4 crianças, ficando a Enfermeira X apenas com um RN de modo a providenciar apoio na sala de intermédios, bem como aos restantes elementos. Foi realizado o registo da distribuição em livro próprio da unidade.

Além da gestão da equipa, a Enfermeira X dedicou-se igualmente à validação do *stock* da farmácia (medicação para 6º, sábado e domingo) realizando a sua distribuição pelas gavetas unidose de cada neonato. Foi-me demonstrado como era realizado o pedido de material para a farmácia / armazém.

Esta análise permitiu-me uma vez mais reforçar a identificação das competências comuns do Enfermeiro Especialista na prática de cuidados.

Bibliografia:

Regulamento nº122/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República nº35/2011 – II Série.*

Ordem dos Enfermeiros - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

10. Consulta de Desenvolvimento

No decorrer do Estágio, em interação com a equipa multidisciplinar, surgiu a oportunidade de observar uma consulta de desenvolvimento / seguimento da criança nascida prematura, com complicações decorrentes do seu período neonatal.

Foi possível estar presente numa consulta a uma criança de 13 meses (10 de Idade Corrigida), nascida às 24 semanas de Idade Gestacional, com complicações no período neonatal, nomeadamente Hemorragia Intraventricular, Enterocolite Necrotizante (NEC), Retinopatia da Prematuridade, Hipotiroidismo, resultando igualmente uma hemiparesia à direita com consequências no seu desenvolvimento.

O Enfermeiro Especialista deve responder “eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude”, através da promoção do crescimento e do desenvolvimento infantil, bem como através da promoção da vinculação do RN doente ou com necessidades especiais (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Atendendo às competências do Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Adolescente (Ordem dos Enfermeiros, 2010), fez-me todo o sentido observar a particularidade da abordagem na avaliação do desenvolvimento à criança com necessidades especiais.

Na consulta foi operacionalizada a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan (Direção Geral da Saúde, 2013), observando os vários testes recomendados, de acordo com a Idade Corrigida da criança, nomeadamente as tarefas expectáveis aos 9 meses, e de acordo com as limitações do desenvolvimento de acordo com a hemiparesia à direita. Em todos os momentos foi feito um reforço positivo das competências adquiridas, com foco no já conquistado e no potencial de desenvolvimento da criança. Foram elencados os recursos da comunidade aos quais os pais já recorriam (fisioterapia, terapia ocupacional) e o impacto positivo do treino

e da estimulação na aquisição de competências. Foram também tidos em conta os cuidados antecipatórios relativos à competência de se colocar em pé e andar (pela ligeira espasticidade do membro inferior direito e possibilidade de interferência) e possibilidade de não conseguir gatinhar por miastenia do membro superior direito.

Em todos os momentos foi reforçado o papel dos pais, os ganhos relativos igualmente aos seus esforços, bem como pela relação estabelecida.

A consulta durou cerca de 1 hora e meia, onde se inclui também o tempo atribuído ao esclarecimento de dúvidas adicionais dos pais.

A observação desta consulta ajudou-me uma vez mais na identificação das competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, bem como na promoção da vinculação / parentalidade do neonato / criança doente ou com necessidades especiais, de acordo com a sua complexidade e em conformidade com as *guidelines* nacionais mais atualizadas.

Bibliografia:

Direção Geral da Saúde (2013) Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. DGS: Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2010) *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

**APÊNDICE V – Diário de Bordo do Estágio
“A Saúde da Criança e Família – Vigilância e
Decisão Clínica”**

Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil e Pediatria
Unidade Curricular “A Saúde da Criança e Família – Vigilância e Decisão Clínica”

Diário de Bordo – Estágio USF

Enfermeiro Luís Miguel Francisco, 85117

No âmbito do Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, nomeadamente, no decurso da Unidade Curricular “A Saúde da Criança e Família – Vigilância e Decisão Clínica”, encontro-me atualmente a realizar um Estágio na USF. Foi proposto a cada estudante a realização de um projeto de estágio, do qual surgiu a necessidade da criação de um diário de bordo relativo à coletânea de experiências significativas para o percurso de formação enquanto futuro Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, no desenvolvimento e aquisição das competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (2010, 2011).

Este diário de bordo pretende ser uma ferramenta dinâmica, fonte de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, onde pretendo desenvolver a reflexão crítica (através da metodologia do ciclo de Gibbs), mobilizar evidência científica atualizada e articular os momentos de aprendizagem com a temática transversal ao Mestrado, nomeadamente a Regulação Emocional e as Intervenções Autónomas do Enfermeiro, descrito no Projeto de Estágio.

Partindo de situações da prática, com as quais me deparo na consulta de Saúde Infantil, pretendo trabalhá-las baseando-me na tríade de atuação: criança, pais, enfermeiro. Cada situação prevê a mobilização de uma entrevista semi-estruturada ao enfermeiro que esteja presente na situação, bem como a minha própria reflexão crítica, baseado na problemática da regulação emocional.

Ao longo das situações descritas pretendo mobilizar a taxonomia CIPE, como referencial para a construção do processo de enfermagem, mobilizando

concomitantemente os referenciais teóricos de enfermagem necessários a dar resposta a cada situação.

Pretendo igualmente com cada situação analisada identificar as competências, bem como os padrões de qualidade mobilizados, por forma a dar resposta à situação e evidenciar a aquisição das mesmas.

Situação 1: O Recém-Nascido Prematuro

No decurso do Estágio tive a oportunidade de poder assistir a consultas de Saúde Infantil e Juvenil (SIP), baseadas no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013). Na primeira semana de estágio, nomeadamente no primeiro dia em que assisti a uma consulta SIP, pude acompanhar a enfermeira R na 1ª consulta ao Recém-Nascido (RN), nomeadamente, a consulta à RN X.

A RN X nasceu no Hospital Y às 33 semanas de gestação por pré-eclâmpsia com baixos movimentos fetais, tendo ficado internada no serviço de neonatologia até às 36 semanas de idade corrigida, tendo tido alta para o domicílio. Após a alta, os pais trazem-na à consulta de enfermagem para vigilância de saúde, vacinação e esclarecimento de dúvidas.

A consulta decorreu na USF, nomeadamente no gabinete de saúde infantil. É importante referir que a USF se encontra atualmente em obras em simultâneo com o decurso das consultas, havendo bastante ruído, por vezes pó, bem como odores desagradáveis. O gabinete de saúde infantil é composto por uma marquesa de observação, 2 balanças (uma pediátrica e uma de adulto), craveira, régua de medição de altura, caixa de brinquedos, quadro de desenho, 2 armários, uma secretária e cadeiras para o profissional e pais / criança. Apresenta iluminação natural através de uma janela opaca (que garante a privacidade).

A Enfermeira R integrou a USF em Janeiro, trabalhou previamente com adultos, e foi a primeira vez que estava de forma autónoma na consulta de enfermagem SIP. Foi também a sua primeira consulta de enfermagem ao RN prematuro. A Enfermeira R encontrava-se fardada com uma túnica branca, e eu com um guarda pó.

A Enfermeira R foi ao corredor e chamou os pais, que se dirigiram ao gabinete, entrando no mesmo e posteriormente entramos eu e a enfermeira R. Os pais sentaram-se nas cadeiras, a mãe tirou a RN X da cadeira de transporte e permaneceu com ela ao colo. Pedimos o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil de modo

a conseguirmos consultar os dados relativos à nascença (Índice de Apgar, Idade Gestacional, Rastreios realizados, período neonatal, evolução no internamento), bem como o Boletim de Vacinas (Vacina Anti-Hepatite B).

Pedi permissão aos pais e à Enfermeira R para iniciar a consulta de enfermagem, tendo iniciado por, em colaboração com a mãe, despido a RN (o gabinete apresentava uma temperatura agradável e a janela encontrava-se fechada), tendo posteriormente avaliado o comprimento, o peso e o perímetro cefálico. De seguida avaliei os reflexos primitivos, bem como a atividade, pele e mucosas, fontanela, abdómen.

A RN apresentava o abdómen tenso, distendido, não depressível, aparentemente doloroso (Score 5 na Escala NIPS). Questionei a mãe acerca da alimentação, história anterior de distensão abdominal e padrão intestinal. Do que apurei a recém-nascido estava a cumprir aleitamento materno exclusivo, não evacuava há mais de 24 horas e tinha história anterior de distensão abdominal anterior. Os pais referiram igualmente dificuldade na massagem abdominal, tendo manifestado vontade em rever procedimento / aprender mais formas de apoio.

Com base nesta avaliação identifiquei como principais diagnósticos de enfermagem:

- Dor Abdominal no Recém-Nascido, Atual
 - Relacionada com Distensão Abdominal e manifestada por agitação dos membros, esgar de dor e choro difícil de consolar.
- Capacidade para Aprender Técnica de Massagem Abdominal por parte do Cuidador (Pais), Potencial
- Papel Parental, Comprometido
- Conforto, comprometido

Nesta avaliação surgem 2 conceitos que me parecem fundamentais, o conceito de Conforto de Kolcaba e o conceito de Promoção da Saúde de Nola Pender (Tomey, M.A. & Alligood, M.R., 2004).

Procedi à massagem abdominal e estimulação com cânula de *bebegel*, tendo promovido a educação para a saúde através do ensino e instrução destas técnicas, tendo promovido como estratégia não farmacológica de controlo da dor a sucção não nutritiva, a proximidade da mãe (odor, voz e toque) e através do procedimento de contenção do RN com fralda de pano. Em simultâneo foi chama a médica de família R para observar a RN uma vez que se encontrava já despida, minimizando o número de manipulações, e para observação do abdómen para despiste de complicações.

De seguida, após validação com a avaliação do peso de que a RN tinha peso superior a 2000gramas, foi explicado aos pais que a RN apresentava critérios para administração da vacina anti-hepatite B, que anteriormente não tinha sido administrada por não ter critério (peso). Foi explicado o procedimento aos pais e sugerido que a RN estive ao colo da mãe, adaptada à mama enquanto fosse administrada vacina como estratégias não farmacológica de controlo da dor, tendo sido consentido, tal como preconizado na lei do consentimento informado. O procedimento decorreu sem intercorrências, com manifestação de dor durante 5 segundos, tendo ficado rapidamente serena quando adaptada à mama.

Durante o procedimento da administração de vacina e durante a amamentação foi reforçada a importância de olhar a RN nos olhos, de falar com a ela, tendo sido deste modo promovida a vinculação, tendo por base o diagnóstico de enfermagem:

- Vinculação, Bem Estabelecida

Durante todo o contacto a enfermeira R foi questionando-me sobre os cuidados de enfermagem que estavam a ser prestados, colocando-me dúvidas que fui esclarecendo.

Os pais saíram da consulta aparentemente contentes, agradecendo o trabalho de enfermagem. A RN ficou aparentemente tranquila, consolada, calma, com o abdómen ainda distendido mas mole e indolor à palpação.

A enfermeira R agradeceu a minha colaboração, tendo expressado que de facto não é uma área onde se sinta confortável. Deste contacto, e tendo em conta outros contactos ao longo da primeira semana, pude perceber que a USF apresenta necessidade de formação acerca da vigilância de saúde do recém-nascido prematuro / criança ex-prematura.

A minha primeira consulta de saúde infantil na USF. E que consulta. Tendo rescindindo contrato com a unidade de neonatologia, e encontrando-me agora em integração numa unidade de cuidados intensivos pediátricos (no meu contexto profissional), voltar a encontrar-me com uma RN prematura acordou uma imensa saudade, gosto e carinho. A possibilidade de interagir com os pais e com a RN permitiu-me não só recordar os bons velhos tempos em que trabalhei na neonatologia, mas também mobilizar conhecimento e competências adquiridas no decurso deste Mestrado de Especialização. Simultaneamente, senti-me nervoso e ansioso por ser a primeira consulta na USF, uma vez que estava em colaboração com a enf.^a R pela 1^a vez, não conhecendo a sua metodologia, ou que espaço poderia eu ter na consulta para atuar.

Foi importante para mim o facto de a enf.^a R me ter dado espaço de intervenção durante este contacto. Consegui identificar que a enf.^a R se encontrava francamente nervosa com a situação, tendo-se socorrido da minha experiência profissional.

Na interação com a família senti-me seguro, tranquilo, calmo. Mantive um tom de voz calmo, tranquilo, repetindo todas as vezes necessárias para que os pais compreendessem a informação que lhes estava a ser transmitida. Mantive um cuidado constante relativamente ao modo como trocava olhares com a enf.^a R. bem como a informação que lhe transmitia, com o objetivo de não alertar os pais, ao usar termos científicos com os quais não tivessem familiarizados.

Na prestação de cuidados à RN, quando operacionalizei as intervenções de enfermagem planeadas, tendo por base os diagnósticos de enfermagem identificados, senti-me calmo, confiante, sentindo um enorme carinho por aquela RN, com um balanço final francamente positivo.

Diogo (2012) reporta-se, na sua Teoria sobre o Trabalho com as Emoções em Pediatria, à importância de nutrir os cuidados com afeto, uma vez que o gostar muito de crianças, considerando-as em simultânea como se fossem sejam o seu próprio filho, bem como o modo afetivo de ser do enfermeiro (entre outros fatores) tem impacto positivo fazendo o cliente de enfermagem sentir-se amado, considerado, sentindo confiança e segurança nos cuidados. Neste contexto, baseando-me nas ações preconizadas por Diogo (2012), consigo identificar que tive presente: sorriso, voz embalada e suave, frases carinhosas, colo e toques suaves para com a RN, ocorrendo de modo espontâneo.

De facto, de um ponto de vista pessoal, desde cedo comecei, na casa da minha avó materna, a tomar conta primeiramente da minha prima mais nova, seguindo-se o meu primo, e posteriormente o meu irmão. O cuidar, o estar, naquela altura chamado “tens de tomar conta de”, levou-me a desenvolver alguma sensibilidade para com os mais novos, e fez-me desenvolver competências no cuidar, que de um modo profissional, baseado em evidência científica, e fortemente marcada também pela experiência e prática, se revela atualmente como um cuidar de enfermagem dotado de uma dádiva de afeto (Diogo, 2012).

A evidência aponta também as técnicas que utilizei no alívio das cólicas, de forma a promover o conforto como as melhores práticas (Kaur, R. et al, 2014, Goldman, M. & Beaumont, T., 2017; Saeidi, R. et al, 2014; Nahidi, F. et al, 2017).

Três semanas após a intervenção, quando houve disponibilidade da enfermeira para me receber, realizei uma breve entrevista informal, onde procurei saber como se sentiu, como geriu as suas emoções, e como a minha presença e apoio foram úteis neste processo.

Situação 2: A Família e a Criança com Diabetes Tipo I Inaugural

A USF foi contactada pela mãe de uma criança inscrita, procurando apoio pós alto do hospital em relação à filha de 6 anos que desenvolveu uma diabetes inaugural Tipo I. Questionei a Enf.^a R se poderia estar presente na consulta, e obtive resposta positiva. No dia marcado, a enf.^a R iniciou a consulta de enfermagem sem mim, uma vez que não me encontrou. Quando entrei, a enf.^a R tinha já pedido autorização à mãe para a minha presença, tendo-me apresentado igualmente quando entrei.

A consulta decorreu no consultório de enfermagem, encontrando-se o mesmo limpo, iluminado, organizado. A enf.^a R encontrava-se sentada em frente à mãe e à criança, e eu tomei a cadeira ao lado da enf.^a R. A consulta já estava numa última fase, estando a ser abordada a ligação da Saúde Escolar com a escola, bem como a transição atual da criança novamente para o contexto escola e retorno da mãe ao trabalho. Podemos dizer, segundo o quadro referencial de Afaf Meleis (Tomey & Alligood, 2004) que estamos perante uma transição de saúde/doença, situacional e organizacional.

Questionei a mãe como se estava a sentir sobre esta transição e a mesma referiu que estava muito preocupada por não saber como iria correr, mas que sabia que a madrinha da criança trabalhava perto da escola e se houvesse algum acidente poderia chegar lá rapidamente. Importa referir que o trabalho da mãe é a mais de 30 minutos de distância, em transportes.

De facto, a situação alertou-me para várias emoções, nomeadamente, um sentimento de empatia para com a situação, uma vez que também eu sou portador de uma doença crónica, nomeadamente a asma. Por outro lado, mobilizei os conhecimentos que tinha acerca do funcionamento da APDP (iriam ter consulta na semana seguinte), fazendo uma breve preparação acerca do percurso e experiência, o que me reconfortou e deixou confiante.

A enf^a R manteve-se sempre calma, falando pausada e claramente. De facto, senti imensa segurança ao estar na sua presença.

De modo a entender como se sentiu a enf.^a R nesta situação, e como operacionalizou os seus conhecimentos para fazer a gestão emocional da mãe, realizei uma entrevista.

Segundo Diogo (2012) o ambiente, a comunicação, a forma como se dirige aos pais / criança tem impacto positivo na forma com este gere um ambiente de afeto que propicia ganhos na relação terapêutica.

A situação levantou-me igualmente 2 alertas, nomeadamente, a situação atual de transição, mas também no impacto a médio prazo no projeto de vida da criança e de que forma o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria pode ser um importante membro da equipa na otimização da situação de saúde da mesma, orientado e antecipando os principais problemas, tais como na adolescência e abstinência do regime terapêutica (Hockenberry & Wilson, 2014).

A literatura atual alerta-nos para o facto de que os pais de crianças com diabetes mellitus tipo I estão sujeitos a maiores risco de ocorrência de distress, decorrentes do facto de ser uma doença crónica complexa e com tratamento ao longo da vida (Gampelaere et al, 2017). Os principais distúrbios apontados são: alterações alimentares, ansiedade, depressão e reações de stress (Gampelaere et al, 2017). Também as crianças em desenvolvimento beneficiam de ambientes relacionais calmos, aconchegantes, onde possam desenvolver competências auto-regulatórias com ganhos positivos no futuro (Berg et al, 2017). Quando a criança se encontra em fase de transição com uma doença crónica em causa, este equilíbrio é posto em causa, sugerindo as autoras a utilização da parentalidade positiva de forma a promover na criança competências auto-regulatórias (regulação emocional, cognitiva e comportamental) (Berg et al, 2017).

Lopes et Al (2010) citando o Council of Europe (2008), define o conceito de parentalidade positiva como:

“(...) promoção do desenvolvimento de relacionamento positivo e otimização do potencial desenvolvimento das crianças ou também como parentalidade no melhor interesse da criança. Tem como princípios básicos o reconhecimento das crianças e dos pais como titulares de direitos e sujeitos a obrigações, com um potencial natural e pluralista e parceiros essenciais na otimização do potencial de desenvolvimento das crianças” (p.110)

Nesta situação de particular stress, que promove consequências a nível das competências parentais, tendo implicações no desenvolvimento da criança (Berg et al 2017, Saudade et al, 2010), torna-se fundamental trabalhar-mos junto com a mãe e criança na otimização das suas estratégias.

De facto consegui mobilizar todas as competências da categoria major “E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança / jovem”, bem como a todas as competências da categoria “E2.5 Promove a adaptação da criança / jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência / incapacidade” relativas ao Perfil de Competência dos Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria.

Situação 3: Consulta dos 8 Anos de Idade... Mas!

Tive oportunidade de acompanhar a Enfermeira S. na consulta a um menino de 8 anos, que se dirigiu à USF na companhia da sua avó. Durante a consulta que decorreu no gabinete de saúde infantil, com muitos objetos espalhados e menor luz natural do que os restantes. Foram abordados os tópicos previstos pelo Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil para a idade-chave dos 8 anos (2013). Durante a consulta o menino focou muito frequentemente o seu discurso na ciência, que gostava de construir um foguetão de brincar, usando palavras caras no seu vocabulário. Em simultâneo referiu, aquando de abordamos a questão da escola e amizades, que frequentemente ficava sozinho no quarto, bem como que tinha apenas um amigo (que não se recordava o nome). Relativamente a ficar sozinho no quarto, quando questionado referia que preferia ficar sozinho, porque ficava muito zangado, e que lhe custava muito a adormecer porque não conseguia parar de pensar sobre os brinquedos como o telescópio, uma nave espacial, sempre reportando-se à ciência. Fomos abordando a questão e conseguimos perceber que o pai estaria em África a trabalhar, e que ele mora em Portugal com a avó, mãe e irmãos. Quando abordada a questão do pai, ficou extremamente sudorético, com discurso rápido por vezes desarticulado. Em todos os momentos a avó quase não interagiu na consulta, rindo-se por períodos.

Consigo e conseguimos pensar em alguns pontos importantes e que poderiam fazer algum diagnóstico de modo a conseguirmos encaminhar caso fosse necessário, lembrando-nos as perturbações do espectro do autismo, ou algo mais simples mas igualmente complexo, nomeadamente a ausência da figura parental. Nesta sessão, não foi possível investigar a fundo as questões pelo grau de ansiedade e visível desconforto na linguagem não verbal do menino. Contudo, contactamos a equipa médica (que iria dar a consulta imediatamente a seguir à consulta de enfermagem) para tentar também recolher alguns dados relativos à situação.

Durante toda a situação senti-me francamente receoso pois percebi que o menino estava em stress, e eu tinha pelo das questões que lhe faria e o impacto que teria, contudo, em simultâneo queria colocar as questões de modo a conseguir identificar o problema central e apoiá-lo através dos cuidados de enfermagem, de modo a melhorar a sua situação. Em simultâneo, o facto de ter trabalhado em contexto de Saúde Mental permitiu-me ter um olhar crítico, analisando os pequenos detalhes que iam surgindo na linguagem corporal e conseguindo acautelar-me dessa forma na forma como o abordava.

Abordei a enfermeira S no final da consulta, e acabamos por refletir em conjunto sobre a melhor forma de atuação, e chegamos em conjunto à conclusão de que precisaríamos de mais consultas de enfermagem e deveríamos marcar outra antes dos 9 anos, na tentativa de abrir portas de comunicação através do desenvolvimento da confiança por parte do menino, bem como da familiarização, uma vez que a sua enfermeira de família é a enfermeira S.

Nesta situação operacionalizei o conjunto de competências relativas à categoria: “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura”, bem como, “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança / jovem”, uma vez que tivemos em foco procurar assistência de outros profissionais, bem como detetamos, mesmo sem conclusões, que a criança está sobre processos de transição de variada ordem, que têm impacto na sua qualidade de vida, identificando a necessidade de continuarmos a recolha de dados de forma a percebermos que instrumentos teremos de utilizar em seguida.

Situação 4: O Cuidado Emocional

Na consulta de saúde infantil com a Enfermeira N tive oportunidade de acompanhar a consulta de vigilância de uma recém-nascida (RN) de 15 dias. Nesta consulta abordamos os temas propostos pelo Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil adequados à idade. A consulta decorreu no consultório de saúde infantil com luminosidade natural reduzida, janela fechada (para conservar a temperatura do espaço durante a manipulação), com brinquedos e um quadro de desenho (muito riscado e com folhas rasgadas).

Durante a consulta, a RN apresentava episódios de cólicas, com choro, FLACC Score 5, abdómen tenso, distendido e doloroso à palpação. Durante a observação física acabei por pedir autorização para a realização e ensino da massagem abdominal, tendo obtido a mesma. Realizei a massagem abdominal e tive necessidade de realizar sonda de gases para alívio de flatos e com igual efeito para fezes. Coloquei-a em decúbito ventral suspensa sobre o meu braço e realizei um pouco de baloiço. O conjunto de técnicas, referidas anteriormente neste diário de bordo, foram eficazes.

Quando a RN evacuou com eficácia e com aparente alívio e conforto, a mãe começou a chorar. Questionei acerca do porquê de estar a chorar, tendo-me respondido que estava muito feliz, porque há já alguns dias que não via a RN tão confortável e a evacuar com tanta facilidade.

Deparando-me com este momento em particular, acabei por me sentir surpreso, uma vez que sendo para mim um procedimento natural e regular na minha própria prática profissional quando trabalhei em neonatologia, não atribuí significado particular, contudo, para a mãe aquela intervenção teve um impacto importante, que lhe suscitou emoções como a felicidade, calma, paz (referidos por ela).

Esta situação ajudou-me a refletir sobre a competência do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria: “E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com

necessidades especiais”, uma vez que mobilizei competências do recém-nascido (nomeadamente a preferência pela contenção como forma autorreguladora, a massagem abdominal para alívio das cólicas) para promover um comportamento interativo entre mãe e filho, e geri o processo de resposta à criança, no que concerne à gestão emocional da mãe face às necessidades do RN. Também promovi a vinculação através da amamentação, negociando a participação do pai e irmãos mais velhos (com cerca de 10 anos de diferença) na gestão da dinâmica familiar.

Referências Bibliográficas (APA, 6ª Edição)

- Berg, C., Butner, J., Wiebe, D., Lansing, A., Osborn, P., King, P., Palmer, D & Butler, J. (2017). Developmental model of parent-child coordination for self-regulation across childhood and into emerging adulthood: Type 1 diabetes management as an exemple. *Developmental Review*. 46. 1-26.
- Gampelaerea, C., Vervoorta, T., Luyckxb, k. Paepea, A., Aken, S. & Goubert, L. (2017) Maternal distress in the context of their child's type 1 diabetes: exploring the role of adaptive maternal emotion regulation on child outcomes. *Psychology, Health & Medicine*.bo. 1-11
- Goldman, M., Beaumont, T. (2017) A real world evaluation of a treatment for infant colic based on the experience and perceptions of 4004 parents. *British Journal of Nursing*. 26(5). S3-S10.
- Kaur, R.; Bharti, B. & Saini, S.K. (2014) A randomized controlled trial of burping for the prevention of colic and regurgitation in healthy infants. *Child: care, health and development*. 41(1). 52-56.
- Lopes, M., Catarin, H., Dixe, M. (2010) Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. *Referência*. 3(1). 109-118.
- Nahidi, F.; Gazerani N.; Yousefi, P. & Reza Abadi, A.R. (2017) The Comparison of the Effects of Massaging and Rocking on Infantile Colic. *Iranian Neonatology Journal*. 22(1). 67-71.
- Ordem dos Enfermeiros (2010) *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011) *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Saeidi, R.; Abadi, M.Z.L.; Saeidi, A. & Robatsangi, M.G. (2014) The Effectiveness of Mother Infant Interaction on infantile colic. *Iranian Neonatology Journal*. 5(1). 34-38.

Tomey, M.A., Alligood, M.R. (2004) *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. Lusodidacta: Loures.

**APÊNDICE VI – Sessão de Educação para a
Saúde no Curso de Preparação para a
Parentalidade**

*Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil
e Pediatria*

Estágio na Comunidade - USF

Projeto da Sessão – “Cuidados ao Recém-Nascido”

Mestrando: Enfermeiro Luís Miguel Francisco

Docente Orientador: Professora Margarida Lourenço

Enfermeira Orientadora: Enfermeira P.

Lisboa, 28 de Maio de 2018

INTRODUÇÃO

No Âmbito do Estágio na USF foi-me lançado o desafio de realizar como formador a sessão acerca do tema: “Cuidados ao Recém-Nascido”. Foi-me entregue o plano de conteúdos para a sessão através do qual desenvolvi a pesquisa em bases de dados, livros e documentos oficiais.

OBJETIVOS DA SESSÃO

- Identificar as características do Recém-Nascido
- Identificar os cuidados ao Recém-Nascido
- Aprender / Treinar técnica de desengasamento
- Reconhecer as etapas burocráticas a realizar após a alta

METODOLOGIA

Foi realiza uma revisão simples nas bases de dados eletrónicas e livros sobre enfermagem em pediatria ou enfermagem neonatal.

Foi realizado a síntese dos resultados em artigo científico e em powerpoint.

PLANO DA SESSÃO

- **Público-Alvo:** Pais e Mães do Curso de Preparação para o Parto
- **Duração Máxima:** 2 horas com discussão
- **Recursos Necessários:**
 - Humanos: Enfermeiro Luís e Enfermeira Orientadora
 - Materiais: Computador, diapositivos, sala, cadeiras
- **Sumário:**
 - Características do Recém-Nascido
 - Cuidados ao Recém-Nascido

- Nasceu... E agora?
- Segurança Infantil
- Sinais de Alerta
- **Método:**
 - Expositivo
 - Interativo – Treinar banho e manobra de desengastamento.

DIAPOSITIVOS

CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

3º Curso de Preparação para a Parentalidade

Cuidados ao Recém-Nascido

Elaborado por:
Enfermeiro Luís Miguel Francisco,

Sob Supervisão de:
Enfermeira Paula Vitorino, USF

28 de Maio de 2018

Sumário

- Características do Recém-Nascido
- Cuidados ao Recém-Nascido
- Nasceu... E agora?
- Segurança Infantil
- Sinais de Alerta

Características do Recém-Nascido



Fonte: <https://www.vix.com/pt/bdm/bebe/recem-nascido-pode-ter-corrimento-menstruar-e-mais-9-coisas-que-voce-nunca-soube>

3

Características do Recém-Nascido

Nascimento

- Avaliação Inicial - Índice de Apgar
 - 1º minuto | 5º minuto | 10º minuto

TESTE DE APGAR	Pontuação 0	Pontuação 1	Pontuação 2
Cor da Pele			
Frequência Cardíaca (FC)	 0	 <100	 >100
Irritabilidade Reflexa	 AUSENTE	 ALGUMA REAÇÃO	 ESPIRROS
Tônus Muscular	 FLACIDO TOTAL	 ALGUMA FLEXÃO EXTREMIDADE	 BOA MOVIMENTAÇÃO
Respiração	 AUSENTE	 IRREGULAR	 REGULAR

Fonte: <https://www.enfconursos.com/blog/comentario-questao-do-dia-neonatal-20-03-17>

4

Hockenberry & Wilson (2014); Lowdermilk & Perry (2006)

Nascimento

- Cuidados Imediatos ao Recém-Nascido
 - Aspiração
 - Limpeza
 - Medidas Antropométricas
 - Vitamina K
- Vinculação Precoce



Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=z-qX-dLXg0Q>

Hockenberry & Wilson (2014) ; Lowdermilk & Perry (2006)

Nascimento

- Períodos de Reatividade
- Recuperação nos 2 a 3 dias seguintes



Fonte: <http://www.maetipoeu.com.br/dicas/importancia-da-rotina-na-vida-de-uma-crianca/attachment/dormindo/>

Hockenberry & Wilson (2014), Lowdermilk & Perry (2006)

Neonatologia

Características do Recém-Nascido



Fonte: <http://foxcursosconcursos-es.com.br/course/pos-graduacao/a-theory-of-justice/>

Causas de Internamento Frequentes

- Hipoglicemia
- Risco Infecioso
- Complicações Parto
- Dificuldade Respiratória Transitória

Hockenberry & Wilson (2014), SPP (2012), Meeks, Hallsworth, Yeo (2010), Lowdermilk & Perry (2006), Kenner (2000),

Neonatologia

Características do Recém-Nascido



Fonte: <http://foxcursosconcursos-es.com.br/course/pos-graduacao/a-theory-of-justice/>

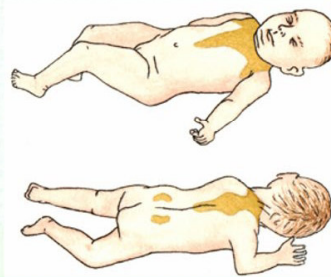
Causas de Internamento Frequentes

- Hipoglicemia
- Risco
- Complicações Parto
- Dificuldade Respiratória Transitória
- Prematuridade

Hockenberry & Wilson (2014), SPP (2012), Meeks, Hallsworth, Yeo (2010), Lowdermilk & Perry (2006), Kenner (2000),

Características Fisiológicas

- Sinais Vitais
 - Respiração
 - Batimento Cardíaco
 - Temperatura
 - Papel da Gordura Castanha
 - Adequar roupa



Fonte: <https://www.musculacao.net/celulas-adiposas-castanhas-vs-celulas-adiposas-brancas/>

Hockenberry & Wilson (2014), SPP (2012), Meeks, Hallsworth, Yeo (2010), Lowdermilk & Perry (2006), Kenner (2000),

Pele do Recém-Nascido

- Vermelha
- Almofadada
- Descamativa | Seca
- Mais Clara



Fonte: <http://www.guiadobebe.com.br/pele-saudavel/>

Hockenberry & Wilson (2014), SPP (2012), Meeks, Hallsworth, Yeo (2010), Lowdermilk & Perry (2006), Kenner (2000),

Pele do Recém-Nascido

- **Lanugo**
- Vértex Caseoso
- Mília
- Eritema Tóxico
- Mancha Mongólica
- Icterícia



Fonte: <https://www.xix.com/pt/maes-e-bebes/550015/pelinhos-grossos-que-existem-nos-bracinhos-do-recem-nascido-tem-funcao-especial>

11

Hockenberry & Wilson (2014), SPP (2012), Meeks, Hallsworth, Yeo (2010), Lowdermilk & Perry (2006), Kenner (2000),

Pele do Recém-Nascido

- Lanugo
- **Vértex Caseoso**
- Mília
- Eritema Tóxico
- Mancha Mongólica
- Icterícia



Fonte: <http://maequama.com.br/o-que-e-vernix-caseosa-e-para-que-ele-seve/>

12

Hockenberry & Wilson (2014), SPP (2012), Meeks, Hallsworth, Yeo (2010), Lowdermilk & Perry (2006), Kenner (2000),

Pele do Recém-Nascido

- Lanugo
- Vérnix Caseoso
- **Mília**
- Eritema Tóxico
- Mancha Mongólica
- Icterícia



Fonte: <http://esteticaintegralil.blogspot.pt/2014/03/milium-ou-milia.html>

Hockenberry & Wilson (2014), SPP (2012), Meeks, Hallsworth, Yeo (2010), Lowdermilk & Perry (2006), Kenner (2000),

Pele do Recém-Nascido

- Lanugo
- Vérnix Caseoso
- Mília
- **Eritema Tóxico**
- Mancha Mongólica
- Icterícia



Fonte: <https://www.pinterest.pt/pin/327425835391930003/>

Hockenberry & Wilson (2014), SPP (2012), Meeks, Hallsworth, Yeo (2010), Lowdermilk & Perry (2006), Kenner (2000),

Características do Recém-Nascido

Pele do Recém-Nascido

- Lanugo
- Vértex Caseoso
- Mília
- Eritema Tóxico
- **Mancha Mongólica**
- Icterícia



Fonte: <https://alomaeprefeitura.sp.gov.br/mancha-mongolica-mancha-no-bumbum-do-bebe/>

Hockenberry & Wilson (2014), SPP (2012), Meeks, Hallsworth, Yeo (2010), Lowdermilk & Perry (2006), Kenner (2000),

Características do Recém-Nascido

Pele do Recém-Nascido

- Lanugo
- Vértex Caseoso
- Mília
- Eritema Tóxico
- Mancha Mongólica
- **Icterícia**



Fonte: <http://www.sonoticiaboa.com.br/2016/11/16/santa-casa-faz-exame-de-ictericia-sem-picar-recem-nascidos/>

Hockenberry & Wilson (2014), SPP (2012), Meeks, Hallsworth, Yeo (2010), Lowdermilk & Perry (2006), Kenner (2000),

Características do Recém-Nascido

Alimentação

- Aleitamento Materno
- Aleitamento Artificial
- Aleitamento Misto



Fonte:
<http://ligapedneo.blogspot.pt/2010/01/aleitamento-materno-em-unidade-de-9951.html>

Hockenberry & Wilson (2014), SPP (2012), Meeks, Hallsworth, Yeo (2010), Lowdermilk & Perry (2006), Kenner (2000),

Características do Recém-Nascido

Eliminação

- Urina | Todas as Fraldas
- Fezes
 - Mecônio | LM - 2 a 3x dia
 - Transição | LA - Diário, 2/2 dias.
 - Fezes de Leite
- Fralda | Tamanho | Ajustada | Tempo de Troca



Fonte:
<http://www.projetomestrecuca.com.br/mamae-bebe/comparativo-de-fraldas-n/>

Hockenberry & Wilson (2014), Meeks, Hallsworth, Yeo (2010), Lowdermilk & Perry (2006), Kenner (2000)

Características do Recém-Nascido

Cólicas

• **Definição:** *“Episódios de choro excessivo e persistente, sem razão médica aparente”*

• **Causas**

- Fisiológica ou Orgânica
- Imaturidade Gástrica
- Não-Fisiológica ou Comportamental
- Relacional



Fonte: <https://fortissima.com.br/2014/07/18/cuide-de-seu-bebe-veja-como-enfrentar-colicas-em-recem-nascidos-14636411/>

Hockenberry & Wilson (2014); Cowie, J. (2013); Goldman, M., Beaumont, T. (2017); Saeidi, R.; Abadi, M.Z.L.; Saeidi, A. & Robatsangi, M.G. (2014)

Características do Recém-Nascido

Cólicas

• **Intervenção**

- Terapêutica
- Técnica de Alimentação
- Musicoterapia
- Banho Morno
- Massagem
- Método Canguru
- Embalar



Fonte: <https://fortissima.com.br/2014/07/18/cuide-de-seu-bebe-veja-como-enfrentar-colicas-em-recem-nascidos-14636411/>

Hockenberry & Wilson (2014); Cowie, J. (2013) ; Goldman, M., Beaumont, T. (2017); Saeidi, R.; Abadi, M.Z.L.; Saeidi, A. & Robatsangi, M.G. (2014) ; Nahidi, F.; Gazerani N.; Yousefi, P. & Reza Abadi, A.R. (2017)

Cólicas

- Mitos
 - Eructar:
 - Não diminui a ocorrência de cólicas
 - Aumenta a ocorrência de regurgitação



Fonte: <https://fortissima.com.br/2014/07/19/cuide-de-seu-bebe-veja-como-enfrentar-colicas-em-recem-nascidos-14636411/>

21

Kaur, R.; Bharti, B. & Saini, S.K. (2014)

Choro

- Causas:
 - Dor | Fome | Desconforto | Desorganizado
- Intervenções
 - Colo | Massagem | Método Canguru | Alimentação
 - Banho | Banho Enfaixado (“swaddled bathing”)



Fonte: https://www.youtube.com/watch?v=hdCbuF8_1p8

22

Hockenberry & Wilson (2014); Çaka, S.Y., Gözen, D. (2018)

Cuidados ao Recém-Nascido



Fonte: <http://www.multivista.com.br/site/2015/08/09/cuidados-com-o-recem-nascido/>

23

Cuidados ao Recém-Nascido

Banho ao Recém-Nascido

- **Quando:** 2 a 3 vezes por semana
- **Dicas úteis:**
 - Preparar de Antemão todo o Material
 - Cuidado com o Local do Banho
 - 1ºs Banhos acompanhado



Fonte: <http://www.ladyzona.com/bathing-your-newborn-baby-some-helpful-tips-for-first-time-parents/>

24

Hockenberry & Wilson (2014)

Banho ao Recém-Nascido

• Material

- Toalha
- Compressas
- Sabão de pH Neutro, sem parabenos, álcool ou perfume
- Roupa
- Fralda
- Banheira
- Água com temperatura adequada



Fonte: <http://www.ladyzona.com/bathing-your-newborn-baby-some-helpful-tips-for-first-time-parents/>

25

Hockenberry & Wilson (2014)

Banho ao Recém-Nascido

- Demonstração -



Fonte: <http://www.ladyzona.com/bathing-your-newborn-baby-some-helpful-tips-for-first-time-parents/>

26

Cuidados ao Cordão Umbilical

- Água
- Secar Bem



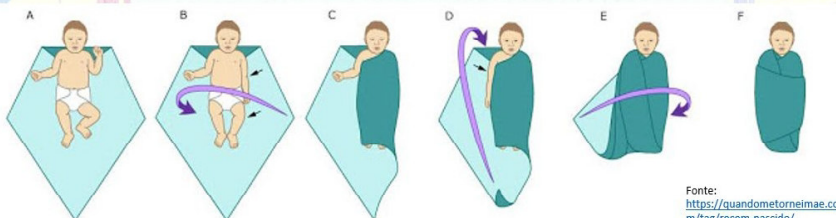
Fonte:
<https://www.pinterest.pt/pin/5369839553rãvidas-e-Antenadas-556737826/?ip=true>

Hockenberry & Wilson (2014)

27

Posicionamento

- **Posição de Deitar:** Barriga para Cima
- **Outros Posicionamentos:**



Fonte:
<https://quandometorneimae.com/tag/recem-nascido/>

Hockenberry & Wilson (2014)

28

Nasceu... ...e Agora?



Fonte: <http://fotografia.folha.uol.com.br/galerias/19420-fotos-profissionais-de-recem-nascidos>

29

Nasceu...E agora?

Projeto Nascer Cidadão

- Registo no Hospital
- Criação do Cartão de Cidadão
- Necessário Dados dos Pais



Fonte: <http://fotografia.folha.uol.com.br/galerias/19420-fotos-profissionais-de-recem-nascidos#foto-321208>

30

Fonte: http://www.irm.mj.pt/sections/irm/a_registral/registo-civil/docs-do-civil/nascer-cidadao/

Nasceu...E agora?

Rastreios

- Rastreio das Doenças Metabólicas
 - “Teste do Pezinho”
- Rastreio Auditivo Neonatal Universal
- Rastreio das Cardiopatias Congénitas
- Rastreio Reflexo do Olho Vermelho



Fonte: <https://4daddy.com.br/importancia-do-teste-do-pezinho/>

Hockenberry & Wilson (2014); Morais, S.; Mimoso, G. (2013), DGS (2013), Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2018)

Nasceu...E agora?

Vigilância de Saúde



Fonte: https://www.incm.pt/portal/loja_detalle.jsp?codigo=101458

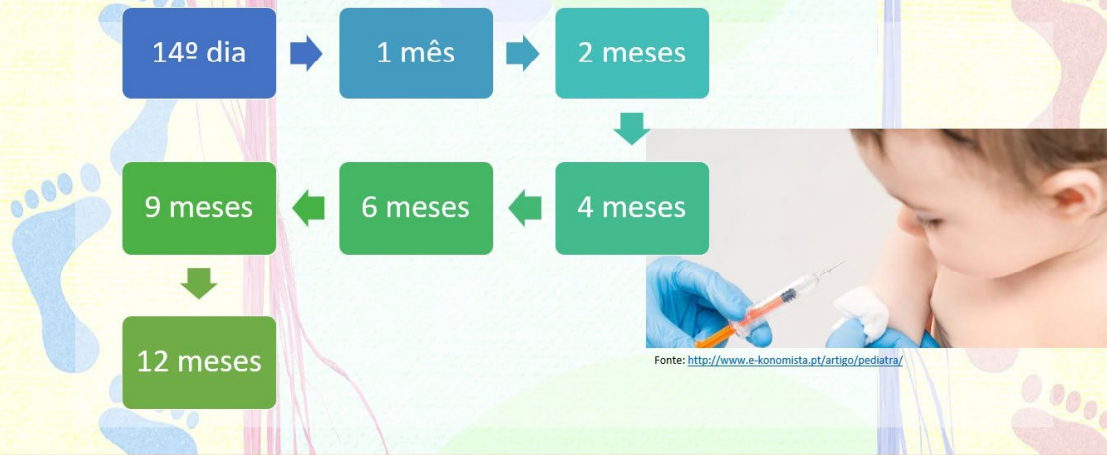


Fonte: https://www.incm.pt/portal/loja_detalle.jsp?codigo=101459

DGS (2013)

Nasceu...E agora?

Vigilância de Saúde



DGS (2013)

Nasceu...E agora?

Vigilância de Saúde



DGS (2013)

Vacinação

Vacina Doença	Idade											
	0 meses	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	25 anos	45 anos	65 anos	10/10 anos
Hepatite B	VHB 1	VHB 2		VHB 3								
<i>Haemophilus influenzae b</i>		Hib 1	Hib 2	Hib 3		Hib 4						
Difteria, tétano, tosse convulsa		DTPa 1	DTPa 2	DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5					
Poliomielite		VIP 1	VIP 2	VIP 3		VIP 4	VIP 5					
<i>Streptococcus pneumoniae</i> ^a		Pn13 1	Pn13 2		Pn13 3							
<i>Neisseria meningitidis C</i>					MenC							
Sarampo, parotidite epidêmica, rubéola					VASPR 1		VASPR 2					
Vírus Papiloma humano ^b								HPV 1,2				
Tétano, difteria e tosse convulsa ^a									Tdpa - Grávidas			
Tétano e difteria ^a										Td	Td	Td

DGS (2017)

Segurança Infantil



Fonte: <https://www.macetesdema.com/dicas-de-seguranca-para-fotos-de-recem/>

Acidentes Frequentes

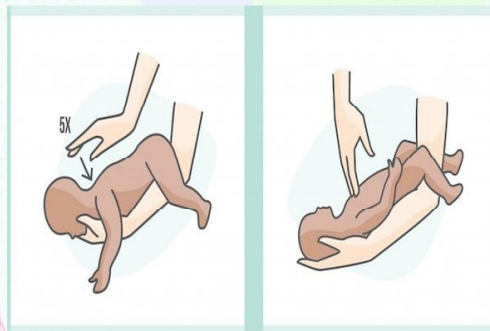
- Queimaduras
- Afogamentos
- Engasgamento
- Quedas



Fonte: <https://www.maemequer.pt/a-vida-com-o-seu-bebe/saude-e-seguranca/crescer-em-seguranca/transporte-do-recem-nascido-da-maternidade-para-casa/>

DGS (2013), Hockenberry & Wilson (2014)

Manobra de Desengasgamento



Fonte: <https://www.tuasaude.com/manobra-de-heimlich/>

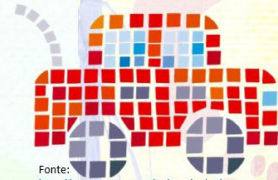
Hockenberry & Wilson (2014)

Transporte Seguro

- Criança até aos 12 anos ou 135cm de altura
- Airbag desativado se cadeira no banco do passageiro



Fonte: <https://cadeirasauto.fundacionmapfre.org/infantis/regulamentos/i-size/>



Fonte: <http://www.apsi.org.pt/index.php/pt/seguranca-infantil/rodoviaria>

Hockenberry & Wilson (2014)

Sinais de Alerta



Fonte: <https://familia.com.br/11192/10-sintomas-perigosos-em-bebes-va-ao-medico-o-mais-rapido-possivel>

Sinais de Alerta

Sinais de Alerta

- Febre
- Dificuldade Respiratória
- Vômitos → Diferente de Bolsar (!)
- Pouco Reativo
- Ausência de Urina
- Recusa Alimentação



Fonte: <https://www.kisspng.com/png-crying-drawing-illustration-baby-sick-pain-cry-wah-102226/preview.html>

Hockenberry & Wilson (2014)

Dúvidas?



Fonte: <http://www.davidchc.com.br/artigos/palavra-depende-a-resposta-das-suas-duvidas/>

42

Referências Bibliográficas

- Cowie, J. (2013) Managing Infant Colic: A Literature Review. *Art & Science*. 23(2). 16-20.
- Kaur, R.; Bharti, B. & Saini, S.K. (2014) A randomized controlled trial of burping for the prevention of colic and regurgitation in healthy infants. *Child: care, health and development*. 41(1). 52-56.
- Goldman, M., Beaumont, T. (2017) A real world evaluation of a treatment for infant colic based on the experience and perceptions of 4004 parents. *British Journal of Nursing*. 26(5). S3-S10.
- Saeidi, R.; Abadi, M.Z.L.; Saeidi, A. & Robatsangi, M.G. (2014) The Effectiveness of Mother Infant Interaction on infantile colic. *Iranian Neonatology Journal*. 5(1). 34-38.
- Nahidi, F.; Gazerani N.; Yousefi, P. & Reza Abadi, A.R. (2017) The Comparison of the Effects of Massaging and Rocking on Infantile Colic. *Iranian Neonatology Journal*. 22(1). 67-71.

43

Referências Bibliográficas

- Çaka, S.Y., Gözen, D. (2018) Effects of swaddled and traditional tub bathing methods on crying and physiological responses of newborns. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 23(1). 1-9.
- Bowden, V.R.; Greenberg, C.S. (2016) *Pediatric Nursing Procedures*. Wolters Kluwer. Philadelphia. 4ed. 112-119.
- Hockenberry, M.L., Wilson, D. (2014) *WONG – Enfermagem da Criança e do Adolescente – Volume 1*. 9ªed. Lusociência: Loures.
- Morais, S.; Mimoso, G. (2013) Oximetria de pulso no diagnóstico de cardiopatia congénita. Sugestões para a implementação de uma estratégia de rastreio. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 44(6). 344-347.
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge: Consultado a: 22 de Maio de 2018, Disponível em: <http://www.diagnosticoprecoce.org/info.htm>
- Direção Geral de Saúde (2013) *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Direção Geral de Saúde: Lisboa.
- Direção Geral de Saúde (2017) *Programa Nacional de Vacinação 2017*. Direção Geral de Saúde: Lisboa.

44

Referências Bibliográficas

- Meeks, M.; Hallsworth, M.; Yeo, H. (2010) *Nursing the Neonate*. Wiley-Blackwell. 2ªEd. Chennai: India.
- Lowdermilk, D.; Perry, S. (2006) *Enfermagem na Maternidade*. 7ªEd. Lusodidacta. Loures: Portugal.
- Kenner, C. (2001) *Enfermagem Neonatal*. 2ª Ed. Reichman e Affonso Editores. Rio de Janeiro: Brazil.
- Direção Geral de Saúde (2017) *Programa Nacional de Vacinação 2017*. Direção Geral de Saúde: Lisboa.

45

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

A sessão decorreu noutra USF no dia 28 de Maio de 2018, na sala de formações destinada ao curso de preparação para o parto. A sessão teve a duração de cerca de 2 horas com discussão incluída. Os intervenientes participaram na sessão. Após a sessão foi questionado oralmente se estavam satisfeitos e se tinha sido clara, com resposta afirmativa de todos os intervenientes.

Quanto à avaliação de conteúdos pude através da observação avaliar o modo como realizavam o procedimento manobra de desengastamento.

BIBLIOGRAFIA

Bowden, V.R.; Greenberg, C.S. (2016) *Pediatric Nursing Procedures*. Wolters Kluwer. Philadelphia. 4ed. 112-119.

Çaka, S.Y., Gözen, D. (2018) Effects of swaddled and traditional tub bathing methods on crying and physiological responses of newborns. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 23(1). 1-9.

Cowie, J. (2013) Managing Infant Colic: A Literature Review. *Art & Science*. 23(2). 16-20.

Direção Geral de Saúde (2013) *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Direção Geral de Saúde: Lisboa.

Direção Geral de Saúde (2017) *Programa Nacional de Vacinação 2017*. Direção Geral de Saúde: Lisboa

Direção Geral de Saúde (2017) *Programa Nacional de Vacinação 2017*. Direção Geral de Saúde: Lisboa.

Goldman, M., Beaumont, T. (2017) A real world evaluation of a treatment for infant colic based on the experience and perceptions of 4004 parents. *British Journal of Nursing*. 26(5). S3-S10.

Hockenberry, M.L., Wilson, D. (2014) *WONG - Enfermagem da Criança e do Adolescente - Volume 1*. 9ªed. Lusociência: Loures.

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge: Consultado a: 22 de Maio de 2018, Disponível em: <http://www.diagnosticoprecoce.org/info.htm>

Kaur, R.; Bharti, B. & Saini, S.K. (2014) A randomized controlled trial of burping for the prevention of colic and regurgitation in healthy infants. *Child: care, health and development*. 41(1). 52-56.

Kenner, C. (2001) *Enfermagem Neonatal*. 2ª Ed. Reichman e Affonso Editores. Rio de Janeiro: Brazil.

Lowdermilk, D.; Perry, S. (2006) *Enfermagem na Maternidade*. 7ªEd. Lusodidacta. Loures: Portugal.

Meeks, M.; Hallsworth, M.; Yeo, H. (2010) *Nursing the Neonate*. Wiley-Blackwell. 2ªEd. Chennai: India.

Morais, S.; Mimoso, G. (2013) Oximetria de pulso no diagnóstico de cardiopatia congénita. Sugestões para a implementação de uma estratégia de rastreio. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 44(6). 344-347.

Nahidi, F.; Gazerani N.; Yousefi, P. & Reza Abadi, A.R. (2017) The Comparison of the Effects of Massaging and Rocking on Infantile Colic. *Iranian Neonatology Journal*. 22(1). 67-71.

Saeidi, R.; Abadi, M.Z.L.; Saeidi, A. & Robatsangi, M.G. (2014) The Effectiveness of Mother Infant Interaction on infantile colic. *Iranian Neonatology Journal*. 5(1). 34-38.

**APENDICE VII – Norma de Procedimento e
Folheto**

MANUAL DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

NORMA DE PROCEDIMENTO: “ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE CONTROLO DA DOR”

1. Enquadramento

Estratégias Não Farmacológicas permitem o controlo da dor aguda durante procedimentos dolorosos (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2013) as estratégias não farmacológicas podem classificar-se como: comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas ou periféricas, suporte emocional e ambientais. A presença dos pais e a identificação de factores de desconforto/inibidores devem ser valorizados e estar presentes na planificação dos cuidados.

Relativamente às emoções, Diogo (2012) reporta-se à importância da Teoria do Desenvolvimento de Erickson, uma vez que este autor define estágios, representados por crises psicossociais, em que a forma como a criança organiza e experiencia as emoções é determinada, e tem influência nas relações que estabelece posteriormente com o meio.

A Ordem dos Enfermeiros (2013), definiu os princípios gerais, que garantem os direitos das crianças, fundamentais para o controlo efectivo da dor, nomeadamente:

- Ter atenção à idade da criança e ao seu desenvolvimento cognitivo;
- Negociar a presença do pai/mãe ou alguém significativo;
- Facilitar a segurança e protecção pelos pais;
- Permitir que os pais decidam o tipo de colaboração que pretendem dar, tendo em conta o papel parental desejado no momento;
- Sempre que possível, assegurar que os procedimentos sejam executados pelo enfermeiro com quem a criança / família já tem uma relação de confiança estabelecida;
- Dar informação à criança de forma simples e exata sobre o que irá ser feito;
- Nunca usar procedimentos médicos ou de enfermagem como ameaça;
- Ser honesto;

- Ajudar a criança a fazer perguntas e exprimir sentimentos;
- Não dar à criança falsa confiança e tranquilidade em relação ao procedimento doloroso, dizendo que “não vai doer nada”;
- Não utilizar expressões com as quais a criança se possa sentir humilhada, tais como: “pareces um bebé a chorar” ou “um homem não chora”, comparando-a a outras crianças;
- Ajudar a criança a participar no controlo da sua dor;
- Atribuir à criança algum controlo sobre o tratamento;
- Proporcionar o “falar consigo próprio”
- Dar “feedback positivo”
- Permanecer junto da criança após um procedimento doloroso;
- Planear os cuidados de forma a manipular/incomodar o menor número de vezes possível;
- Agrupar os procedimentos ou terapêuticas dolorosas e providenciar que sejam feitos com analgesia.

2. Objetivos

- Uniformizar os cuidados de enfermagem na abordagem à criança em procedimentos dolorosos, nomeadamente, durante a vacinação
- Identificar estratégias não farmacológicas de acordo com a faixa etária
- Capacitar o cuidador para a preparação da criança para procedimentos dolorosos.

3. Âmbito de Aplicação

O seguinte procedimento aplica-se a todas as crianças (do nascimento até aos 17 anos inclusive) e cuidador, no contexto da consulta de enfermagem de saúde infantil / juvenil, sala de tratamentos e sala de vacinação.

4. Procedimento

4.1. Processo de Enfermagem

A Ordem dos Enfermeiros (2013) define diagnósticos e intervenções de enfermagem relacionadas com as Estratégias Não Farmacológicas, das quais as seguintes devem ser operacionalizáveis no sistema SClínico:

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
<ul style="list-style-type: none"> • Dor – Presente • Dor – Ausente 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigiar a dor • Monitorizar a dor • Posicionar o Recém-Nascido • Posicionar o Adolescente • Planear Técnica Distrativa • Executar: <ul style="list-style-type: none"> ○ Técnica de Massagem ○ Técnica de Distração ○ Técnica de Imaginação ○ Técnica de Relaxamento • Aliviar a dor através da embalagem fria • Aplicar envolvimento frio • Assistir a identificar estratégias de alívio da dor • Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento.
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento, Potencial para Melhorar • Conhecimento, Sem Potencial <p>NOTA: Especificar em Notas qual a Estratégia Não Farmacológica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento sobre estratégias de alívio da dor • Ensinar sobre Estratégias Não Farmacológicas (Especificar em Notas: Técnica de distração, Imaginação Guiada, Técnica de Relaxamento) • Instruir sobre estratégias não farmacológicas para aliviar a dor (especificar em notas quais) • Treinar sobre técnica de relaxamento

4.2 Protocolo de Actuação

Preparação da Criança e Família	
Procedimento	Fundamentação

Entregar Desdobrável ao Cuidador / Criança Explicar procedimento à criança / cuidador com linguagem adequada, quando idade da criança o permitir.	1. e 2. Permite tranquilizar a criança / família, de modo a obter a sua colaboração. (OE, 2013). Segundo a DGS (2012), relativamente a procedimento dolorosos: <i>“Preparar e informar previamente as crianças e adolescentes acerca dos procedimentos, utilizando linguagem e estratégias adequadas ao seu desenvolvimento cognitivo; (...) Preparar, informar e instruir os pais sobre a sua conduta durante o procedimento, de modo a potenciar o seu apoio à criança”</i>
Promover Ambiente agradável Utilizar Farda agradável	Segundo Diogo (2012) na sua obra sobre o trabalho com emoções em pediatria, a autora realça o impacto positivo da farda e do ambiente na interação com a criança e pais, tendo como resultado a regulação

Estratégias Não Farmacológicas durante Procedimento	
Etapa de Desenvolvimento	Intervenção
Recém-Nascido	<ul style="list-style-type: none"> • Redução da Incidência da Luz • Redução do Ruído Ambiente • Preservação do Períodos mais prolongados de sono e repouso • Posicionamento adequado do recém-nascido • Concentração das Manipulações • Massagem Terapêutica • Embalo • Contacto Físico com os Pais • Método Canguru • Sucção Não Nutritiva • Leite Materno • Sacarose 24% ou Glucose a 30%
Criança	<p>Intervenções Cognitivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fornecer Informação Antecipatória • Distração - leitura, contar histórias, pequenos jogos, bolas de sabão. A partir dos 6 anos: música, televisão, contos. • Imaginação Guiada

	<ul style="list-style-type: none"> • Simulação ou Modelação <p>Intervenções Comportamentais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distração Comportamental – atividades físicas • Relaxamento Muscular (especial eficácia no adolescente) – Respiração Diafragmática (a partir dos 2 anos), Relaxamento Muscular Progressivo (a partir dos 6 anos), Relaxamento Ativo. <p>Intervenções Cognitivo-Comportamentais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Combinar duas das intervenções anteriores. <p>Métodos Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicação de Calor • Aplicação de Frio • Massagem • Posicionamento <p>Outras Estratégias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Musicoterapia • Arteterapia • Humor
Adolescente	<p>Intervenções Cognitivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fornecer Informação Antecipatória • Distração – falar sobre acontecimentos passados, presentes ou futuros. • Imaginação Guiada • Simulação ou Modelação <p>Intervenções Comportamentais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distração Comportamental – atividades físicas • Relaxamento Muscular (especial eficácia no adolescente) – Respiração Diafragmática, Relaxamento Muscular Progressivo, Relaxamento Ativo. <p>Intervenções Cognitivo-Comportamentais:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Combinar duas das intervenções anteriores. <p>Métodos Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicação de Calor • Aplicação de Frio • Massagem • Posicionamento <p>Outras Estratégias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Musicoterapia • Arteterapia • Humor
--	---

Após Procedimento Doloroso	
Reforço Positivo	Acordar com a criança, antes do procedimento, comportamento esperado. Após procedimento utilizar o elogio “verbal” ou entregar uma recompensa (diploma, crachá, etc) (DGS, 2013)

5. Bibliografia

Decreto-Lei nº 298/07 de 20 de Agosto do Conselho de Ministros. Diário da República: I série, no 205 (1996). Acedido a 10 de Maio de 2018. Disponível em www.dre.pt

DIOGO, P. (2012) *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica - Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures, Portugal: Lusociência.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2012) *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde.

HOCKENBERRY, M.L., WILSON, D. (2014) *WONG – Enfermagem da Criança e do Adolescente – Volume 1*. 9ªed. Lusociência: Loures.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2013) *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

FOLHETO

Bibliografia

ORDEN DOS ENFERMEIROS (2001) *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEN DOS ENFERMEIROS (2013) *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (2012) *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde.

DIOGO, P. (2012) *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica - Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures, Portugal: Lusociência.

HOCKENBERRY, M.L., WILSON, D. (2014) *WONG - Enfermagem da Criança e do Adolescente - Volume I*. 9ªed. Lusociência: Loures.

Decreto-Lei nº 298/07 de 20 de Agosto do Conselho de Ministros. Diário da República: I série, no 205 (1996). Acedido a 10 de Maio de 2018. Disponível em www.dra.pt

Qualquer questão contacte sempre o seu Enfermeiro de Família.

Este Folheto foi Elaborado por:

Enfermeiro Luís Miguel Francisco, Aluno do Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil e Pediatria da Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciência da Saúde.



Preparar o meu Filho

Para Procedimentos Dolorosos



Fonte: <https://www.cwda.org/>



Fonte: <http://www.di-yo-fo.com.br/jarigon/palavra-depense-a-resposta-das-questoes-ruvidas/>

Introdução

Preparar a criança para procedimentos dolorosos é uma estratégia fundamental e que reduz o medo, ansiedade e stress. Os pais ou o cuidador têm um papel importante nesta tarefa. Deve evitar ameaçar a criança com frases como "se te portas mal, levamos uma pica". Saiba como preparar o seu filho:

Recém-Nascido

- Presença dos pais
- Embalo, carícias, enfaixar
- Sucção não nutritiva (mamar para conforto, chucha)
- Reduzir o ruído
- Canções de embalar
- Massagem

Pais: Manter a calma. Esclarecer com os profissionais as suas dúvidas.

A forma como a criança organiza e experiencia as emoções tem influência nas relações que estabelece posteriormente com o meio. (Diogo, 2012)

Idade Pré-Escolar (até 6A)

- Ouvir histórias (a mesma história muitas vezes)
- Estar com o Brinquedo favorito
- Brincadeira lúdica e terapêutica
- Ouvir uma música familiar
- Estratégias de relaxamento que a criança já conhece

Pais: Explicar à criança imediatamente antes do procedimento, utilizando palavras simples e expressões como "agora vem um mosquito e vai dar-te um beijinho mágico para não ficares doente".

Idade Escolar (6A aos 13A)

- Técnicas de relaxamento
- Respiração lenta e profunda
- Massagem, leitura
- Brincadeira lúdica e terapêutica

- Atividade Favorita
- Modelagem

Pais: Explicar com antecedência de acordo com a capacidade da criança o procedimento. A criança em idade escolar tem muita necessidade de perceber tudo o que se vai passar.

Adolescente

- Técnicas de relaxamento
- Respiração lenta
- Camisola favorita, ouvir música, fotos, facultar o telefone
- Diário, relatório pessoal, escrita e desenho

Pais: Explicar o procedimento de acordo com a capacidade do adolescente e explicar importância.

Ideias Chave

- Preparar a Criança Antes do Procedimento minimiza o medo, stress e ansiedade
- Procedimentos traumáticos têm impacto no modo como a criança se relaciona no futuro.

APÊNDICE VII – RELATÓRIO: O PAPEL DO ENFERMEIRO GESTOR NA USF

Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil e
Pediatria

Unidade Curricular “A Saúde da Criança e Família - Vigilância e
Decisão Clínica”

Relatório - Papel do Enfermeiro Gestor na USF

Elaborado por:

Enfermeiro Luís Miguel Francisco

Sob Orientação e Supervisão de:

Enfermeira P.

10 de Junho de 2018

Relatório

No âmbito da Unidade Curricular “A Saúde da Criança e Família – Vigilância e Decisão Clínica” do Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, tive a oportunidade de acompanhar a minha orientadora nas suas funções de gestão, uma vez que é a enfermeira responsável pela gestão na USF.

Durante todo o estágio fomos abordando o perfil de competências do enfermeiro gestor tendo sido abordadas as seguintes questões:

- Gestão de horários
- Gestão de recursos (humanos e materiais)
- Organização do espaço físico da USF
- Estratégias de resolução de conflitos
- Gestão da qualidade dos cuidados
- Melhoria contínua dos cuidados de enfermagem

Neste âmbito tive oportunidade de contactar uma farmacêutica de forma a tentar agendar uma reunião de apresentação da sacarose oral 24%, contudo, sem qualquer resposta até ao momento. Nesta impossibilidade foi consultada a evidência que apontou para o uso de Glicose 30% até 2mL por utilização (segundo a Ordem dos Enfermeiros).

O facto da USF se encontrar em obras levantou também a necessidade de mobilização de todos os materiais da sala de tratamento ser transferido e ser criada uma nova sala de tratamentos em 2 gabinetes. Participei nesta transferência e em conjunto com a enfermeira orientadora fomos discutindo e refletindo acerca do melhor método de organização dos recursos, refletindo sobre ergonomia, lógica de organização e distinção entre zona mais limpa e zona mais suja.

Também no Âmbito de Gestão redigi uma norma de procedimentos, uma vez que a USF não tem ainda manual de enfermagem. Também é da responsabilidade do enfermeiro gestor a distribuição / atribuição de temáticas a cada enfermeiro da USF e gestão dos timings limite para redação e apresentação.

Houve também oportunidade de participar nas reuniões semanais da equipa de enfermagem, tendo tido a oportunidade de ver o modo como em conjunto refletiam sobre os problemas da USF e atingiam desse modo possíveis soluções. Igualmente, nestas sessões, foi possível presenciar um exercício de promoção do trabalho em equipa e gestão de conflitos com aparentes resultados posteriormente.

Em conjunto com a enfermeira orientadora refleti acerca de estratégias de reorganização do horário de enfermagem e otimização dos recursos.

De um modo global, penso ter conseguido participar em diversas áreas do enfermeiro gestor na USF.

APÊNDICE IX – Sessão de Formação “A Criança Ex-Prematura”

*Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil
e Pediatria*

Estágio na Comunidade - USF

Projeto da Sessão – “A Criança Ex- Prematura”

Mestrando: Enfermeiro Luís Miguel Francisco

Docente Orientador: Professora Margarida Lourenço

Enfermeira Orientadora: Enfermeira P.

Lisboa, 30 de Maio de 2018

INTRODUÇÃO

No Âmbito do Projeto de Estágio foi realizado o levantamento de necessidades, tendo sido identificada uma necessidade formativa a nível da vigilância de saúde da criança prematura ao longo do ciclo de vida.

Por forma a dar resposta a esta necessidade é proposto a realização de uma sessão de formação dirigida aos enfermeiros da USF.

OBJETIVOS DA SESSÃO

- Identificar as características do Recém-Nascido
- Reconhecer as características da UCIN
- Identificar etapas chave de intervenção e aplicação de escalas de apoio à prática

METODOLOGIA

Foi realiza uma revisão scoping review na base de dados ebcohost tendo por base a metodologia descrita pelo Joanna Briggs Institute – JBI. Uma revisão da literatura (scoping review) permite identificar os pontos chave de sustentação de uma área de investigação, definir um conceito ou definir as fronteiras de um tópico de investigação (6). A construção da pergunta de partida teve como ferramenta inicial a metodologia PICo nomeadamente: P- População (criança prematura), I – Fenómeno de Interesse (Vigilância de Enfermagem) e Co – Contexto (Cuidados de Saúde Primários). Foi realizado um protocolo de revisão validado pelos 2 autores. Foram realizados 3 pré-testes de modo a aferir a sensibilidade dos descritores à pesquisa, e de modo a identificar as bases de dados com maior número de respostas, nomeadamente:

Preteste	Descritores	Resultado
1°	“Premature Infant OR Preterm Child OR Preterm Infant” AND “Community Health Nursing”	De 1990 – 2018: 10341 artigos De: 2012-2018: 15 Artigos. Todas as Bases.
2°	“Premature Infant OR Preterm Child OR Preterm Infant” AND “Community Health Nursing OR Public Health OR Primary Care”	Data: 2017 a 2018: 375 artigos. Todas as Bases
3°	“Premature Infant OR Preterm Child OR Preterm Infant” AND “Community Health Nursing OR Public Health OR Primary Care” AND “Screening OR Monitoring OR Surveillance”	Data: 2014 a 2018: 90 artigos. Apenas: CINAHL Plus, MedLine e MedicLatina.

Quadro 1 – Pré-Testes.

Após realização dos pré-testes, foi decidido realizar a pesquisa de acordo com o 3° pré-teste dado o volume de resultados obtidos no período temporal definido.

Foi realizado a síntese dos resultados em artigo científico e em powerpoint.

PLANO DA SESSÃO

- **Público-Alvo:** Enfermeiros da USF
- **Duração Máxima:** 40 minutos
- **Recursos Necessários:**
 - Humanos: Enfermeiros, Enfermeira Orientadora
 - Materiais: Computador, diapositivos, sala, cadeiras
- **Sumário:**
 - Pertinência da Temática
 - Definição de Conceitos
 - Breve Abordagem do Período Neonatal
 - Alta para a Comunidade
 - Vigilância de Saúde da Família e Criança Ex-Prematura
 - Discussão
 - Considerações Finais
- **Método:**
 - Expositivo
 - Interativo – Questionar: “Existe relação entre a idade gestacional e dificuldades na aprendizagem da leitura e matemática?”

AValiação DA Sessão

A sessão decorreu na USF no dia 30 de Maio de 2018, no gabinete de enfermagem, no período destinado à reunião da equipa de enfermagem. Estiveram presentes os 8 enfermeiros da unidade, nos quais se inclui a minha orientadora. A sessão teve a duração de cerca de 40 minutos com discussão incluída. Os intervenientes participaram na sessão. Após a sessão foi aplicado um questionário de avaliação de satisfação / adequação que demonstrou que existiu clareza no discurso, o formador apresentava-se seguro nos conteúdos que abordava, a temática era pertinente, os recursos e os conteúdos foram adequados, a sessão durou tempo suficiente e consideraram importante a participação. As opiniões dividem-se mais relativamente ao espaço físico, contudo não foi possível realizar a formação na sala de reuniões pois a mesma se encontrava ocupada. Seguem os seguintes resultados:

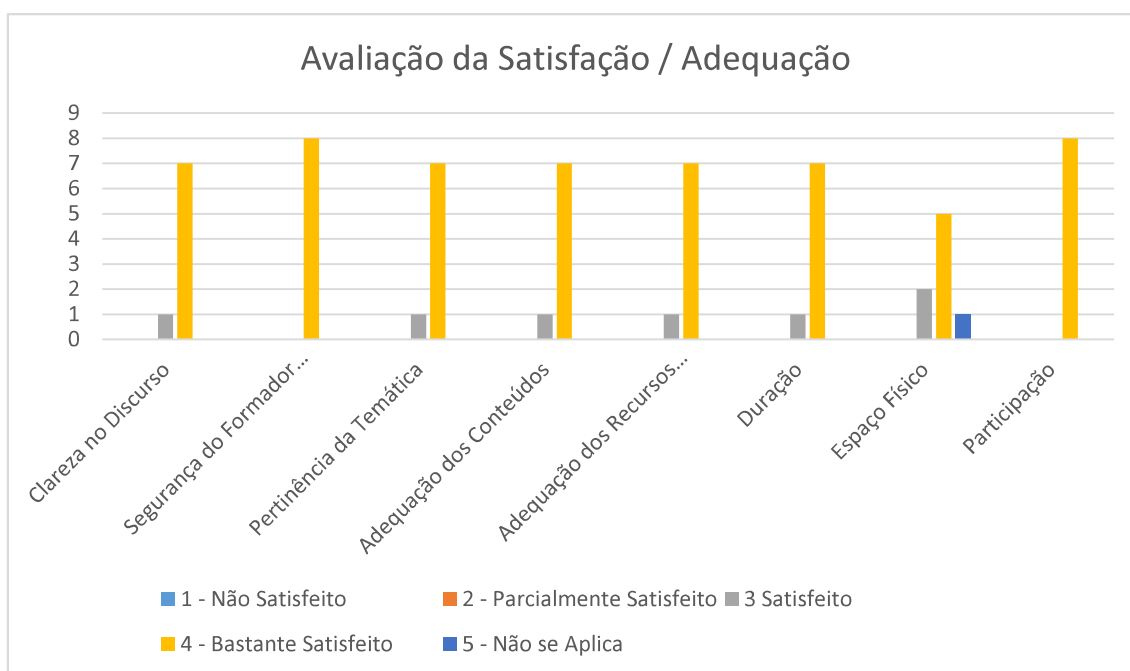
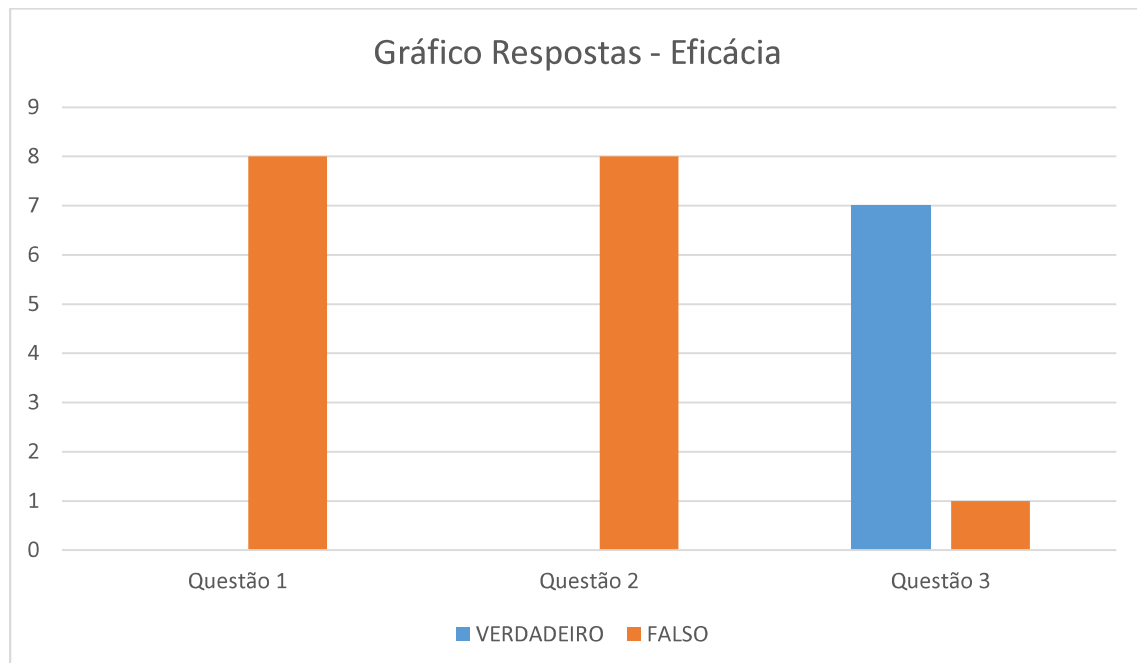


Gráfico 1 – Respostas ao questionário.

No final de sessão foi igualmente realizado um questionário com 3 questões de verdadeiro / falso, revelando que se apropriaram dos conteúdos abordados. As questões eram:

1. O João nascido às 28 semanas de idade gestacional, vem hoje à consulta de saúde infantil dos 15 meses. Deve ter necessariamente um desenvolvimento adequado aos 15 meses segundo a escala Mery Sheridan – Resposta: Falso.
2. Quando na consulta percebo que os pais esperam que a criança apresente determinada competência adquirida para a idade cronológica em que se encontra, e esta não a tem, devo incentivar treino sistemático, frequente e indicar que a criança tem de a adquirir o mais rapidamente possível – Resposta: Falso.
3. A criança pré-termo tem maior risco de dificuldades na aprendizagem das competências: linguagem e cálculo matemático – Resposta: verdadeiro.

Seguem os resultados em tabela:



BIBLIOGRAFIA

Casey, P.H., Irby, C., Withers, S., Dorsey, S., Li, J. & Rettiganti, M.(2017) Home Visiting and the Health of Preterm Infants. *Clinical Pediatrics*. 56(9). 828-837.

Dempsey, A.G., Abrahamson, C.W. & Keller-Margulis, M.A. (2016) Developmental Screening Among Children Born Preterm in a High-Risk Follow-Up Clinic. *Journal of Pediatric Psychology*. 41(5). 573-581.

Direção Geral de Saúde (2013) *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Direção Geral de Saúde: Lisboa.

Direção Geral de Saúde (2017) *Programa Nacional de Vacinação 2017*. Direção Geral de Saúde: Lisboa.

Gauer, R., Burket, J., Horowitz, E. (2014) Common Questions About Outpatient Care of Premature Infants. *American Family Physician*. 90(4). 244-251.

Hockenberry, M.L., Wilson, D. (2014) *WONG - Enfermagem da Criança e do Adolescente - Volume 1*. 9ªed. Lusociência: Loures.

Joseph, R. et al (2016) Prevalence and Associated Features of Autism Spectrum Disorder in Extremely Low Gestational Age Newborns at Age 10 Year. *Austims Research*. 1-9.

Lopes, S; Graça, P.; Teixeira, S.; Serrano, A.M., Squires, J. (2015) Psychometric properties and validation of Portuguese version of Ages & Stages Questionnaires (3rd edition): 9, 18 and 30 Questionnaires. *Early Human Development*. 91. 527-533.

Margaret, K. et al (2016) Post-Discharge Feeding Interactions and Neurodevelopment Outcome at 1-Year Corrected Gestation Age. *The Journal of Pediatrics*. 1-7.

McCurdy, M. (2015) Test-retest reliability of the Capute scales for neurodevelopmental screening of a high risk sample: Impact of test-retest interval and degree of neonatal risk. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*. 8. 233-241

Ordem dos Enfermeiros (2011) *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011) *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Schappin et al (2014) Primary Care Triple P for Parents of NICU graduates with behavioral problems: a randomized, clinical trial using observations of parent-child interactions. *BMC Pediatrics*. 305(14). 1-12.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2014) Consenso Clínico “Atuação no Micronato”. Acedido a: 20 de Maio de 2018. Disponível em: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Micronato.pdf>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2014) Consenso Clínico “Limite da Viabilidade”. Acedido a: 20 de Maio de 2018. Disponível em: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Viabilidade.pdf>

Ustad, T. et al (2016) Test-Retest reliability of The test of infant motor Performance Screening Items in Infants at Risk for impaired functional motor performance. *Early Human Development*. 93. 43-46

DIAPPOSITIVOS

The slide cover features a light purple background with a graphic of colorful alphabet blocks (B, A, B, Y) and a faint handprint. The text is arranged as follows:

- Top Left:** Logo of CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ESCOLA DE ENFERMAGEM LISBOA-PORTO.
- Top Center:** Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil e Pediatria.
- Top Right:** A solid black rectangular box.
- Center:** Unidade Curricular: A Saúde da Criança e Família - Vigilância e Decisão Clínica. Below it, the title **A Criança Ex-Prematura** in a large, dark blue serif font.
- Bottom Right:** Elaborado por: Enfermeiro Luís Miguel Francisco, [redacted]. Sob Supervisão de: Enfermeira Paula Vitorino, [redacted].
- Bottom Center:** 30 de Maio de 2018.
- Bottom Right:** A small number '1'.

Sumário

- Pertinência da Temática
- Definição de Conceitos
- Breve Abordagem do Período Neonatal
- Alta para a Comunidade
- Vigilância de Saúde da Família e Criança Ex-Prematura
- Discussão
- Considerações Finais



Fonte: <http://www.midiasdemaec.com.br/2018/02/biometria-sera-obrigatoria-para-recem-nascidos-entenda-como-vaifuncionar.html>

2

Pertinência da Temática



Fonte: <https://minhasaudebemestar.com.br/o-bebe-mais-prematuro-do-mundo/>

3

Diagnóstico de Situação

- Parca formação de alguns membros da equipa
- Experiência profissional em contextos de saúde do adulto e do idoso
- Vontade manifesta

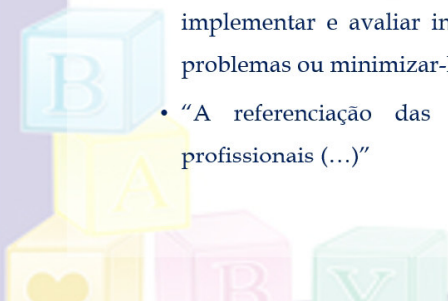


Fonte: <https://pt.dreamstime.com/illustra%C3%A7%C3%A3o-stock-pegonha-dos-desenhos-animados-que-guarda-o-beb%C3%A4-rec%C3%A3m-nascido-image65068614>

4

Padrões de Qualidade

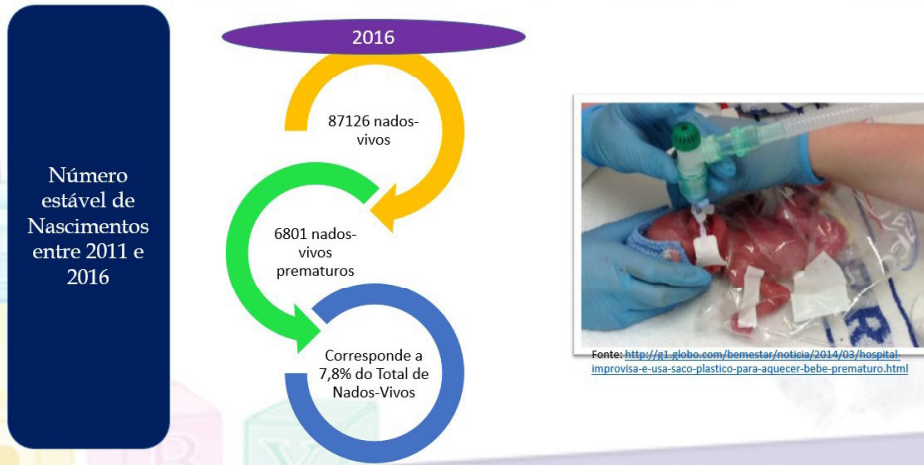
- Prevenção de Complicações
 - “A Identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (...) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis”
 - “A referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais (...)”



Ordem dos Enfermeiros (2011)

5

Enquadramento Demográfico



Instituto Nacional de Estatística (2017), Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2016)

Enquadramento Nacional



Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2016)

Definição de Conceitos



Fonte: <http://vedipreceptiv.co/desenhos-de-bb/>

8

Definição de Conceitos

Recém-Nascido

- **Definição:** *“Um Recém-Nascido, ou neonato, é uma criança com idade inferior a 28 dias”.*
- **Classificado:**
 - Peso
 - Tamanho
 - Idade Gestacional

WHO (2018); Hockenberry & Wilson (2014); SPN (2014); Meeks, M.; Hallsworth, M. & Yeo, H. (2010)

Classificação do Recém-Nascido



Fonte: <http://5.folha.uol.com.br/fofices/2016/10/fofo-de-recem-nascido-prematuro-sorrindo-faz-web-ser-inundada-por-imagens-de-bebes-veja-galeria.shtml>

Peso

- Baixo Peso ao Nascer (BPN)
- Muito Baixo Peso ao Nascer (MBPN)
- Extremo Baixo Peso ao Nascer (EBPN)

Tamanho

- Pequeno relativamente à Idade Gestacional (PIG)
- Adequado à Idade Gestacional (AIG)
- Grande relativamente à Idade Gestacional (GIG)

Idade Gestacional

- Pré-Termo
- Pré-Termo Tardio
- Termo
- Pós-Termo

Gauer, R. et al (2014) Hockenberry & Wilson (2014); SPN (2014); Meeks, M.; Hallsworth, M. & Yeo, H. (2010)

Limite da Viabilidade

• Em Portugal:

- 24 Semanas

• OMS:

- 22 Semanas



Fonte: <https://minhasaudebemestar.com.br/o-bebe-mais-prematuro-do-mundo/>

SPN (2014)

Idade do RN

Idade
Cronológica

Idade Corrigida



SPN (2014)

12

Breve Abordagem do Período Neonatal



13

Temas Importantes

Fisiologia

Desenvolvimento

14

Tríade de Intervenção

Recém-Nascido

Pais /
Cuidadores

Profissionais

15

Fisiologia

- Imaturidade dos Sistemas
- Necessidade de Suporte:
 - Ventilatório
 - Hidroeletrólítico
 - Aminérgico
 - Cirúrgico
 -

Apoio da Neonatologia

Apoio de Especialidades
Médicas e Cirúrgicas

Hockenberry & Wilson (2014); Meeks, M.; Hallsworth, M. & Yeo, H. (2010)

16

Suporte Pré-Natal

- Maturação Pulmonar
 - Dexametasona
 - Betametasona
- Neuroproteção
 - Sulfato de Magnésio

Hockenberry & Wilson (2014); Meeks, M.; Hallsworth, M. & Yeo, H. (2010)

17

Desenvolvimento

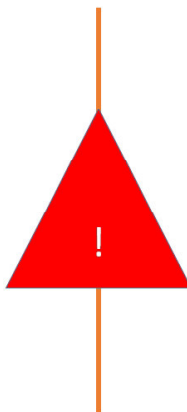
- Gestão das Expectativas



Hockenberry & Wilson (2014); Meeks, M.; Hallsworth, M. & Yeo, H. (2010)

Desenvolvimento

- Táctil
- Vestibular
- Auditivo
- Olfato
- Paladar
- Visual



Ambiente da UCIN

Hockenberry & Wilson (2014); Meeks, M.; Hallsworth, M. & Yeo, H. (2010); Monteiro, I. (2018)

Ambiente da UCIN



Fonte: SPN 2016



Fonte: <http://www.santacasamaranga.com.br/servico/18/U.T.%20Neonatal%20e%20Ped%3%A1trica>

SPN (2016)

Principais Problemas da Prematuridade

- Enterocolite Necrosante (NEC)
- Retinopatia da Prematuridade (ROP)
- Surdez
- AVC Neonatal
- Paralisias Cerebrais
- Displasias Pulmonares
- (...)



Fonte: <http://www.qcosas.com/enfermera-ucin-bebes/>

Hockenberry & Wilson (2014); SPN (2014); Meeks, M.; Hallsworth, M. & Yeo, H. (2010); Monteiro, I. (2018)

Principais Problemas da Prematuridade

- Síndromes
- Malformações



Fonte: <http://www.santacasamaranga.com.br/servico/18/U.T.if%20Neonatal%20e%20Ped%3%A1trica>

22

Alta para a Comunidade



23

Alta para a Comunidade

- Treino de Competências Parentais
- Validação dos Ensinos
- Referenciação para a Consulta de Especialidade
- Referenciados para Cuidados de Saúde Primários
- Visita Domiciliária

Casey, P.H. et al (2017)

24

Vigilância de Saúde da Família e Criança Ex-Prematura



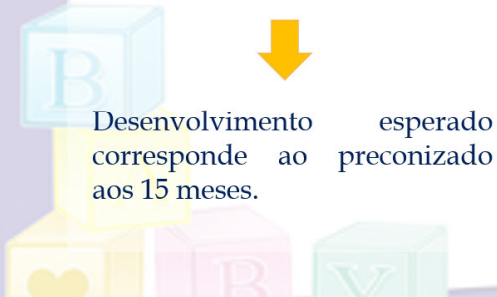
Fonte: <http://pediatravirtual.net/grafico-curvas-de-crescimento-do-bebe/>

25

Avaliação do Desenvolvimento

Criança de Termo

IG: 40 semanas
I. Cronológica: 15 meses



Desenvolvimento esperado
corresponde ao preconizado
aos 15 meses.

Criança Ex-Prematura

IG: 28 semanas
I. Cronológica: 15 meses
I. Corrigida: 12 meses

Desenvolvimento Esperado
corresponde ao Preconizado
aos 12 meses.

Hockenberry & Wilson (2014); Meeks, M.; Hallsworth, M. & Yeo, H. (2010)

Avaliação do Desenvolvimento

• Idades Chave para Monitorização:

- 9 meses | 18 meses | 30 meses

• Recursos:

- Ages and Stages Questionnaire, Third Edition - VALIDADA
- Child Developmental Review (Ireton & Vader, 2004)



Dempsey, A. Et al (2016); Lopes, S et al (2015)

Avaliação do Desenvolvimento

- Relação entre os Pais e a Criança durante a alimentação quando bem estabelecida, melhora significativamente o desenvolvimento infantil ao longo do 1º ano de vida.



Fonte: <http://www.encyclopedia-crianca.com/nutricao-infantil>

Margaret, K et al (2016)

Avaliação do Desenvolvimento

- Desenvolvimento Motor
 - TIMPSI - Test of Infant Motor Performance Screening Items

The screenshot shows the website for iMPS (Infant Motor Performance Scales). The header includes the logo 'imps' and navigation links: 'ABOUT OUR TESTS', 'LEARN THE TESTS', 'PRODUCTS FOR THERAPISTS', and 'FOR FAMILIES'. Below the header, there are three sections: 'The TIMP Test of Infant Motor Performance', 'The HINT Handed Infant Neuro motor Test', and 'The TIMPSI TMP Screening Items'. Each section includes a small image of the test materials.

Fonte: <http://thetimp.com/about-our-tests>

Ustad, T et al (2016)

Relação Pais-Criança

- Experiência Parental
- Características particulares do RN
- Ritmos diferentes

Gerador de Stress

Focos de Enfermagem

- Papel Parental
- Vinculação

Status: Risco de; Comprometido; efetivo

SPN (2016); Ordem dos Enfermeiros (2015); Hockenberry & Wilson (2014)

30

Relação Pais-Criança

- Intervenções:
 - Informação e Preparação dos Pais
 - Cuidados Psicológicos
 - Promover o Método Canguru
 - Promover a Parentalidade Positiva



Fonte: <http://pikuruxo.com.br/como-colocar-o-bebe-para-dormir-sozinho/>

SPN (2016); Schapping (2014); Hockenberry & Wilson (2014); Margaret, K. et al (2016)

31

Problemas Comportamentais / Emocionais no Pré-Escolar

- Etiologia:
 - Asfixia Neonatal (Termo | Pré-Termo) | Internamento da UCIN
| Expressão do Papel Parental ao Longo do Desenvolvimento
- Escalas de Apoio
 - IBAIP – Infant Behavioral Assessment and Intervention Program
 - MITP – Maternal Infant Transaction Program

Schappin, R. et al (2014)

32

Entrada para o Jardim de Infância

- Existe relação entre a idade gestacional e dificuldades na aprendizagem da leitura e matemática?



Schappin, R. et al (2014)

33

Entrada para o Jardim de Infância

Existe relação entre a idade gestacional e dificuldades na aprendizagem da leitura e matemática?

- Com alterações: Pré-Termo
- Sem alterações significativas: Pré-Termo Tardio e Termo



Shah, P. et al (2016)

34

Perturbações Neurológicas

- Perturbações do Espectro do Autismo
- Paralisia Cerebral



Fonte: <https://saudeonline.pt/2018/04/20/associacao-de-caes-de-assistencia-alarga-oferta-a-criancas-autistas/>

FAPPC (2017); Joseph, R. (2016)

35

Perturbações do Espectro do Autismo

- SCQ - Social Communication Questionnaire
- ADI-R - Autism Diagnostic Interview- Revised

Fatores de Risco:

- Educação Escolar Parental
- Dificuldades Económicas
- Sexo Masculino
- IG 23-24
- Peso < 750 gramas



Fonte: <https://saudeonline.pt/2018/04/20/associacao-de-caes-de-assistencia-alarga-oferta-a-criancas-autistas/>

Joseph, R. (2016)

36

Paralisia Cerebral

Quadro VI. Risco de paralisia cerebral aos 5 anos de idade associado à idade gestacional ao nascimento, para crianças nascidas em Portugal entre 2001 e 2007 (n=1098). O grupo de menor risco (>36 semanas de gestação) é considerado como referência para o cálculo do risco relativo de paralisia cerebral aos 5 anos de idade.



	<28 semanas	28-31 semanas	32-36 semanas	>36 semanas
Nado-vivos	1.937	4.803	46.774	711.525
Casos registados	109	174	174	571
Taxa de incidência (% NV)	56,27	36,23	3,72	0,80
IC95 da taxa de incidência	46,86 – 67,44	31,30 – 41,89	3,21 – 4,31	0,74 – 0,87
Risco de PC <28 vs. >36 semanas	Risco Relativo 70,12; IC95% 57,41 – 85,64			
Risco de PC 28-31 vs. >36 semanas	Risco Relativo 45,14; IC95% 38,19 – 53,57			
Risco de PC 32-36 vs. >36 semanas	Risco Relativo 4,64; IC95% 3,91 – 5,49			

IC95 – limites de 95% de intervalo de confiança; NV – nado-vivos; PC – paralisia cerebral.

Dados em 31 de outubro de 2016

FAPPC (2017)

37

Discussão



Fonte: <https://drmanma.it/homepage/pelle-neonato-dermatosi-transitorie/>

38

Considerações Finais



39

Referências Bibliográficas

40

Referências Bibliográficas

- Hockenberry, M.L., Wilson, D. (2014) *WONG – Enfermagem da Criança e do Adolescente – Volume 1*. 9ªed. Lusociência: Loures.
- Direção Geral de Saúde (2013) *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Direção Geral de Saúde: Lisboa.
- Direção Geral de Saúde (2017) *Programa Nacional de Vacinação 2017*. Direção Geral de Saúde: Lisboa.
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2014) Consenso Clínico “Atuação no Micronato”. Acedido a: 20 de Maio de 2018. Disponível em: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Micronato.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2014) Consenso Clínico “Limite da Viabilidade”. Acedido a: 20 de Maio de 2018. Disponível em: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Viabilidade.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2011) *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

41

Referências Bibliográficas

- Ordem dos Enfermeiros (2011) *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Dempsey, A.G., Abrahamson, C.W. & Keller-Margulis, M.A. (2016) Developmental Screening Among Children Born Preterm in a High-Risk Follow-Up Clinic. *Journal of Pediatric Psychology*. 41(5). 573-581.
- Lopes, S; Graça, P.; Teixeira, S.; Serrano, A.M., Squires, J. (2015) Psychometric properties and validation of Portuguese version of Ages & Stages Questionnaires (3rd edition): 9, 18 and 30 Questionnaires. *Early Human Development*. 91. 527-533.
- Casey, P.H., Irby, C., Withers, S., Dorsey, S., Li, J. & Rettiganti, M.(2017) Home Visiting and the Health of Preterm Infants. *Clinical Pediatrics*. 56(9). 828-837.

42

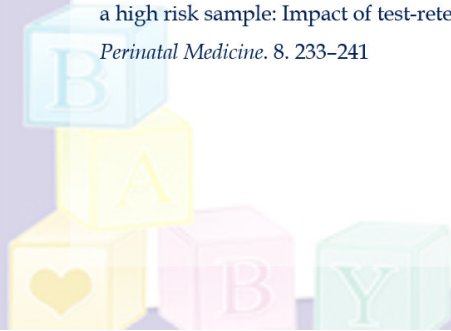
Referências Bibliográficas

- Gauer, R., Burket, J., Horowitz, E. (2014) Common Questions About Outpatient Care of Premature Infants. *American Family Physician*. 90(4). 244-251.
- Schappin et al (2014) Primary Care Triple P for Parents of NICU graduates with behavioral problems: a randomized, clinical trial using observations of parente-child interactions. *BMC Pediatrics*. 305(14). 1-12.
- Margaret, K. et al (2016) Post-Discharge Feeding Interactions and Neurodevelopment Outcome at 1-Year Corrected Gestation Age. *The Journal of Pediatrics*. 1-7.
- Ustad, T. et al (2016) Test-Retest reliability of The test of infant motor Performance Screening Items in Infants at Riskfor impaired functional motor performance. *Early Human Development*. 93. 43-46

43

Referências Bibliográficas

- Joseph, R. et al (2016) Prevalence and Associated Features of Autism Spectrum Disorder in Extremely Low Gestational Age Newborns at Age 10 Year. *Austims Research*. 1-9.
- McCurdy, M. (2015) Test-retest reliability of the Capute scales for neurodevelopmental screening of a high risk sample: Impact of test-retest interval and degree of neonatal risk. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*. 8. 233-241



APÊNDICE X – Questionário de Necessidades Formativas

Questionário

No âmbito do Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, após levantamento de Necessidades do Serviço, foi identificada a área das Necessidades de Saúde Especiais como prioritária a nível de intervenção. Necessidades de Saúde Especiais são definidas como:

(...) as necessidades que resultam dos problemas de saúde física e mental que tenham impacto na funcionalidade, produzam limitações acentuadas em qualquer órgão ou sistema, impliquem irregularidade na frequência escolar e possam comprometer o processo de aprendizagem” (Decreto-Lei 54/2018 da Presidência do Concelho de Ministros, 2018, p.2920).

A minha temática de Mestrado é “A Intervenção do Enfermeiro Especialista nas Transições – Da Prematuridade à Idade Adulta”. Dado o sucesso dos cuidados intensivos neonatais, surge o aumento da sobrevivência dos recém-nascidos prematuros, que após a alta necessitam de vigilância multidisciplinar dada a sua particular vulnerabilidade, uma vez que apresentam potenciais problemas a nível do desenvolvimento, com impacto a longo prazo no Neurodesenvolvimento, atraso no desenvolvimento cognitivo, e alterações no crescimento (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016). Também a família está exposta à insegurança e sentimentos de elevado sofrimento que esta vulnerabilidade acrescida impõe à família (SPN, 2016). Lin et al (2017) destaca a Broncodisplasia pulmonar como complicação da ventilação prolongada neonatal, e Hockenberry & Wilson (2014) identificam também outras áreas de Necessidades de Saúde Especiais.

Peço que selecionem 2 das seguintes opções:

Temática	Votos
Cuidados de Enfermagem à Família e Criança com Derivação Ventriculo-Peritoneal	
Cuidados de Enfermagem à Família e Criança com Traqueostomia	
Cuidados de Enfermagem à Família e Criança com PEG	
Cuidados de Enfermagem à Família e Criança com Colo/Ileostomia	
Cuidados de Enfermagem à Família e Criança com Apoio Ventilatório (Ventilação Domiciliária)	
Cuidados de Enfermagem à Criança com Implantofix	

Outro (Qual)	
--------------	--

Qual a Metodologia que Preferem:

Formação	
Manual de Apoio à Prática de Enfermagem	
Outra (Qual?)	

Obrigado pela Vossa Colaboração

Enfermeiro Luís Miguel Francisco

**APÊNDICE XI – Guia Orientador à Prática
de Enfermagem – Família e Criança com
Traqueostomia**

Cuidados de Enfermagem à Família e Criança com Traqueostomia

Guia Orientador à Prática de Enfermagem



Autor: Enfermeiro Luís Miguel Francisco, Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

Orientação: Enfermeira M., Professora Margarida Lourenço

Novembro, 2018

Nota Prévia

Este guia foi construído após o levantamento de necessidades à equipa do Serviço de Urgência Pediátrica. A metodologia escolhida pela equipa correspondeu à elaboração de um Guia de Orientação à Prática de Enfermagem.

Foi construído no âmbito do Projeto de Estágio do Enfermeiro Luís Miguel Francisco, Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, sob orientação da Enfermeira Marta Pereira e Professora Margarida Lourenço.

Esperamos que possam esclarecer as vossas dúvidas e aprofundar os conhecimentos tendo por base as referências bibliográficas que acompanham este guia, e que colocamos em anexo.

Agradecemos pela vossa colaboração no preenchimento do questionário de necessidades.

Enfermeiro Luís Miguel Francisco, 7 de Novembro de 2018

Introdução

A traqueostomia é um procedimento cirúrgico que permite a abertura da traqueia, entre o 2º e o 4º anel traqueal, formando um estoma (Hockenberry & Wilson, 2014). A cânula de traqueostomia é inserida na traqueia através deste estoma, garantindo assim a permeabilidade da via aérea (Hockenberry & Wilson, 2014).

Este procedimento tem sido aplicado a crianças de todas as idades, com predominância em crianças com idade inferior a 1 ano de idade, facto atribuído ao

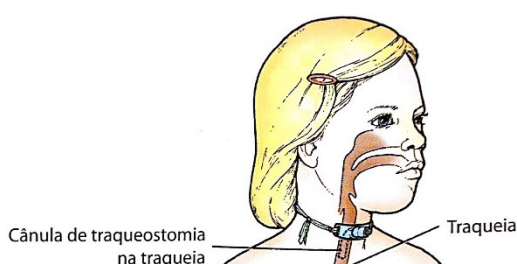


Figura 2- Cânula de Traqueostomia imobilizada corretamente com fita de pano. Retirado de Hockenberry & Wilson, 2014, p.1282



sistema de fixação da cânula.

As cânulas de traqueostomia são construídas em plástico ou *silastic*, e uma vez que são resistentes à temperatura corporal e à aderência de secreções, não têm cânula interior, ao contrário do que ocorre no adulto (Hockenberry & Wilson, 2014).

A criança com traqueostomia é uma criança com Necessidades de Saúde Especiais, uma vez que estas são definidas como:

(...) as necessidades que resultam dos problemas de saúde física e mental que tenham impacto na funcionalidade, produzam limitações acentuadas em qualquer órgão ou sistema, impliquem irregularidade na frequência escolar e possam comprometer o processo de aprendizagem” (Decreto-Lei 54/2018 da Presidência do Conselho de Ministros, 2018, p.2920).

Assim sendo, até aos 6 anos de idade deverão estar sinalizadas no Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), onde lhes é atribuído um Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) (Direção Geral de Saúde, DGS, 2018). No

contexto de urgência, em caso de internamento em Serviço de Observação (S.O.) é importante perceber o percurso junto da Família e Criança.

1. Cuidados de Enfermagem à Traqueostomia

A Família e a Criança com Traqueostomia têm necessidade de cuidados de enfermagem específicos, de modo a otimizar a ventilação da criança. No planeamento dos cuidados, bem como nos processos de educação para a saúde junto da família, tendo em vista o *empowerment*, devemos ter em conta que a criança de hoje será o adulto de amanhã. Isto significa que devemos dotar os cuidados de enfermagem com uma perspetiva desenvolvimentista, tanto na adequação à idade da criança, como através da intervenção precoce (exemplo: início precoce do treino da fala, referenciação ao SNIPI de modo a operacionalizar o contributo das equipas de intervenção em contexto comunitário, perspetivar impacto da traqueostomia na autoimagem, bem como na transição para a escola, desenvolvimento de relações interpessoais, entre outros) minimizando os riscos nas transições de desenvolvimento.

Os principais diagnósticos de enfermagem (segundo a Taxonomia CIPE) são:

- Limpeza das Vias Aéreas (Eficaz | Não Eficaz)
- Padrão Respiratório (Eficaz | Não Eficaz)
- Capacidade da Família para Limpeza das Vias Aéreas (Efetivo | Parcial | Ausente)
- *Coping* Familiar (Eficaz | Não Eficaz)
- Autoimagem (Comprometida | Não Comprometida)

Neste guia serão apenas trabalhadas as Intervenções de Enfermagem relativas aos primeiros 3 Diagnósticos de Enfermagem, contudo, fica lançado o desafio para um maior aprofundamento da temática. Será realizado um breve capítulo sobre Cuidados Centrados no Desenvolvimento.

1.1. Cuidados de Enfermagem ao Estoma

- Avaliar:
 - Características do Estoma e Região Peri-estoma.
 - Presença / Ausência de Secreções, Quantidade e Características
- Frequência:
 - Diariamente e sempre que se justifique.
- Procedimento:
 - Remover penso anterior
 - Retirar cuidadosamente as secreções com compressa embebida em Água Morna com Sabão ou Soro Fisiológico (SF, com maior grau de recomendação)
 - Substituir penso sempre que húmido ou repassado (diminui risco de infecção)
 - Opções de material para o penso:
 - Compressa cortada em Y
 - Placa Hidrocolóide
 - Penso Hidrocolóide Extrafino

1.2. Cuidados de Enfermagem na Substituição da Cânula de Traqueostomia

- Princípios:
 - Deverão estar presentes 2 pessoas
 - Deverá estar todo o material reunido antes do início do procedimento
 - Deverão ser utilizadas estratégias de distração / não farmacológicas da dor
 - Deverá ocorrer antes da refeição ou 2 horas após a refeição
 - Caso tenha alimentação contínua, deverá ser suspensa 1 hora antes do procedimento
- Posicionamento
 - Pescoço em Extensão
 - Contenção (Promove o Conforto)
- Material
 - Cânula de calibre igual ou inferior (Fig. 2)
 - Obturador (Figura 2)
 - Fitas de fixação (Algodão ou Velcro)
 - Sondas de Aspiração
 - Aspirador
 - Insuflador Manual
 - Lubrificante
 - Rolo de Posicionamento para os ombros
- Procedimento
 - Higienização das Mãos
 - Adequar medidas distrativas / não farmacológicas da dor ao estadiu de desenvolvimento da criança
 - Posicionar corretamente a criança
 - Avaliar necessidade de aspiração de secreções
 - Remover fita antiga
 - Remover cânula antiga

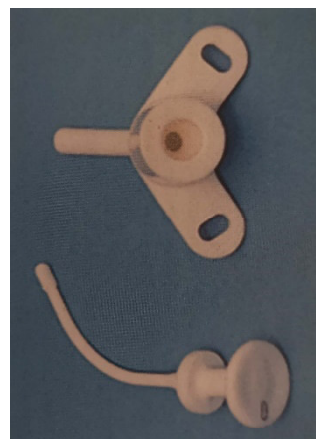


Figura 3- Cânula de Traqueostomia e Obturador retirado de Hockenberry & Wilson (2014)

- Inserir nova cânula suavemente no estoma
 - Movimento para baixo e para a frente, respeitando a curvatura da traqueia.
- Remover o obturador
- Colocar a fita de fixação
 - Se fita de Algodão dar 3 nós
 - Apertar de modo a caber 1 dedo entre a fita e o pescoço
 - Colocar o pescoço em flexão durante a colocação da fita
- Avaliar padrão respiratório

1.3. Cuidados de Enfermagem durante a Aspiração de Secreções à Traqueostomia

- Princípios:
 - Realização no Hospital: Utilizar Técnica Asséptica
 - Realização no Domicílio: Utilizar Técnica Limpa
 - Instilação de Soro Fisiológico
 - A investigação não recomenda a utilização de soro fisiológico na aspiração de secreções por rotina
 - Sonda de Aspiração
 - A sonda de aspiração deverá ocupar somente metade do calibre da cânula
 - O comprimento da sonda de aspiração a introduzir deverá corresponder à soma entre o comprimento da cânula + 0,5cm
 - Aspirador (Pressão):
 - Lactentes e Crianças mais Velhas: 60 a 100mmHg
 - Recém-Nascidos Pré-Termo: 40 a 60mmHg
 - Recomenda-se o uso da pressão mais baixa do limite de segurança
- Material:
 - Sondas de Aspiração
 - Aspirador
 - Luvas Estéreis / Luvas Limpas
 - Compressas
 - Soro Fisiológico (S.O.S.)
 - Fonte de Oxigénio (S.O.S)
 - Insuflador Manual (S.O.S)
- Procedimento:
 - Preparar todo o Material (incluindo testar aspirador e validar pressão)
 - Higienização das Mãos

- Operacionalizar medidas distrativas / não farmacológicas da dor
- Inserir sonda (atendendo à medição previamente realizada) (Ver Figura 3)
- Aspirar durante 5 segundos (se lactente) ou 10 segundos (criança mais velha)
- Realizar pequenos movimentos circulares durante a aspiração
- Aguardar 30 a 60 segundos entre aspirações
- Avaliar padrão respiratório
- Avaliar características das secreções
- Orientações Adicionais:
 - Criança com Oxigénio suplementar
 - $\text{FiO}_2 > 40\%$, realizar hiperinsuflação com insuflador manual
 - $\text{FiO}_2 \leq 40\%$, não está indicado. Avaliar tolerância da desconexão por períodos
 - Presença de secreções espessas
 - Providenciar Ar Atmosférico Humidificado
 - Providenciar Oxigénio Humidificado
 - No domicílio
 - Os pais podem lavar a sonda e aplicar álcool externamente.

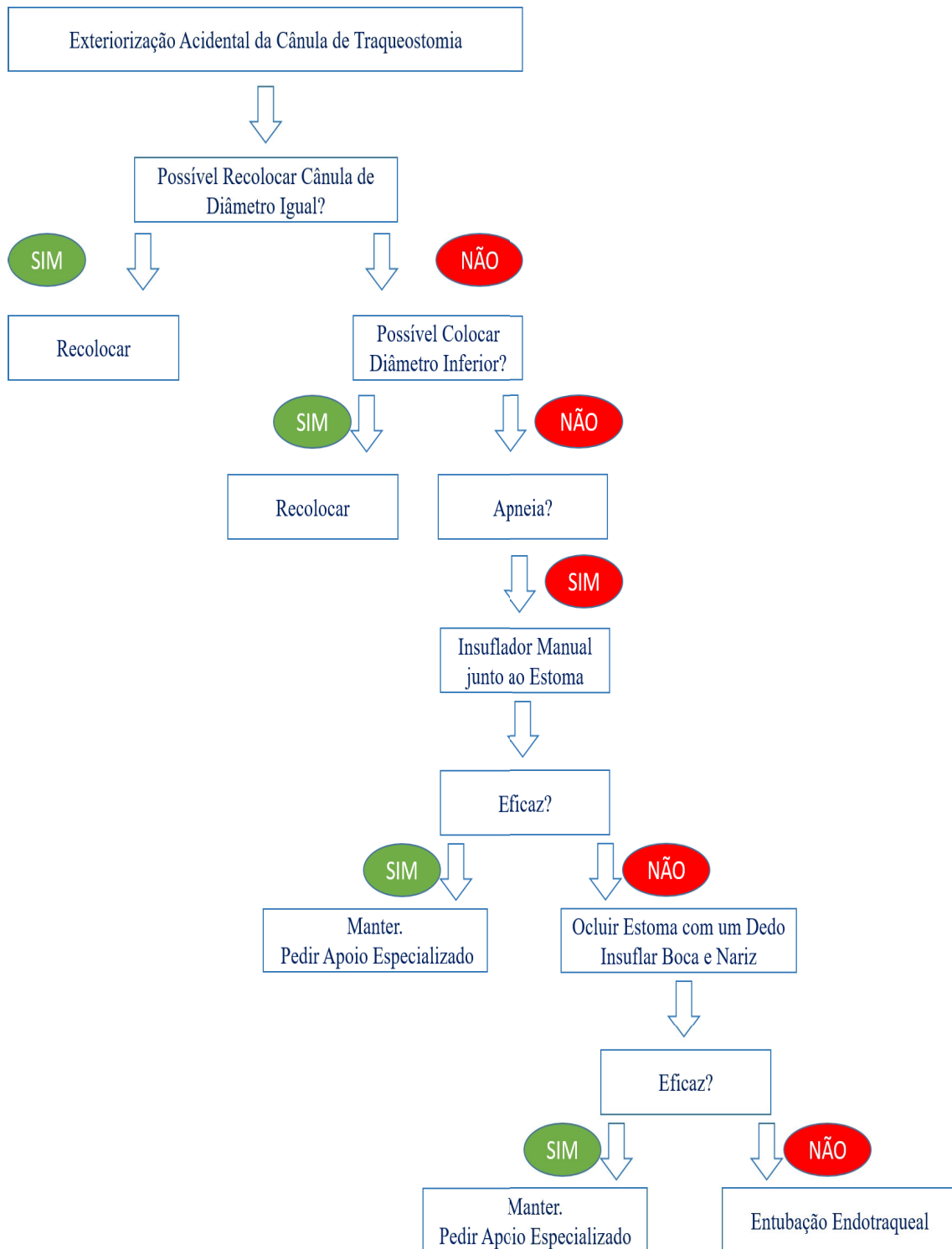
1.4. Atuação do Enfermeiro em Emergências relacionadas com Cânula de Traqueostomia

1.4.1. Obstrução da Cânula

Em caso de obstrução da cânula, deve-se proceder à aspiração de secreções e mudança da cânula caso necessário.

1.4.2. Exteriorização Acidental

Em caso de exteriorização acidental, deve atuar-se de acordo com o seguinte Fluxograma:



Bibliografia

- Fraga, J., Souza, J. & Kruehl, J. (2009) Traqueostomia na Criança. *Jornal de Pediatria*. 52(2). 97-103.
- Presidência do Conselho de Ministros (2018) Decreto-Lei 54/2018 de 23 de Julho - Estabelece o regime jurídico da educação inclusiva. 2918-2928
- Hockenberry, M.L., Wilson, D. (2014) *WONG – Enfermagem da Criança e do Adolescente – Volume 1*. 9ªed. Lusociência: Loures.
- Direção Geral de Saúde - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância - Consultado a: 31/10/2018, Disponível em: <https://www.dgs.pt/sistema-nacional-de-intervencao-precoce-na-infancia.aspx>

**APÊNDICE XII – Guia Orientador à Prática
de Enfermagem – Família e Criança com
Ventilação Domiciliária**

Cuidados de Enfermagem à Família e Criança com Ventilação Domiciliária

Guia Orientador à Prática de Enfermagem



Autor: Enfermeiro Luís Miguel Francisco, Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil e Pediatria

Orientação: Enfermeira M., Professora Margarida Lourenço

Novembro, 2018

Nota Prévia

Este guia foi construído após o levantamento de necessidades à equipa do Serviço de Urgência Pediátrica. A metodologia escolhida pela equipa correspondeu à elaboração de um Guia de Orientação à Prática de Enfermagem.

Foi construído no âmbito do Projeto de Estágio do Enfermeiro Luís Miguel Francisco, Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, sob orientação da Enfermeira Marta Pereira e Professora Margarida Lourenço.

Esperamos que possam esclarecer as vossas dúvidas e aprofundar os conhecimentos tendo por base as referências bibliográficas que acompanham este guia, e que colocamos em anexo.

Agradecemos pela vossa colaboração no preenchimento do questionário de necessidades.

Enfermeiro Luís Miguel Francisco, 7 de Novembro de 2018

Introdução

Atualmente verifica-se uma diminuição da mortalidade infantil acompanhada do aumento das morbidades infantis, como é o exemplo da doença respiratória crónica, que levantes sérios e complexos desafios aos profissionais de saúde (Costa et al, 2010; Hockenberry & Wilson, 2014).

Um dos atuais desafios compreende a família e a criança dependente de tecnologia, secundário a doenças genéticas, degenerativas, patologia pulmonar, trauma, dependência prolongada de ventilação entre outras (Lima & Ribeiro, 2009; Costa et al, 2010).

A investigação atual reconhece o aumento do número de crianças dependentes de ventilação domiciliária, e identifica a necessidade de maior monitorização face as outras situações (Russ & Agus, 2015).

Torna-se fundamental perceber qual a Intervenção do Enfermeiro face à Família e Criança dependente de Ventilação.

1. Intervenção do Enfermeiro

Relativamente ao Ventilador:

- Compreender o funcionamento do ventilador
- Identificar sinais de mau funcionamento
- Identificar as alterações nos parâmetros definidos
- Otimizar interface (em caso de Ventilação Não Invasiva) promovendo minimização das alterações nas pressões.

Relativamente à Criança

- Avaliar continuamente os Sinais Vitais
 - Particular atenção no Padrão Respiratório e Saturação Periférica de Oxigénio
 - Eventualmente poderá ser necessária gasometria
- Prevenir desconexão acidental
- Alternar decúbitos
- Aspiração de secreções sempre que necessário
- Despiste dos efeitos secundários da Ventilação
- Prestar cuidado emocional
- Promover o conforto
- Reforçar importância do papel parental
- Atender às necessidades de hidratação da criança
- Todas as crianças com ventilação mecânica devem ter monitorização cardiorrespiratória.

(Hockenberry & Wilson, 2014)

NOTA: A definição de parâmetros dos ventiladores é da responsabilidade do médico.

2. Ventilação – Conceitos Básicos

O ciclo respiratório apresenta 2 fases, a fase inspiratória e expiratória. Na fase inspiratória ocorre contração dos músculos respiratórios levando a uma pressão negativa intratorácica, que leva o ar para dentro dos pulmões. Na fase expiratória, dá-se a saída do ar de forma passiva, pela força elástica do pulmão.

Segundo Júnior et al (2014) o volume de ar que entra nos pulmões depende da:

- *Compliance* – capacidade elástica dos pulmões e caixa torácica, implicando a variação do volume pulmonar através da variação de pressão.
- Resistência – dificuldade de passagem do ar pela vias aéreas.

Importa compreender o conceito de Volume Corrente, que “expressa o volume de ar que entre e sai dos pulmões a cada ciclo respiratório” (Júnior et al, 2014; Hockenberry & Wilson, 2014).

A capacidade residual funcional (ar residual nos pulmões após fase de expiração) é menor na criança, em relação ao volume de colapso pulmonar, estando a criança sujeita a maior risco de ocorrência de atelectasias (Júnior et al, 2014). Na criança, o uso da Pressão Positiva Expiratória, comumente conhecida como PEEP, previne o colapso alveolar e promove a recuperação da expansão pulmonar (Júnior et al, 2014).

3. Tipos de Ventilação

No mercado atual existem múltiplos ventiladores de variadas marcas, contudo, podem ser classificados através da identificação dos fatores que regulam o ciclo respiratório (Hockenberry & Wilson, 2014).

A tabela 1 identifica os 3 tipos de Ventilador:

Regulado por Pressão	<p>“A Inspiração termina quando a pressão inspiratória pré-definida é obtida. O volume administrado difere bastante e depende do fluxo de ar. A <i>compliance</i> pulmonar altera o volume corrente mesmo que a pressão permaneça constante”</p> <p>(Hockenberry & Wilson, 2014, p.1278)</p>
Regulado por Volume	<p>“A inspiração termina quando o volume pré-definido (volume corrente) é atingido. A <i>compliance</i> pulmonar e a resistência alteram a pressão necessária para administrar o volume pré-definido”</p> <p>(Hockenberry & Wilson, 2014, p.1278)</p>
Regulado por Tempo	<p>“A inspiração termina quando o tempo pré-definido é alcançado. O volume corrente é afetado pelo comprimento do circuito do ventilador, a <i>compliance</i> pulmonar, resistência e fluxo de ar. A duração da pressão inspiratória é afetada pelo tempo pré-definido inspiratório e o fluxo de ar”</p> <p>(Hockenberry & Wilson, 2014, p.1278)</p>

4. Complicações da Ventilação

Segundo Júnior et al (2014) e Hockenberry Wilson (2014) as principais complicações da ventilação são:

- Barotrauma
- Volutrauma
 - Pode levar ao Edema Pulmonar
- Alterações nos Sistemas
 - Diminuição do Débito Urinário
 - Diminuição da *clearance* da creatinina com aumento dos níveis da hormona antidiurética
- Toxicidade
 - Diminuição da atividade dos Cílios
- Infecção
- Hipoventilação

Conclusão

A elaboração deste guia permitiu identificar o papel e intervenções do Enfermeiro na criança com Ventilação Domiciliária, bem como relembrar o mecanismo de Ventilação, explicitar os tipos de ventiladores existentes e as principais complicações da ventilação a que o Enfermeiro deve estar atento, de modo a poder agir precocemente possível.

Bibliografia

- Hockenberry, M.L., Wilson, D. (2014) *WONG – Enfermagem da Criança e do Adolescente – Volume 1*. 9ªed. Lusociência: Loures.
- Costa, M.; Pinto, M. & Gomes, M. (2010) Dependência crônica de ventilação pulmonar mecânica na assistência pediátrica: um debate necessário para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 16(10). 4147-4159.
- Lima, E. & Ribeiro, N. (2009) A família cuidando o filho dependente de ventilação mecânica no domicílio. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 8. 110-116.
- Russ, C. & Agus, M. (2015) Triage of Intermediate-Care Patients in Pediatric Hospitals. *Hospital Pediatrics*. 5(10) 542-547
- Júnior, C.; Frizzone, D.; Xavier, P. & Bonisson, A. (2014) Ventilação Mecânica em Pediatria: Conceitos Básicos. *Revista Médica de Minas Gerais*. 24. S4-S10.

APÊNDICE XIII – Instrução de Trabalho
“Projeto Enfermeiro de Referência”

Enfermeiro de Referência – Enquadramento das Funções na UCIP e Revisão do Projeto de Implementação

1. Objetivo

Este documento tem como principais objetivos:

- Lembrar o método de organização dos cuidados por enfermeiro (Enf.º) de Referência
- Apresentar as medidas para a dinamização do método na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP)
- Apresentar as mudanças introduzidas ao projeto

2. Âmbito de Aplicação

Enfermeiros da UCIP.

3. Siglas, Abreviaturas e Definições

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

HDE – Hospital Dona Estefânia

DC – Doença Crónica

UCERN – Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais

Enf.º - Enfermeiro

NSE – Necessidades de Saúde Especiais

DE – Diagnóstico de Enfermagem

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

4. Instrução de Trabalho

4.1. Introdução

Os avanços tecnológicos e terapêuticos a que temos assistido nos últimos tempos, têm levado a um aumento significativo dos cuidados de saúde direcionados a condições pediátricas crónicas (Hockenberry & Wilson, 2014). O declínio da mortalidade infantil levou a um aumento do número de crianças com necessidades especiais de saúde, com implicações para as dotações dos serviços, tendo a doença aguda sido ultrapassada pela doença crónica em Pediatria (Jackson, 2009; Palfrey & Richmond, 2005 citados por Hockenberry & Wilson, 2014).

A *Maternal and Child Health Bureau* definiu criança com necessidades de Saúde Especiais (NSE) como:

“(...) crianças que estão em risco, ou têm risco aumentado para situações crónicas a nível físico, comportamental ou emocional e que requerem serviços de saúde e outros qualitativamente e quantitativamente superiores aos requeridos pelas crianças em geral.” (Msall, Avery, Tremont et al, 2003 citados por Hockenberry & Wilson, 2014, p.898).

Em Portugal, o decreto-lei 54/2018 define NSE como:

(...) as necessidades que resultam dos problemas de saúde física e mental que tenham impacto na funcionalidade, produzam limitações acentuadas em qualquer órgão ou sistema, impliquem irregularidade na frequência escolar e possam comprometer o processo de aprendizagem” (Presidência do Concelho de Ministros, 2018, p.2920)

Torna-se necessário definir palavras-chave que se encontram intimamente relacionadas com crianças com NSE, nomeadamente:

Tabela 1 - Retirado de: Hockenberry & Wilson (2014)

<i>Doença Crónica</i>	<i>“Uma condição que interfere com o funcionamento do dia-a-dia por mais de 3 meses num ano, causa hospitalização por mais de 1 mês num ano, ou (no momento do diagnóstico) tem a probabilidade de causar ambas as situações.”</i>
<i>Incapacidade Congénita</i>	<i>“Uma incapacidade que existe desde o nascimento mas que não é, necessariamente, hereditária.”</i>

Atraso do Desenvolvimento	<i>“Um desfasamento maturacional; um desenvolvimento não característico, mais lento, no qual a criança demonstra um nível de funcionamento abaixo do que é observado numa criança normal da mesma idade.”</i>
Incapacidade	<i>“Uma redução de longa duração na capacidade da criança se envolver nas atividades do dia-a-dia (ex: brincar, frequentar a escola) devido a uma doença crónica.”</i>
Deficiência	<i>“Uma perda ou anomalia de estrutura ou função”</i>
Criança dependente da Tecnologia	<i>“Uma criança com idade até aos 21 anos, com uma incapacidade crónica que exige, por rotina, a utilização de equipamento médico para compensar a perda de uma função corporal de suporte de vida; que requer cuidados contínuos, diários e/ou monitorização por pessoal treinado.”</i>

Na infância, as situações crónicas que causam incapacidade são as doenças respiratórias, dificuldades na fala e funções sensoriais, e perturbações mentais ou do sistema nervoso (Arango, 2005 citado por Hockenberry & Wilson, 2014).

A DC tem impacto na dinâmica familiar uma vez que coloca à família tarefas adicionais, bem como responsabilidades e preocupações (ver tabela 2) (Hockenberry & Wilson, 2014).

TABELA 2 – FONTE: HOCKENBERRY & WILSON (2014)

PREOCUPAÇÕES DA FAMÍLIA DA CRIANÇA COM DC

- Necessidade de Cuidados Adicionais à Criança
- Identificação e Acesso a Serviços de Saúde
- Educação para a Saúde
- Pagamento de Serviços
- Incerteza quando ao Futuro
- Luto Emocional
- Reações de Estigmatização por parte da comunidade
- Isolamento e Perda de oportunidades

A família, perante uma situação de criança com DC pode atuar como moderadora, por forma atenuar os efeitos negativos da doença, proporcionando à criança um ambiente facilitador para o seu desenvolvimento e integração em atividades sociais, o que em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, se traduz na filosofia dos cuidados centrados na família, definidos como:

“(...) uma abordagem aos cuidados de saúde que estrutura as políticas de cuidados de saúde, os programas, a organização dos serviços e as interações entre clientes, família, médicos e outros profissionais de saúde” (American Academy of Pediatrics, 2003 citado por Hockenberry & Wilson, 2014).

Na UCIP encontramos a criança e família em contexto de hospitalização, e a literatura aponta como principais agentes stressores ligados à hospitalização (Hockenberry & Wilson (2014) os seguintes:

- Ansiedade de Separação dos Pais e entes queridos;
- Perda de Controlo / Perda de Autonomia
- Lesão Corporal
 - Desconforto
 - Dor
 - Mutilação
- Medo da Morte

Estes stressores terão impacto diferente de acordo com o estadio de desenvolvimento de cada criança, devendo a intervenção específica do Enf.º adequar-se face a essa mesma especificidade.

Ao Enf.º compete ter um papel ativo no rastreio precoce, identificação de casos e apreciação, bem como na implementação de intervenções tendo em vista suporte e educação para a saúde, procurando minimizar os efeitos disruptivos da DC no contexto familiar (Hockenberry & Wilson, 2014). É a partir da comunicação com a criança e família que se estabelece uma relação de ajuda, proporcionando-se assim um ambiente terapêutico. Incentivar os pais a participar nas atividades e cuidados com a criança pode ser uma estratégia positiva para a sua rápida recuperação, dado

que é gratificante para ela sentir-se compreendida e apoiada pelos pais (Redondeiro, 2003; Hockenberry & Wilson, 2014).

Segundo Serrão e Nunes (1998), a relação terapêutica é triangular: criança - Enf.º - pais, em que a parceria entre os intervenientes emerge quando se estabelece uma relação de confiança e empatia entre eles. A partir desta parceria, é realizado um levantamento das necessidades da criança, de forma a construir um plano em que os pais deverão ser envolvidos em tudo que lhe for realizado. Este facto permitirá que partilhem mais facilmente os cuidados à criança, tornando-os verdadeiramente individualizados (Espezel & Canam, 2003).

O método de prestação de cuidados por Enfermeiro de Referência é um método de responsabilidade fixa que garante a avaliação individual do enfermeiro e dos efeitos individuais deste através dos cuidados prestados (Santos, citando Pearson, 1988). Nesta metodologia de trabalho o foco de enfermagem é o cliente, e o cuidar procura a individualização de alta qualidade, onde o cliente tem um papel ativo (Santos, citando Pinheiro, 1994). Dada a impossibilidade da permanência 24h/24h do enfermeiro de referência, importa referir que este trabalha em associação com os outros enfermeiros que o substituem, aos quais se dá o nome de “enfermeiros associados” (Santos et al, 2015).

4.2. Papel do Enfermeiro de Referência aquando da admissão/acolhimento do doente ao Serviço

- Apresentar-se pelo nome
- Informar a criança e família de vai ser o seu Enf.º de referência
- Mostrar as instalações à criança / família (atendendo, sempre que possível, à vontade e situação clínica)
- Apresentar a restante equipa
- Realizar a recolha de dados sobre a criança e família (história de saúde individual e familiar, hábitos e rotinas, contexto sociofamiliar, etc) através do Sclinico

- Esclarecer dúvidas
- Elaborar o plano individual de cuidados de enfermagem

4.3. Atribuições do Enf.º de referência na equipa multidisciplinar durante o Internamento e Transferência

- Método Inicia-se com todas as crianças com internamento superior a 7 dias
- Gerir a Informação da Criança e Família
- Gerir o Processo de Enfermagem
- Envolver a criança e família e/ou cuidadores no processo de prestação de cuidados
- Gerir as transições vivenciadas pela criança e família
- Gerir processo de adesão ao regime terapêutico e medicamentoso
- Avaliar necessidades da criança e família
- Envolver os profissionais adequados de acordo com as necessidades identificadas
- Mediar a reação da tríade de intervenientes
- Planear a transferência e articular com restantes intervenientes
- Articular plano de cuidados com a restante equipa
- Supervisionar a prestação de cuidados
- Gerir o fluxo de informação e conhecimento entre a criança/família e os profissionais
- Participar em reuniões de equipa multidisciplinar
- Realizar e registar pontos de situação
- Implementar programa de Educação para a Saúde individualizado
- Minimizar fatores stressores
- Preparar deste o 1º momento o Processo de Transferência

4.4. Reuniões de Ponto de Situação

- **Intervenientes:**
 - Equipa Multidisciplinar (o representante da equipa de enfermagem deverá ser o enfermeiro de referência ou por impossibilidade, a enfermeira Filomena)
 - Família / Cuidador quando necessário
- **Têm como objetivos:**
 - Registo contínuo de alterações significativas - transmissão de informação entre os diferentes elementos da equipa
 - Programação de reuniões
- **Periodicidade**
 - 1ª Reunião até 15 dias após início do projeto
 - Posteriormente 1 reunião mensal
- **Aspetos a abordar:**
 - Transmissão de Informação sobre a evolução da criança ao longo do internamento
 - Plano terapêutico / de cuidados da equipa multidisciplinar
 - Objetivos / expectativas da equipa
 - Esclarecimento sobre os recursos colocados à disposição da criança / família
 - Avaliação dos conhecimentos da criança / família
 - Avaliação da perceção da criança / família sobre a sua evolução ao longo internamento e planos futuros
 - Esclarecimento de dúvidas
 - Avaliação das condições sociofamiliares
 - Avaliação dos recursos familiares e comunitários
 - Estabelecer um plano de educação para a saúde

4.5. Nota de Transferência

A nota de transferência da criança e família com Enfermeiro de Referência prevê na sua estrutura a adição de campos complementares de avaliação e monitorização da criança ao longo do internamento, nomeadamente:

Poderá ser realizado por qualquer enfermeiro da equipa que fará o registo de acontecimentos importantes nas notas de evolução (uma vez que o Enf.º de Referência poderá estar ausente do serviço).

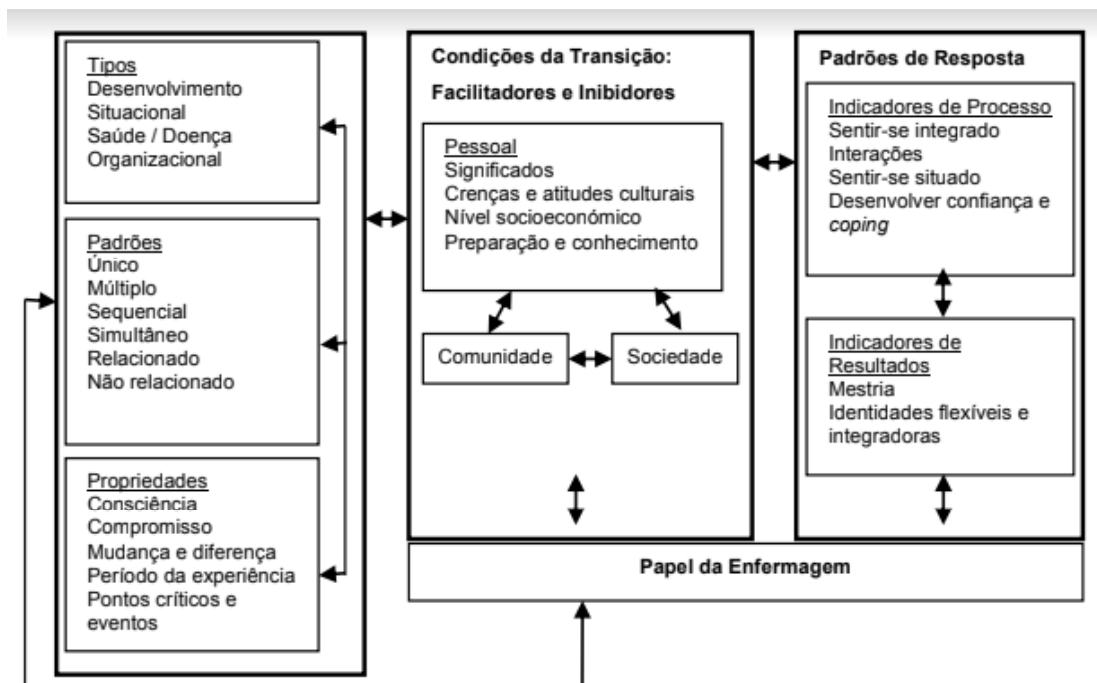
4.6. Orientações Específicas para a Abordagem de Enfermagem à Criança Nascida Prematura / Baixo Peso e Família internada na UCIP

O desenvolvimento da medicina neonatal e investigação permitem a sobrevivência de bebés nascido prematuramente e com peso inferior a 1500gramas (Linhares et al, 2000) como é o caso de Portugal em que se registam no Instituto Nacional de Estatística (INE, 2017) e pela SPN (2016) 7,8% da população de nados-vivos nascidos em Portugal no ano de 2016, corresponde a nados-vivos prematuros.

Uma breve revisão da literatura acerca da vigilância de enfermagem à criança nascida prematura revela-nos que este grupo apresenta vulnerabilidade acrescida relativamente ao desenvolvimento global, desenvolvimento emocional, desenvolvimento motor e Neurodesenvolvimento (Dempsey, Abrahamson & Keller-Margulis, 2016; Lehner & Sadler, 2015; Schappin et al, 2014; Ustad et al, 2015; McCurdy, 2015), havendo ainda autores que definem as áreas de comprometimento como as seguintes: crescimento físico, cognitiva, comportamental e aprendizagem (Linhares et al, 2000). Também o baixo peso ao nascer leva a uma maior probabilidade de surgirem problemas de desenvolvimento, por vezes com sequelas de difícil reversão (Linhares et al, 200; Hockenberry & Wilson, 2014).

Sabendo igualmente que a hospitalização acresce stressores, tal como anteriormente referido, podemos afirmar que este se situam, de acordo com a Teoria das Transições de Afaf Meleis (Tomey & Alligood, 2004; Santos et al, 2015) como fatores inibidores das transições que a criança e família. Importa definir o conceito de

transição: “(...) uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro”(Santos et al, 2015 p.157 citando Chick & Meleis, 1986). A Teoria das Transições traduz-se no seguinte esquema representativo (retirado de Santos et al, 2015, p.157 citando Meleis et al, 2010):



A prematuridade e/ou baixo peso ao nascer, como fator de vulnerabilidade acrescida, encontra-se também como fator inibidor das transições, uma vez que a evidência aponta para maior risco de atraso no desenvolvimento ou alterações no desenvolvimento nas áreas previamente referidas. Este facto leva-nos a levantar os seguintes Diagnósticos de Enfermagem (DE) segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE): Desenvolvimento Comprometido, Risco ou Desenvolvimento, Comprometido. Quando existe de facto DE: Desenvolvimento, Comprometido, então estamos perante perturbações de desenvolvimento, decorrentes da sua prematuridade / baixo peso ao nascer, de onde pode igualmente advir deficiência / doença crónica (congénita ou por complicações da prematuridade) necessitando de cuidados acrescido (vulnerabilidade acrescida) (PNSJI, 2013).

Em Portugal encontramos o Plano Nacional de Saúde (2016) e no caso particular da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria encontramos o Programa Nacional de

Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ, 2013). O PNSIJ (2013) preconiza o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) criado pelo Decreto-Lei nº 281/2009, de 6 de Outubro e que define critérios de elegibilidade para Intervenção Precoce na Infância 2 grupos, nomeadamente:

- 1º Grupo: *“Alterações nas Funções ou Estruturas do Corpo que limitam o normal desenvolvimento e a participação nas atividades típicas tendo em conta os referenciais de desenvolvimento próprios para a respetiva idade e contexto social” (PNSJI, 2013, p.33)*
- 2º Grupo: *“Risco grave de atraso de desenvolvimento pela existência de condições biológicas, psicoafetivas ou ambientais, que implicam uma alta probabilidade de atraso relevante no desenvolvimento da criança” (PNSJI, 2013, p.33)*

O SNIPI considera elegíveis todas as crianças do 1º grupo e do 2º grupo que reúnam 4 ou mais fatores (PNSIJ, 2013). A referenciação poderá ser realizada por um médico assistente ou enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria e/ou enfermeiro de família, através da identificação das necessidades de saúde especiais de cada criança e com o objetivo de promover a articulação entre intervenientes da prestação de cuidados, tendo em vista a continuidade dos cuidados (PNSJI, 2013).

A UCIP recebe crianças nascidas prematuras e baixo peso ao nascer provenientes da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais (UCERN), Internamento de Pediatria Médica 1ª Infância, bem como em situação de agudização, provenientes do Serviço de Urgência Pediátrica.

4.6.1. Intervenções Adicionais

- Enfermeiro de Cuidados Gerais
 - Todas as anteriores

- Identificar na Folha de Registos de Enfermagem da UCIP, na caixa “Problemas Identificados” o DE: Desenvolvimento Comprometido, Risco”
 - Preencher “Folha de Processo de Enfermagem - Enfermeiro de Referência - Criança Nascida Prematura/Baixo Peso”
 - Referenciar para Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria da Equipa da UCIP sempre que necessário.
- Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria
 - Todas as anteriores
 - Avaliação do Desenvolvimento de Acordo com Estado Global da Criança
 - Identificar na Folha de Registos de Enfermagem da UCIP, na caixa “Problemas Identificados” o DE: Desenvolvimento, Comprometido” quando presente.
 - Análise dos Critérios para Referenciação ao SNIPI
 - Referenciação ao SNIPI

4.7. Orientações Específicas para a Abordagem de Enfermagem à Criança e Família com necessidade de Cuidados Paliativos Pediátricos

Os Cuidados Paliativos Pediátricos visam assegurar a prestação de cuidados adequados às necessidades, desejos e preferências da criança e família, portadores de DC complexa, limitante ou que ameace a vida, até à morte e nos cuidados pós-morte, podendo iniciar-se mesmo antes do nascimento (Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, GSEAMS, 2014). O aumento da sobrevivência de crianças com doenças raras impõe igualmente desafios, sobretudo nos processos de transição, tal como é o exemplo da transição para a idade adulta e articulação com os Cuidados Paliativos (GSEAMS, 2014).

Em Portugal, só em 2011 morreram cerca de 200 crianças (de 6000 estimadas com necessidades de cuidados paliativos) apenas 1 em cada 9 morreram em casa, o que levante grandes desafios para os contextos assistenciais em pediatria onde se verificam maior número de mortes (GSEAMS, 2014), como é o caso da UCIP, onde se destaca igualmente a forte presença, por exemplo, de crianças portadoras de doença rara ou doença oncológica.

Em Portugal, os Cuidados Paliativos são regulados pela Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei 52/2012, de 5 de setembro). Deste modo, torna-se fundamental clarificar os principais conceitos e princípios inerentes aos Cuidados Paliativos:

Principais Conceitos em Cuidados Paliativos (Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, Lei 52/2012, de 5 de Setembro, p.5119)

Cuidados Paliativos	<i>“Cuidados Ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais”</i>
Ações Paliativas	

**Obstinação
Diagnóstica e
Terapêutica**

“As medidas terapêuticas sem intuito curativo, isoladas e praticadas por profissionais sem preparação específica, que visam minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente, nomeadamente em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva”

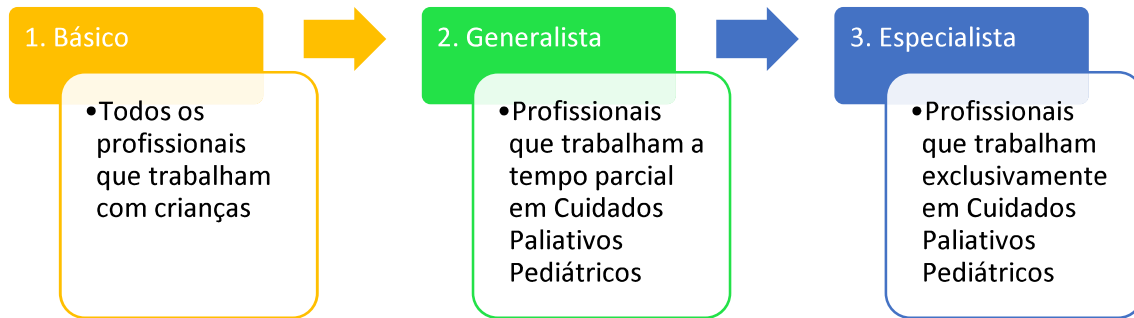
“Os procedimentos diagnósticos e terapêuticos que são desproporcionados e fúteis, no contexto global de cada doente, sem que daí advenha qualquer benefício para o mesmo, e que podem, por si próprios, causar sofrimento acrescido”

**Princípios para a prestação de cuidados de qualidade em Cuidados
Paliativos Pediátricos (GSEAMS,2014)**

1. Adesão à definição da Organização Mundial de Saúde (OMS)
 - 1.1. *“Cuidado ativo e total prestado à criança, no contexto do seu corpo, mente e espírito, bem como o suporte oferecido a toda a sua família (...) o cuidado paliativo deve ser iniciado quando a doença crônica é diagnosticada, devendo caminhar concomitantemente com o tratamento curativo (...)”* (Valadares et al, 2013, p.487 citando OMS, 1998)
2. Filosofia dos Cuidados Centrados na Família
3. Prestação de Cuidados no local preferido
4. Prestação de cuidados baseada nas necessidades (desde o diagnóstico até depois da morte)
5. Partilha de decisão entre criança – família – profissionais
6. Existência de profissionais com formação, treino e experiência em pediatria
 - 6.1. Destaca-se a formação em Fisiopatologia, Ética, Comunicação e Luto
7. Existência de trabalho em equipa interdisciplinares
8. Existência de redes integradas de Serviços
9. Existência de gestor de caso (no caso da UCIP podemos traduz este princípio através da existência do Enfermeiro de Referência)
10. Promover o descanso do cuidador

11. Prestar suporte permanente

A literatura aponta para a existência de 3 níveis de prestação de cuidados paliativos pediátricos (GSEAMS, 2014):



Atualmente na UCIP apenas temos profissionais de nível 1 ou nível 2 dada a prestação de cuidados a crianças com necessidade de cuidados paliativos pediátricos.

4.7.2. Intervenções Adicionais

- Promover o conforto
 - Recolher história de dor
 - Monitorizar a dor
 - Implementar plano de controlo da dor
- Promover a Esperança (Charepe, 2014).
- Prestar apoio emocional (Diogo, 2012)

Nota: É necessário na próxima versão da Instrução desenvolver este capítulo.

Bibliografia

1. Instituto Nacional de Estatística (2017) *Estatísticas Demográficas 2016*. Instituto Nacional de Estatística: Lisboa.
2. Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2016) Nacer Prematuro em Portugal. Disponível em: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/nascerprematuroportugal1.pdf> Consultado a: 20 de Maio de 2018.
3. Direção Geral de Saúde (2013) *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Direção Geral de Saúde: Lisboa.
4. Meeks, M.; Hallsworth, M.; Yeo, H. (2010) *Nursing the Neonate*. Wiley-Blackwell. 2ªEd. Chennai: India.
5. Hockenberry, M.L., Wilson, D. (2014) *WONG – Enfermagem da Criança e do Adolescente – Volume 1*. 9ªed. Lusociência: Loures.
6. The Joanna Briggs Institute (2015) *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 Methodology for JBI Scoping Reviews*. The Joanna Briggs Institute: Austrália.
7. Dempsey, A.G., Abrahamson, C.W. & Keller-Margulis, M.A. (2016) Developmental Screening Among Children Born Preterm in a High-Risk Follow-Up Clinic. *Journal of Pediatric Psychology*. 41(5). 573-581.
8. Lehner, D.C. & Sadler, L.S. (2015) Toddler Developmental Delays After Extensive Hospitalization: Primary Care Practitioner Guidelines. *Pediatric Nursing*. 41(5). 236-242
9. Casey, P.H., Irby, C., Withers, S., Dorsey, S., Li, J. & Rettiganti, M.(2017) Home Visiting and the Health of Preterm Infants. *Clinical Pediatrics*. 56(9). 828-837.
10. Schappin et al (2014) Primary Care Triple P for Parents of NICU graduates with behavioral problems: a randomized, clinical trial using observations of parent-child interactions. *BMC Pediatrics*. 305(14). 1-12.

11. Ustad, T. et al (2016) Test-Retest reliability of The test of infant motor Performance Screening Items in Infants at Risk for impaired functional motor performance. *Early Human Development*. 93. 43-46
12. McCurdy, M. (2015) Test-retest reliability of the Capute scales for neurodevelopmental screening of a high risk sample: Impact of test-retest interval and degree of neonatal risk. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*. 8. 233-241
13. Graça, P. (2013) *Aferição para a população portuguesa da escala de desenvolvimento: ages & stages questionnaires (ASQ-3) dos 30 aos 60 meses*. Tese de Doutoramento em Estudos da Criança (área de especialização em educação especial). Universidade do Minho.
14. Direção Geral de Saúde (2016) *Plano Nacional de Saúde 2016-2020*. Direção Geral de Saúde: Lisboa
15. Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E. & Azevedo, I. (2015). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium*. 49.

INSTRUMENTO DE OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO

Processo de Enfermagem - Enfermeiro de Referência - Criança Nascida Prematura / Baixo Peso

Identificação (4 nomes)		Idade Cronológica		Nº Processo	
		Idade Corrigida		Nº Episódio	
Enfermeiro Referência			Categoria		

Transições Identificadas	
Saúde / Doença	Desenvolvimento
Situacional	Organizacional

Fatores Facilitadores	Fatores Inibidores

Diagnósticos de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
DE: Desenvolvimento Comprometido, Risco <input type="checkbox"/> <i>Justificação:</i>	Av. Desenvolvimento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Referenciação SNIPI: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quem: _____ Referenciação (outros/quais): _____
DE: Desenvolvimento, Comprometido <input type="checkbox"/> <i>Justificação:</i>	OUTRAS INTERVENÇÕES RELEVANTES: _____ _____

OUTROS DIAGNÓSTICOS RELEVANTE:	
---------------------------------------	--

Indicadores de Processo / Resultado

Reuniões de Ponto de Situação

NOTA ALTA / TRANSFERÊNCIA	
DATA DA TRANSFERENCIA	

APÊNDICE XIV – Folheto de Ensinos aos Pais (Cuidados à Traqueostomia)

Situações de Emergência

Obstrução da Câmula

- Aspirar as secreções
 - Trocar câmula
- ### Extorção Acidental
- Recolocar imediatamente
 - Se não conseguir, tentar com câmula de diâmetro inferior
 - Se não respira e não consegue recolocar a câmula, insuflar com o insuflador manual junto ao estoma
 - Se não é eficaz, tapar estoma com um dedo e insuflar na boca e nariz.

- LIGUE 112 em caso de EMERGÊNCIA

Elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, pelo Enfermeiro Luis Miguel Franco. Sob Orientação da Enfermeira Mafalda Martins e Professora Doutora Margarida Lourenço. Outubro, 2018

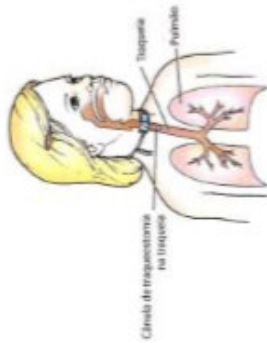
Cuidados à Traqueostomia

Guia de Ensinos aos Pais



Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS



Aspiração de Secreções

Material Necessário:

- Sonda de Aspiração com metade do Diâmetro da Cânula
- Aspirador
- Insuflador Manual

Procedimento:

- Medir o comprimento da sonda a inserir (aumentar 0,5cm ao comprimento da cânula)
- Insuflar Soro Fisiológico em caso de necessidade (Contraindicado uso por Rotina)
- Aspirar durante 5 a 10 segundos
- Aguardar 30 a 60 segundos entre aspirações
- Se a oxigenação é dependente de Oxigênio (+ de 40%), começar por usar insuflador manual para promover hiperventilação antes da aspiração.



Cuidados de Higiene

Os cuidados de higiene deverão ser realizados diariamente.

Dermatí:

- Avaliar a pele do estoma (deve estar limpa e seca)
- Retirar cuidadosamente as secreções com uma compressa morna com sabão ou soro fisiológico
- Trocar o penso sempre que repassado ou húmido

Tiras de Fixação

- Limpar tiras de fixação com água
- Deve trocar as fitas diariamente
- Se fitas de algodão, dar nó triplo
- Devem estar apertadas de modo a cobrir 1 dedo entre a tira e o pescoço

Mudança da Cânula

Quando?

- Todas as Semanas
- Antes da Refeição ou 2 horas depois.
- Se tem Alimentação Contínua, para 1 hora antes.

Sozinho? NÃO, trocar sempre na companhia de outra pessoa.

Como?

- Retirar cânula anterior
- Insuflar com movimento para baixo e para a frente, respeitando a curvatura da traquéia
- Tirar obturador
- Fixar com a fita

Sugestões Práticas

Alertar os Bombeiros Locais

Em caso de emergência poderão prestar-lhe apoio.

Alertar a companhia elétrica

Caso ocorram cortes inesperados da luz, para que o possam ajudar o mais brevemente possível (aspirador de secreções elétrico ou se tem ventilador dominibário com pouca bateria)

**APÊNDICE XV – Comunicação Livre no
Congresso da Sociedade de Cuidados
Intensivos Pediátricos**

Participação no Congresso da Sociedade de Cuidados Intensivos Pediátricos

RESUMO

Presença Parental durante a Reanimação em Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos – Scoping Review

Autores: Luís Miguel Francisco¹, Margarida Lourenço²

- 1- Enfermeiro no [REDACTED], Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Contacto: luis.miguel.francisco.93@gmail.com
- 2- Doutora em Ciências de Enfermagem. Professora Auxiliar na Escola de Enfermagem (Lisboa) - Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa

Introdução:

A presença da família durante a reanimação, foi proposta em 1987, quando principalmente os enfermeiros identificaram a particular vulnerabilidade da família durante os momentos de reanimação (Pasek & Licata, 2016). A presença da família é definida por McAlvin, S. et al (2014) como: “comparecimento de um membro da família, numa localização que permite contacto físico ou visual com o paciente durante a ressuscitação (...)”. Segundo a literatura os pais referem necessidade de poder escolher estar ou não presentes durante a reanimação (Maxton, 2008, McAlvin & Carew-Lyon, 2014, Pasek & Licata, 2016). Também de acordo com a filosofia dos cuidados centrados na família, presente na Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, se reportam ambiguidades, uma vez que esta é expectável a presença dos pais ao longo de todas as transições de saúde-doença da criança,

contudo, no caso concreto da reanimação, esse mesmo consenso não existe (McAlvin & Carew-Lyon, 2014).

Neste contexto, é frequente em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, os profissionais se defrontarem com a tomada de decisão relativa à presença / ausência dos pais durante a reanimação, sendo neste contexto, e tendo em conta esta ausência de consenso, que surge a necessidade de perceber quais os resultados da investigação acerca da presença da família durante a reanimação em unidades de cuidados intensivos pediátricos. Pretende-se dar resposta à seguinte questão: “Quais as vantagens / desvantagens da presença parental durante a reanimação em Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos e que orientações à prática sugere a investigação?”.

Objetivos:

Identificar vantagens / desvantagens da presença parental durante a reanimação em Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos, bem como orientações para a prática.

Materiais e Métodos:

Revisão da Literatura (Scoping Review) de acordo com a metodologia do *The Joanna Briggs Institute* (2015). Realização de 3 pré-testes na Ebscohost nas bases de dados CIHNAL Plus, MEDLINE e MedicLatina. Utilizada a seguinte fórmula de pesquisa: (Resuscitation) AND (Parental Presence OR Family Presence) AND (PICU OR Intensive Care Units) AND (Pediatrics). Encontrados 30 artigos, tendo sido excluídos 25 artigos pela seguinte ordem de critérios de exclusão: repetidos, acesso livre, leitura do título e leitura do resumo. Realizada revisão através dos 5 artigos incluídos.

Discussão:



A presença da família tem vantagens claras, de onde se destacam a promoção do coping eficaz e do luto familiar saudável, bem como uma maior transparência, otimização da parceria de cuidados e maior rigor profissional (McAlvin et al, 2014; Beesley et al, 2016; O'Connell et al, 2017). Como principais desvantagens destacam-se o aumento do distress dos profissionais, o medo, e a possibilidade de interferência familiar (McAlvin et al, 2014; Beesley et al, 2016; O'Connell et al, 2017). As estratégias para a implementação da presença da família durante a reanimação em Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos passam pela elaboração de guidelines, formação dos elementos da equipa, presença de um elemento exclusivamente para apoio familiar durante o procedimento e respeito pela vontade da família (Plouffe et al (2010); McAlvin et al, 2014; Beesley et al, 2016, Pasek et al, 2016; O'Connell et al, 2017). Assim sendo, existe necessidade de se trabalhar nas equipas multidisciplinares esta temática.

Bibliografia:

- Plouffe, J., Cooper, H., Fraser, K. & Launder, S. (2010) Health care providers' perceptions of family presence during pediatric resuscitation. *Canadian Association of Critical Care Nurses*. 21(3). 26-27.
- McAlvin, S. & Carew-Lyon (2014) Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures in Pediatric Critical Care: A Systematic Review. *American Journal of Critical Care*. 23(6). 477-484.
- Beesley, S., Hopkins, R., Francis, L., Chapman, D., Johnson, J., Johnson, N. & Brown, N. (2016) Them In: Family Presence during Intensive Care Unit Procedures. *American Thoracic Society*. 13(7). 1155-1159.
- Pasek, T. & Licata, J. (2016) Parent Advocacy Group for Events of Resuscitation. *Critical Care Nurse*. 36(3). 58-64.
- O'Connell, K., Fritzeen, J., Guzzetta, C., Clark, A., Lloyd, C., Scott, S. Aldridge, M. & Kreling, B. (2017) Family Presence During Trauma

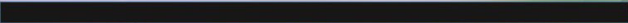
Resuscitation: Family Members' Attitudes, Behaviors and Experience.
American Journal of Critical Care. 26(3). 229-239.

DIAPOSITIVOS APRESENTADOS



Presença Parental Durante a Reanimação em Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos – *Scoping Review*

Autores:

- Luís Miguel Francisco, Enfermeiro no 
Estudante do Mestrado em Enfermagem, Especialização em Saúde Infantil e Pediatria. luis.miguel.francisco.93@gmail.com
- Margarida Lourenço, Doutora em Ciências de Enfermagem. Professora Auxiliar na Escola de Enfermagem (Lisboa) - Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa. margaridalourenco@ics.lisboa.ucp.pt

23 de Novembro de 2018

Presença Parental Durante a Reanimação em Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos – *Scoping Review*

Sumário

- Introdução
- Objetivos
- Metodologia
- Resultados
- Conclusões



2

Introdução



Objetivos

- Identificar vantagens / desvantagens da presença parental durante a reanimação em Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos.
- Conhecer as orientações sugeridas pela evidência científica passíveis de implementar na prática.



Metodologia

- *Scoping Review*
 - Realizados 3 Pré-Testes
 - Pesquisa realizada na Ebscohost
 - Bases de Dados CIHNAL Plus, MEDLINE e MedicLatina

Joanna Briggs Institute (2015)

5

Metodologia



Artigos Encontrados em MEDLINE, CIHNAL Plus,
MedicLatina

• 30

Seleção (Critérios de Exclusão)

- Repetidos – 4 Título – 15 (não davam resposta)
- Sem Acesso – 5 Leitura do Resumo - 0

Elegibilidade / Inclusão

- Após leitura do Resumo, por darem resposta aos objetivos, foram incluídos 5 artigos.

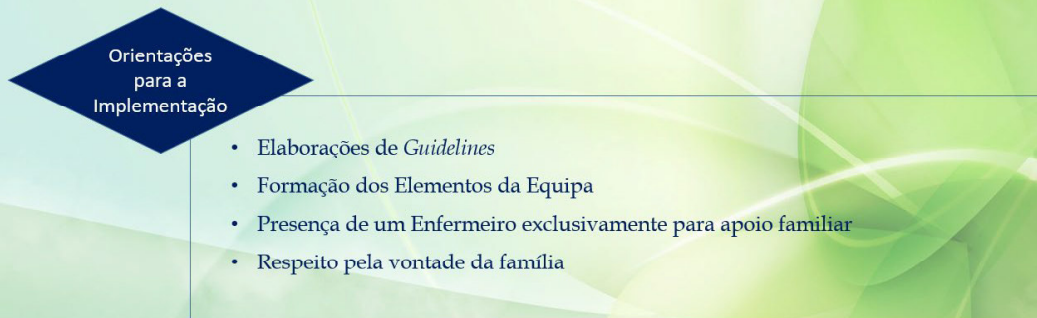
Joanna Briggs Institute (2015)

Resultados



Plouffe et al (2010); McAlvin et al (2014); Beesley et al (2016); Pasek et al (2016); O'Connell et al (2017)

Resultados



Conclusões

- Existem vantagens claras na presença parental durante a reanimação em UCIP
- Existem desvantagens contudo podem ser trabalhadas
- Foram encontradas indicações para a implementação
- Necessidade de mais etapas de pesquisa para alargar resultados obtidos

9

Bibliografia

- Plouffe, J., Cooper, H., Fraser, K. & Launder, S. (2010) Health care providers' perceptions of family presence during pediatric resuscitation. *Canadian Association of Critical Care Nurses*. 21(3). 26-27.
- McAlvin, S. & Carew-Lyon (2014) Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures in Pediatric Critical Care: A Systematic Review. *American Journal of Critical Care*. 23(6). 477-484.
- Beesley, S., Hopkins, R., Francis, L., Chapman, D., Johnson, J., Johnson, N. & Brown, N. (2016) Them In: Family Presence during Intensive Care Unit Procedures. *American Thoracic Society*. 13(7). 1155-1159.
- Pasek, T. & Licata, J. (2016) Parent Advocacy Group for Events of Resuscitation. *Critical Care Nurse*. 36(3). 58-64.
- O'Connell, K., Fritzeen, J., Guzzetta, C., Clark, A., Lloyd, C., Scott, S. Aldridge, M. & Kreling, B. (2017) Family Presence During Trauma Resuscitation: Family Members' Attitudes, Behaviors and Experience. *American Journal of Critical Care*. 26(3). 229-239.

10

**APÊNDICE XVI – Poster “Vigilância de
Enfermagem da Criança Prematura em
Cuidados de Saúde Primários – *Scoping
Review*”**

Vigilância de Enfermagem da Criança Prematura em Cuidados de Saúde Primários – *Scoping Review*

Introdução

Atualmente, em Portugal, verifica-se um número estável de nascimentos de recém-nascidos prematuros (INE, 2017). A SPN (2016) reporta-se à diminuição da mortalidade, graças aos conjuntos de medidas e avanços na tecnologia que tomaram lugar em Portugal, contudo alerta-nos para o aumento da morbilidade, reconhecendo este grupo como particularmente vulnerável. O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil atribui particular importância à intervenção precoce tendo como objetivo a promoção da saúde, prevenção de complicações e reabilitação, que ocorrem sobretudo em contexto de cuidados de saúde primários (DGS, 2013), enquadrando-se este grupo nos critérios para admissão ao SNIPI. A esta necessidade, acresce o facto da literatura encontrada, numa primeira fase, se focar sobretudo na fase de internamento em Unidades de Neonatologia bem como na Alta para a Comunidade, havendo pouca investigação encontrada sobre o seu acompanhamento em cuidados de saúde primários (Meeks, M.; Hallsworth, M.; Yeo, H., 2010; Hockenberry, M.L., Wilson, D., 2014). Neste contexto surgem as seguintes questões: Que instrumentos de avaliação da criança prematura têm os enfermeiros para fazer a sua vigilância de saúde em cuidados de saúde primários?

Objetivos

Identificar escalas e recursos de monitorização ou avaliação da criança ex-prematura em cuidados de saúde primários

Palavras-Chave

Prematuridade, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria / Comunitária / Saúde Pública, Vigilância de Enfermagem, Cuidados de Saúde Primários

Metodologia

Scoping Review de acordo com a metodologia do *The Joanna Briggs Institute* (2015). Realização de 3 pré-testes na *Ebscohost* nas bases de dados CINAHL Plus, MEDLINE e MediciLatina. Utilizada a seguinte fórmula de pesquisa: (*Premature Infant OR Preterm Child OR Preterm Infant*) AND (*Community Health Nursing OR Public Health OR Primary Care*) AND (*Screening OR Monitoring OR Surveillance*). Encontrados 90 artigos, tendo sido excluídos 84 pela seguinte ordem de critérios de exclusão: repetidos, pela leitura do título, pela leitura do resumo e por não se encontrarem ainda publicados. Realizada revisão através dos 6 artigos incluídos.

Resultados



Conclusões

O diagnóstico e a intervenção precoces são fundamentais de modo a maximizar o potencial de desenvolvimento da criança prematura. Porém, existe uma carência de evidência na área de vigilância de enfermagem da criança prematura em cuidados de saúde primários, evidenciada pelos poucos artigos encontrados, e em particular no contexto português. Levanta-se a necessidade de validar as escalas identificadas pelos autores, de modo a que possam ser usadas como instrumentos terapêuticos, fornecendo subsídios ao diagnóstico e intervenção precoces. Em suma, este grupo particular carece de intervenção precoce e vigilância acrescida ao longo de toda a infância.

Instituto Nacional de Estatística (2017) Estatísticas Demográficas 2016. Instituto Nacional de Estatística: Lisboa.
Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2016) Nascer Prematuro em Portugal. Disponível em: <https://www.spsociedade.pt/wp-content/uploads/2015/10/nascerprematuroportugal.pdf> Consultado a: 20 de Maio de 2018
Direção Geral de Saúde (2013) Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Direção Geral de Saúde: Lisboa.
The Joanna Briggs Institute (2015) The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 Methodology for JBI Scoping Reviews. The Joanna Briggs Institute: Austrália
Dorsey, A.G., Abrahamson, C.W. & Kalle-Margolis, M.A. (2016) Developmental Screening Among Children Born Preterm in a High-Risk Follow-Up Clinic. *Journal of Pediatric Psychology* 41(5), 573-581.
Lehner, D.C. & Sadler, L.S. (2015) Toddler Developmental Delays After Extensive Hospitalization: Primary Care Practitioner Guidelines. *Pediatric Nursing* 41(5), 236-242

Casey, P.H., Irby, C., Withers, S., Dorsey, S., Li, J. & Rettiganti, M. (2017) Home Visiting and the Health of Preterm Infants. *Clinical Pediatrics* 56(9), 828-837.
Schappin et al (2014) Primary Care Triple P for Parents of NICU graduates with behavioral problems: a randomized, clinical trial using observations of parent-child interactions. *BMC Pediatrics* 305(14), 1-12.
Ustad, T. et al (2016) Test-Retest reliability of The test of infant motor Performance Screening Items in Infants at Risk for impaired functional motor performance. *Early Human Development* 99, 43-46
McCurey, M. (2015) Test-retest reliability of the Capute scales for neurodevelopmental screening of a high risk sample: Impact of test-retest interval and degree of neonatal risk. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine* 8, 233-241

**ANEXO I – Certificado de Presença no
Congresso SCIP**

XXI REUNIÃO ANUAL | SOCIEDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS | SPP "A viagem"

CERTIFICADO Comunicação Oral

Certifica-se que na **XXI Reunião Anual Sociedade de Cuidados Intensivos Pediátricos - A viagem**, no dia 23 de Novembro de 2018, no Hotel Holiday Inn Lisboa Continental, em Lisboa foi apresentado o seguinte trabalho.


TÍTULO

Presença Parental durante a Reanimação em Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos – Scoping Review

AUTORES

Luis Miguel Francisco, Margarida Lourenço


Margarida Trindade Santos
Coordenadora UCIP-HDE


Antonio Malha
Enfermeiro Chefe UCIP-HDE

23 NOV ' 18

Holiday Inn
Continental
Lisboa

ORGANIZAÇÃO



APOIO INSTITUCIONAL



PATROCÍNIO CIENTÍFICO



**ANEXO II – Certificado de Integração na
Comissão Organizadora o Iº Seminário do
Mestrado em Enfermagem (Lisboa)**



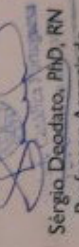
CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LISBOA-PORTO

DECLARAÇÃO

1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”

Para os devidos efeitos se declara que a **ENF. LUÍS MIGUEL PRATA LOPES FRANCISCO** integrou a **Comissão Organizadora do 1º Seminário do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) - “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no dia 30 de novembro de 2018.

Lisboa, 30 de novembro de 2018.

O Diretor
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Sérgio Daodato, PhD, RN
Professor-Associado

**ANEXO III – Certificado de Participação com
Poster Científico no Iº Seminário do
Mestrado em Enfermagem (Lisboa)**



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA (P. 071)

DECLARAÇÃO

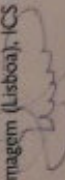
1º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem (Lisboa) “Intervenção especializada: o valor entre a clínica e a academia”

Para os devidos efeitos se declara que **LUÍS MIGUEL FRANCISCO, MARGARIDA LOURENÇO e PAULA VITORINO** participaram com um Poster:

“Vigilância de Enfermagem da Criança Prematura em Cuidados de Saúde Primários – Scoping Review”
no **Seminário** supracitado, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no dia 30 de novembro de 2018.

Lisboa, 30 de novembro de 2018.

O Diretor
Escola de Enfermagem (Lisboa); ICS da UCP


Sérgio Deodato, PhD, RN
Professor Associado