



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por

Carla Margarida Soares da Silva

Porto, março de 2022



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Internship Report

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

Por

Carla Margarida Soares da Silva

Sob orientação da Professora Doutora Constança Festas

Porto, março de 2022

Resumo

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório que integra o Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e tem como objetivo evidenciar o percurso realizado ao longo do estágio, descrevendo e refletindo sobre as competências adquiridas no âmbito dos cuidados especializados em enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. A aquisição de competências foi concretizada com a realização do estágio em três contextos, nomeadamente: Cuidados de Saúde Primários, serviço de Urgência Pediátrica e serviço de Neonatologia e estas encontram-se organizadas de acordo com os quatro domínios de atuação do enfermeiro: a Prestação de Cuidados, a Formação, a Gestão e a Investigação. Este documento contempla os objetivos traçados em função das referidas competências, as atividades desempenhadas para os alcançar e uma reflexão crítica sobre as experiências mais relevantes, suportada por uma base teórica, essencial para consolidar conhecimentos e competências. A metodologia utilizada para a construção do documento foi então uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva. A capacidade de resolução de problemas, bem como a capacidade de integrar a evidência na prática e de tomar decisões fundamentadas foram trabalhadas e reforçadas ao longo deste percurso, que apresentou como linhas orientadoras transversais aos diferentes contextos a parceria de cuidados, a promoção da parentalidade, a promoção da amamentação e vinculação, a gestão da dor e a promoção da Saúde Infantil e Juvenil. O estágio realizado bem como a elaboração do relatório constituíram um contributo essencial para o crescimento profissional e para a aquisição e consolidação de competências que permitam uma melhoria nos cuidados que presto no âmbito da Saúde Infantil e Pediátrica.

Palavras-chave: Enfermagem, Competências, Criança, Família, Saúde Infantil e Pediátrica

Abstract

This report arises in the scope of the curricular unit Final Internship and Report which is part of the Master's course in Nursing with Child and Pediatric Health Specialization and aims to highlight the path taken throughout the internship, describing and reflecting on the skills acquired within the scope of specialized nursing care in Child and Pediatric Nursing. The acquisition of competencies was achieved through the internship in three settings, namely: Primary Health Care, Pediatric Emergency Service, and Neonatology Service. These competencies are organized according to the four domains of nursing practice: Care Delivery, Training, Care Management, and Research. This document includes the goals set out according to these competencies, the activities carried out to achieve them, and a critical reflection on the most relevant experiences, supported by a theoretical basis, which is essential to consolidate knowledge and skills. The methodology used for the construction of the document was a descriptive and critical-reflexive methodology. The problem-solving skills, as well as the ability to integrate evidence into practice and to make reasoned decisions were worked on and strengthened throughout this journey, which presented as transversal guidelines to the different contexts the partnership of care, the promotion of parenting, the promotion of breastfeeding and bonding, pain management, and the promotion of Child and Juvenile Health. The internship and the preparation of the report were an essential contribution to my professional growth and to the acquisition and consolidation of skills that will allow me to improve the care I provide in Child Health and Pediatrics.

Keywords: Nursing, Competencies, Child, Family, Child and Pediatrics Health

Agradecimentos

Terminado este percurso não posso deixar de agradecer a todos os que, de uma forma ou de outra, contribuíram para que fosse possível a sua concretização. Desta forma dirijo as minhas palavras de apreço e agradecimento:

À Professora Doutora Constança Festas, a minha orientadora, pela disponibilidade, pelas orientações e pelo apoio e incentivo ao longo desta jornada.

Aos tutores que me acompanharam nos diferentes contextos de estágio, pela partilha de conhecimentos e experiências e pelas oportunidades proporcionadas.

Aos meus colegas de trabalho, nomeadamente a chefia, pela paciência, flexibilidade e colaboração na gestão do horário de trabalho.

Às colegas de curso pela partilha das experiências e conquistas, mas também das dificuldades.

À minha família e amigos pelo incentivo e entusiasmo demonstrados.

Finalmente ao meu marido pelo apoio, paciência e tolerância.

A todos o meu muito obrigado!

Abreviatura/Siglas

CSIJ – Consulta de Saúde Infantil e Juvenil

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEEC - Enfermeiro Especialista de Enfermagem Comunitária

EESIP – Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica

EESMO - Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica

ELI – Equipa Local de Intervenção

ICN – International Council of Nurses

NIDCAP - Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

NSE – Necessidades de Saúde Especiais

OMS – Organização Mundial da Saúde

PES – Promoção e Educação para a Saúde

PNEI - psico-neuro-endócrino-imunológica

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PNV – Programa Nacional de Vacinação

PSI – Plano de saúde Individual

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RN – Recém-nascido

RNPT - Recém-nascido prematuro

SE – Saúde Escolar

SNIPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SU – Serviço de Urgência

SUPP – Serviço de Urgência Pediátrica Polivalente

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

USF – Unidade de saúde familiar

Índice

| | |
|--|-----|
| 1. Introdução..... | 13 |
| 2. Contextualização do Estágio | 15 |
| 3. Competências Desenvolvidas no Estágio..... | 17 |
| 3.1 Domínio da Prestação de Cuidados: | 18 |
| 3.2 Domínio da Formação | 57 |
| 3.3 Domínio da Gestão | 60 |
| 3.4 Domínio da Investigação | 63 |
| 4. Conclusão | 67 |
| 5. Bibliografia..... | 69 |
| Apêndices | 79 |
| Apêndice I: Formação de Pares | 81 |
| Apêndice II: Artigo_Cuidados ao coto umbilical: Revisão Integrativa..... | 117 |

1. Introdução

Este relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório que integra o Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e pretende ilustrar o meu percurso, as experiências vivenciadas, os conhecimentos adquiridos e integrados e as competências desenvolvidas no decurso do estágio, que decorreu no período entre o dia 6 de setembro de 2021 e o dia 18 de dezembro de 2021 em três contextos clínicos, nomeadamente: Cuidados de Saúde Primários (CSP), Neonatologia e Urgência Pediátrica.

O plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica apresenta objetivos gerais que visam orientar de uma forma global as competências pretendidas, sendo eles:

- saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica;
- demonstrar capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resulte dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- demonstrar capacidade para tomar decisões fundamentadas, incorporando na prática resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, atendendo às suas responsabilidades sociais e éticas;
- ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

Além dos objetivos gerais o Plano de Estudos apresenta também um conjunto de competências, que foram organizadas em torno de quatro domínios: Domínio da Prestação de Cuidados; Domínio da Formação; Domínio da Gestão e Domínio da Investigação, com base naquelas que são as áreas de atuação dos enfermeiros no exercício

da sua atividade de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). Com vista à aquisição destas competências foram definidos objetivos específicos e atividades para os concretizar.

Ao longo deste relatório não só são descritas as atividades desenvolvidas que refletem os cuidados prestados nos diferentes contextos, com o intuito de atingir os objetivos e desenvolver as competências definidas, como é realizada uma reflexão acerca das mesmas, fundamentada na evidência científica disponível, reconhecendo a necessidade de um pensamento crítico-reflexivo sobre a prática e, acima de tudo, de uma prática baseada na evidência.

O presente relatório, que expõe o meu percurso ao longo dos últimos meses, encontra-se organizado em quatro capítulos: numa introdução, onde é realizada uma breve contextualização do estágio, são descritos os objetivos gerais, a estrutura e a metodologia utilizada; segue-se uma contextualização dos estágios, onde é realizada uma caracterização de cada um dos contextos onde decorreu o estágio. No terceiro capítulo é realizada uma descrição e reflexão sobre as competências desenvolvidas, contemplando não só os objetivos e competências a alcançar, mas também as estratégias e atividades delineadas para tal, bem como o suporte bibliográfico que as justifique. Por fim, a conclusão, que contempla uma análise e reflexão transversal do relatório e do estágio.

2. Contextualização do Estágio

O Estágio Final, que decorreu no período compreendido entre o dia 06 de setembro de 2021 e o dia 18 de dezembro de 2021, foi realizado em três contextos: CSP, mais precisamente numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e numa Unidade de Saúde Familiar (USF), Serviço de Urgência (SU) e Serviço de Neonatologia.

Em contexto de CSP, o estágio desenvolveu-se entre os dias 6 de setembro e 27 de outubro, e contemplou um total de 180h de contacto presencial, tendo decorrido numa UCC de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do grande Porto, cuja missão é contribuir para a promoção e melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, através de uma abordagem multiprofissional, assente nos mais altos Padrões de Qualidade Técnico-Científica, promovendo valores como a Acessibilidade e a Satisfação dos utentes, com a finalidade de obter Ganhos em Saúde (Ministério da Saúde, 2017) que conta com uma equipa de 11 enfermeiros, sendo um deles Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) e abrange cerca de 83000 utentes. Outra parte do estágio desenvolveu-se numa USF, que conta com uma equipa de 7 enfermeiros, sendo um deles EESIP e abrange aproximadamente 14000 utentes, e cuja missão é prestar cuidados de saúde personalizados, globais, adequados, acessíveis, continuados, equitativos colocando o cidadão no centro da atividade da Unidade e dar resposta às necessidades em saúde e às expectativas dos utentes de uma forma organizada e com elevados padrões de qualidade técnico-científica aos melhores níveis de eficiência de forma a contribuir a maximização dos ganhos em saúde (Ministério da Saúde, 2017).

O segundo período de estágio desenvolveu-se entre os dias 28 de outubro e 23 de novembro, contou com 90h de contacto presencial e ocorreu num Serviço de Urgência Polivalente Pediátrica (SUPP) do Norte do país e que, como tal, se constitui como atendimento para crianças com situações de doença ou trauma grave, em atendimento primário ou referenciadas (Despacho nº 10319/2014). A afluência a este serviço ronda as 300 crianças por dia e conta com uma equipa de pelo menos 8 enfermeiros por turno, divididos pelas diferentes áreas de atendimento, nomeadamente a área de triagem, os

gabinetes de atendimento, o serviço de curto internamento (OBS) uma OBS Covid (destinada às crianças com um ou mais sintomas de Covid, que necessitam de vigilância e que permanecem aí até terem um teste negativo) e uma área de atendimento Covid, que funciona entre as 16h e as 23h e onde são atendidas as crianças com um ou mais sintomas Covid, com nível de prioridade verde ou amarelo. Esta área foi criada com o intuito de diminuir o número de crianças com a sintomatologia descrita na sala de espera, uma vez representam uma grande percentagem dos motivos de recurso ao SU nesta altura e a área da sala de espera não seria suficiente para receber todas as crianças com a devida segurança. Além dos profissionais distribuídos pelas diferentes áreas de trabalho, em todos os turnos está ainda definido um enfermeiro responsável pela coordenação da equipa, no caso um EESIP.

O estágio no contexto de Neonatologia, foi o último da linha temporal, contou também com 90h de contacto presencial e decorreu entre os dias 24 de novembro e 19 de dezembro numa unidade de cuidados intensivos e intermédios neonatais do Norte do país, onde são admitidos recém-nascidos prematuros (RNPT) e/ou recém-nascidos com necessidades de cuidados de saúde especiais e diferenciados.

O serviço dispõe atualmente de 17 vagas, sendo 10 de cuidados intensivos e 7 de cuidados intermédios e desempenham funções em cada turno pelo menos 7 enfermeiros, sendo que o cargo de chefe de equipa em cada turno é desempenhado por um EESIP.

Ao longo do período de estágio o serviço mudou de instalações, sendo inicialmente um serviço, tipo *open space* em que as 17 unidades estavam dispostas em torno de uma área de trabalho de enfermagem central, não havendo separação física. Posteriormente os serviços de cuidados intensivos e intermédios passaram a estar fisicamente separados. O serviço de cuidados intermédios, com 7 unidades, manteve a disposição ampla em torno da área de trabalho, enquanto o serviço de cuidados intensivos, com 10 unidades, passou a estar disposto ao longo de um corredor com cada uma das unidades isoladas em *boxes*. O novo serviço conta com diversos espaços secundários, nomeadamente gabinetes e salas com material, parecendo-me relevante salientar a existência de uma sala destinada a acolher os momentos de diálogo e partilha de informação da equipa multidisciplinar com os pais, especialmente para a comunicação de más notícias ou situações de saúde mais delicadas.

3. Competências Desenvolvidas no Estágio

O curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica visa a aquisição e integração de conhecimentos e competências que permitam a prestação de cuidados especializados à criança e família. Este curso teve início com a frequência da componente teórica e culmina com a realização do estágio final e relatório, cujos objetivos e competências a desenvolver são definidos pelo Plano de Estudos e funcionaram como linhas orientadoras para o desenrolar do mesmo.

Este percurso formativo vai ao encontro daquilo que é preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (2019) que define o enfermeiro especialista como aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados, definindo como competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica:

- *Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;*
- *Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;*
- *Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem* (Ordem dos Enfermeiros (2018)).

De forma a conferir alguma organização ao conjunto de competências adquiridas durante o estágio final, estas foram organizadas em quatro domínios: Domínio da Prestação de Cuidados; Domínio da Formação; Domínio da Gestão e Domínio da Investigação, com base naquelas que são as áreas de atuação dos enfermeiros no exercício da sua atividade segundo o REPE (Decreto-Lei nº161/96). Serão ainda elencados os objetivos específicos, cuja concretização permite a aquisição das respetivas competências, bem como uma reflexão sobre a forma como os contextos, as situações vivenciadas e as atividades desenvolvidas contribuíram para essa aquisição.

3.1 Domínio da Prestação de Cuidados:

A Ordem dos Enfermeiros (2018) reforça que o EESIP utilize um modelo conceptual centrado na criança e família, encarando sempre este binómio como foco dos seus cuidados, atuando com a finalidade de promover o mais elevado estado de saúde possível, prestando cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e família.

Posto isto, a prestação de cuidados individualizados às crianças e jovens, em parceria com as suas famílias e almejando principalmente o bem-estar de ambos, deve ser a preocupação do EESIP, independentemente do contexto onde desempenha funções (Hockenberry & Wilson, 2014), tendo sido também uma linha orientadora para a aquisição de competências neste domínio.

Competências:

- Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.
- Desenvolver competências de entrevista clínica, observação e diagnóstico da situação de saúde/doença na área de especialidade.

Objetivos Específicos:

- Aprofundar estratégias de comunicação com a criança/jovem e família
- Promover o respeito pelos valores culturais da criança/jovem e família;

Atividades desenvolvidas:

- Utilizei técnicas de comunicação com a criança/jovem e família, tendo em conta o estágio de desenvolvimento e o contexto em que se encontram;
- Realizei pesquisa bibliográfica sobre técnicas de comunicação mais adequadas às situações de cuidados;
- Estabeleci uma relação terapêutica com a criança/jovem e família;
- Respeitei crenças e cultura da criança/jovem e família.

Reflexão:

O desenvolvimento do estágio nos diferentes contextos permitiu-me aprofundar competências no âmbito da comunicação com a criança e família e também competências de entrevista clínica, observação e diagnóstico da situação.

Durante o estágio na UCC estas competências foram desenvolvidas sobretudo no contexto da Saúde Escolar, essencialmente no trabalho desenvolvido com as crianças com Necessidades de Saúde Especiais (NSE). Tendo a UCC uma área de abrangência grande, com contextos socioeconómicos e culturais muito distintos, estes contactos implicavam uma adequação da linguagem e das estratégias comunicacionais. Além disso, estes contactos eram também essenciais para transmitir confiança e tranquilidade aos pais, uma vez que em alguns casos eram alunos que estavam pela primeira vez a frequentar o sistema de ensino ou aquele estabelecimento em particular, o que era gerador de stress e ansiedade nos pais.

Também no contexto da saúde escolar e dos alunos com NSE, outra das intervenções desenvolvidas foi a sensibilização em contexto de sala de aula, no caso de duas turmas do primeiro ano, cada uma com um aluno com alergia aos frutos secos, sendo que participei em ambas, numa delas de forma mais ativa, tendo sido eu a dinamizar a intervenção. Nesta situação foi necessário mais uma vez adequar a comunicação a crianças de 6 e 7 anos com o intuito de captar a sua atenção e interesse para transmitir informação importante, que implicava alteração ou adequação de comportamentos. Era também objetivo desta intervenção a inclusão destas crianças em contexto escolar, sem qualquer tipo de discriminação, pelo que apenas foram expostas quando as próprias, durante a sessão o fizeram. Foi utilizada uma estratégia de responsabilização em que dois alunos, que já se conheciam e vinham juntos da escola anterior, assumiam o papel de “tutores”, no sentido de estarem encarregues de cuidar, proteger e defender o aluno em questão (Frison, 2012), sendo responsáveis por ajudar os restantes a cumprir as recomendações que haviam sido definidas ao longo da sessão.

Na USF, as consultas de saúde infantil foram momentos privilegiados para a observação e diagnóstico de situação, não só no que diz respeito ao desenvolvimento infantil, mas também a toda a dinâmica familiar. Ao longo do estágio percebi a necessidade de recorrer a estratégias comunicacionais e relacionais para conseguir estabelecer uma relação terapêutica que permitisse tirar o maior proveito daquele momento com as crianças e famílias, pois não só as faixas etárias das crianças são muito variáveis, como as idades dos pais, a situação familiar e a sua receptividade em relação aos

cuidados de saúde são também variáveis, sendo essencial neste processo de interação que o EESIP use a sua capacidade criativa e adaptativa, de forma a adequar o conteúdo e a forma de comunicar à individualidade da criança e família (Fernandes & Andrade, 2020).

Em relação aos pais, senti muitas vezes a necessidade de mostrar que merecia a confiança deles, porque não me conheciam e eu era um elemento novo naquela relação família-enfermeiro. Procurei mostrar assertividade e segurança na informação que transmitia sem, contudo, impor à partida qualquer tipo de mudança. Optei por perceber quais eram os seus comportamentos ou hábitos, elogiar e reforçar o que faziam bem, mantendo a máxima de que os pais são os melhores conhecedores dos seus filhos, e dar sugestões de melhoria ou alterações, respeitando as suas crenças. Um comentário elogioso transmite reforço positivo e dá aos pais maior confiança e abertura para colocarem outras questões ou dúvidas (Hockenberry & Wilson, 2014). Procurei também mostrar disponibilidade para ouvir as suas preocupações, a respeito do seu filho ou não, porque embora fosse uma Consulta de Saúde Infantil e Juvenil (CSIJ), o foco continuava a ser também a família e muitas vezes havia situações familiares que precisavam de atenção para que aquela mãe ou pai conseguisse desempenhar o papel parentar sem comprometimento. Recorrer à escuta ativa é uma ferramenta útil para identificar o nível de interesse e preocupação sobre a questão da saúde, perceber a atitude, os riscos, as dúvidas e desta forma adaptar a mensagem às necessidades e aos valores percebidos (Fernandes & Andrade, 2020).

Quando a minha intervenção era diretamente com a criança procurei também adequar as estratégias. No caso dos lactentes e crianças mais pequenas procurei dar-lhes tempo para se adaptarem ao local e à minha presença falando primeiro com os pais e posteriormente falando interagindo com elas ainda no colo antes de lhes tocar ou pegar. Deixei que fosse a mãe ou pai a manipulá-los sempre que possível, nomeadamente despir ou colocar na balança. Utilizei os brinquedos e jogos disponíveis no gabinete que não só permitiram avaliar alguns aspetos do desenvolvimento psicomotor, mas também facilitaram a minha aproximação e interação. Procurei dirigir a minha atenção aos lactentes ou crianças pequenas através de brincadeiras, enquanto as crianças maiores, pré-escolares e escolares, procurei incluí-las como participantes ativas (Hockenberry & Wilson, 2014), dirigindo-me diretamente a elas, dirigindo-lhes as questões às quais eram capazes de responder e dando-lhes espaço e tempo para colocarem as suas dúvidas ou questões, principalmente no caso dos escolares que mostravam mais curiosidade. Sempre que a criança tem idade e capacidade para falar sobre si mesma, é importante que o

façamos, caso contrário estamos a desperdiçar uma importante fonte de informação (Hockenberry & Wilson, 2014).

A idade mais elevada que tive oportunidade de realizar consulta foi uma criança de 10 anos, no caso para realização de consulta e vacinação, com a qual procurei estabelecer uma conversa sobre questões do dia a dia, na escola e em casa, o que não só me permitiu deixá-la menos tensa, como possibilitou também recolher informações acerca do desenvolvimento psicossocial.

Percebe-se em qualquer contexto que a comunicação é uma ferramenta basilar dos cuidados de enfermagem. A comunicação, verbal e não verbal, é um dos pilares dos cuidados, permitindo uma interação verdadeira entre o enfermeiro e a criança, sendo ladeada também pelo afeto e sensibilidade (Martinez, et al., 2013). Não obstante a importância da comunicação, é também verdade que a eficácia da mesma no contexto da pediatria pode ser um desafio ainda maior do que num contexto de adultos, uma vez que envolve não apenas duas pessoas, mas três, o profissional, a criança e o seu familiar (Marginean et al., 2017).

No contexto do SU um dos principais desafios da comunicação está relacionado com o stress e com o medo que é evidente quer nas crianças quer nos pais e nós enfermeiros, em particular o EESIP, temos um papel preponderante uma vez que somos os primeiros profissionais com quem a criança contacta, no momento da triagem, e somos nós quem a acompanha em todo o seu percurso dentro do SU. O primeiro contacto, na triagem, implica uma capacidade de adequar a linguagem e a forma da conversa à família que temos à nossa frente, se por um lado temos que ser assertivos nas questões porque nos importa recolher a informação relevante com alguma celeridade, por outro lado contactamos com uma família assustada e ansiosa face ao evento crítico que a trouxe ao SU. É neste momento que se pode estabelecer um contacto acolhedor, que transmita confiança aos pais e a noção de que estamos ali para responder às suas necessidades, ou seja este é o primeiro passo para estabelecer uma relação de confiança e empatia que irá influenciar positivamente a prestação de cuidados e a relação terapêutica (Diogo et al., 2015).

Parece-me relevante fazer uma referência à criança e família na sala de emergência. Este é o local que mais sentimentos de medo e incerteza desencadeiam nos pais e até nas crianças caso se encontrem conscientes e com noção do que se está a passar. Neste contexto vou fazer referência a um episódio que vivenciei, em que uma criança, vítima de um acidente de viação, entrou na sala de emergência em estado grave,

inconsciente e em ventilação invasiva. Pode perceber-se que claramente a prioridade era o atendimento e estabilização da criança, mas notou-se também uma preocupação em atender o pai, que, entretanto, tinha chegado ao hospital e tranquilizá-lo, esclarecê-lo, mantê-lo informado acerca do que estava a acontecer dentro da sala e acima de tudo dar-lhe algum apoio perante uma situação de tanta incerteza e ansiedade. Mais uma vez está patente o facto de que, na pediatria a relação de cuidado não se faz numa díade, mas sim numa tríade (profissional-criança-família) e mesmo num caso de risco de vida, o cuidado de enfermagem deve ser delineado de forma que contemple todas as ações necessárias para a manutenção da vida da criança, mas que contemple também a atenção ao seu familiar (Neves et al., 2016).

O serviço de Neonatologia é um serviço exigente do ponto de vista emocional, principalmente para os pais, mas também para os profissionais de saúde.

A hospitalização de um RN exige uma grande capacidade de adaptação por parte da família, uma vez que as expectativas de um parto saudável e do nascimento de um filho idealizado são defraudadas com esta necessidade de internamento assim que nasce, o que juntamente com a incerteza do estado de saúde do bebé, principalmente quando estes têm um quadro clínico mais instável, desencadeia nos pais um conflito emocional, muitas vezes gerador de sentimentos negativos, nomeadamente angústia, medo, ansiedade, tristeza, desamparo (Silva et al., 2009; Diaz et al., 2014).

Ao longo do estágio pude constatar a vivência destes sentimentos e emoções pelo discurso e pela postura dos pais, pelo rosto de preocupação que mostravam quando ouviam um alarme do monitor ou pela ansiedade que manifestavam cada vez que chegavam perto do seu filho e perguntavam como tinha passado a noite. Procurei em todas as situações encorajá-los a expressar as suas emoções e necessidades, a falarem sobre o que sentiam e a esclarecerem as suas dúvidas, mostrando empatia e disponibilidade para os escutar e para os esclarecer dentro daquilo que eram as minhas competências.

Direcionar o nosso cuidado para os pais, ajudando-os no enfrentamento e adaptação a esta vivência, identificando as suas necessidades e sentimentos, são o reflexo da prestação de cuidados de qualidade, com foco não só no bebé, mas sim no cuidado integral ao bebé e à família (Silva et al., 2009).

Neste âmbito posso descrever um caso particular de duas gémeas, grandes prematuras, que vinham apresentando alguma estabilidade e até evolução favorável nos últimos dias e, de um dia para o outro, uma delas desenvolveu um quadro de infeção e

consequentemente um retrocesso no estado geral. A consternação e desânimo que este evento causou nos pais quando lá chegaram e lhes foi comunicado foi flagrante e a gestão destes sentimentos foi desafiante para mim, uma vez que era eu que estava na unidade e foi a mim que se dirigiram. Por um lado, não podia simplesmente afirmar que a bebé ia recuperar e ia voltar à evolução positiva, mas também não podia tirar-lhes a esperança com a realidade fria de que podia não correr bem, embora os pais estivessem conscientes da instabilidade inerente à grande prematuridade. A minha postura foi a de escuta ativa para as suas angústias e medos, esclarecer as dúvidas que estavam ao meu alcance e acima de tudo mostrar disponibilidade, empatia e tentar transmitir confiança de que estava a ser feito o melhor possível nos cuidados às suas filhas. Foi ainda reforçada a possibilidade de receberem ajuda da psicóloga, caso o desejassem.

Importa refletir também sobre um aspeto que, sendo crucial e imperativo para os cuidados de enfermagem, foi uma máxima ao longo do estágio nos três contextos, que é o respeito pelas crenças e cultura individuais. Ao longo dos contextos de estágio contactei com crianças e pais de diferentes culturas, diferentes crenças e diferentes formas de encarar os cuidados saúde e até a parentalidade, cabendo-me o respeito pela visão de cada um e a adequação das intervenções a cada situação, abstendo-me de qualquer juízo de valor. A prestação de cuidados baseada na compreensão e respeito pelas crenças e influências culturais de cada criança e família é responsabilidade profissional, ética, moral e legal do enfermeiro (Hockenberry & Wilson, 2014).

Em síntese, foi possível aplicar e aperfeiçoar estratégias de comunicação com a criança e com a família de acordo com o contexto e com as características de cada um, respeitando acima de tudo a sua individualidade, as suas necessidades, crenças e influências culturais. Esta capacidade de implementar estratégias comunicacionais adequadas, aliada com um olhar crítico sobre o que estava a acontecer em determinado momento, teve influência direta no sucesso das intervenções, nomeadamente na condução da entrevista clínica e recolha de informação que me permitiram estabelecer diagnósticos de situação adequados e ajustar a intervenção.

Competência:

- Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;

Objetivos específicos:

- Conhecer e integrar a dinâmica e organização dos diferentes contextos;
- Desenvolver uma relação profissional adequada com a equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- Compreender e integrar a metodologia de trabalho utilizada;

Atividades desenvolvidas:

- Conheci a estrutura física e organizacional dos serviços;
- Consultei os protocolos e normas instituídos;
- Dialoguei com os colegas de serviço e tutora.

Reflexão:

O trabalho em equipa deve ser visto como uma estratégia essencial e indispensável para a obtenção de melhores resultados. Este contribui para uma melhor organização do trabalho e maior satisfação dos elementos da equipa, conseguindo com isso melhorar o desempenho de cada um e elevar a qualidade dos cuidados prestados (Laccort & Oliveira, 2017).

O enfermeiro reclama um contributo importante para o funcionamento eficaz das equipas de saúde, sendo esta abordagem em equipa a pedra angular para os cuidados centrados na pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Para que nos sintamos parte de uma equipa e capazes de trabalhar como tal torna-se essencial perceber a dinâmica e organização do serviço bem como a metodologia de trabalho utilizada. Como tal, ao longo dos vários contextos onde decorreu o estágio procurei conhecer a estrutura dos serviços, conhecer os protocolos existentes e ainda perceber, junto dos colegas a metodologia de trabalho implementada de forma a adequar a minha prestação ao trabalho desempenhado pela equipa onde estava inserida, ainda que temporariamente.

Na USF o trabalho em equipa e a articulação com os outros profissionais tornou-se evidente, por exemplo, durante as consultas de saúde infantil, havendo uma articulação entre médico e enfermeiro, sendo que parte da avaliação era realizada pelos dois profissionais, quase em simultâneo e na mesma sala, o que contribuía não só para um

maior conforto da criança, uma vez que implicava que esta estivesse menos tempo despida e evitava a repetição de avaliação de alguns elementos, como por exemplo os reflexos primitivos no recém-nascido (RN), mas permitia também uma atenção dobrada sobre alguns aspetos que implicassem uma vigilância mais pormenorizada, ou seja, alguma alteração menos evidente que pudesse passar despercebido a um dos elementos da equipa, seria notado por outro.

Na UCC a capacidade de trabalho em equipa é também pilar para o desenvolvimento do trabalho e dos vários projetos. Pode evidenciar-se, por exemplo, no projeto da Parentalidade a articulação entre o EESIP e o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) em que há uma referenciação por parte da EESMO das futuras mães que serão posteriormente contactadas pela EESIP para participarem nas sessões de Massagem Infantil e *Baby Wearing*. Durante o período que estive na UCC não tive oportunidade de participar em nenhuma sessão de Massagem Infantil, pois é um projeto que estava a ser iniciado agora, porém foi possível iniciar este processo de convocatória, de acordo com a referenciação do EESMO, em que era realizado um telefonema, dando informação sobre a existência do projeto e sobre a data oportuna para iniciarem estas sessões, de acordo com a data de nascimento do RN. O projeto contempla cinco sessões que devem ser iniciadas após os três meses, sendo apontados diversos benefícios à massagem, não só a nível fisiológico, como a estimulação dos sistemas circulatório e gastrointestinal ou o favorecimento do ganho de peso, mas também a diminuição do stress, melhoria do sono, favorecimento do desenvolvimento psicomotor e o aumento do vínculo pais-bebés, favorecendo a confiança, segurança e aceitação emocional (Kulkarni et al., 2010; Associação Portuguesa de Massagem Infantil (APMI), s.d.).

Em relação ao *Baby Wearing*, não foi realizada convocatória, por ser uma prática que implica disponibilidade financeira para comprar o porta-bebés, porém foi realizada uma intervenção, durante uma sessão de preparação para o parto da EESMO para dar a conhecer o projeto.

Pude constatar que há também uma articulação com os colegas responsáveis pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), que solicitam a colaboração do EESIP quando os alvos são doentes em idade pediátrica. Durante o período que estive na UCC foi realizada visita domiciliária neste contexto a um lactente, na altura com cinco meses, que apresentava uma síndrome ainda em estudo, mas com alterações físicas (fenda do palato), motoras e comportamentais (hipotonia, ausência de controlo cefálico, défice

no reflexo de deglutição) que estava a realizar treinos de deglutição, tendo, entretanto, retirado a SNG iniciado alimentação oral exclusiva, apresentando algum comprometimento na ingestão nutricional e hídrica, por recusa. Neste contexto foi solicitada a colaboração do EESIP para avaliar a criança, nomeadamente o crescimento e o desenvolvimento. Esta criança já havia sido referenciada à Equipa Local de Intervenção (ELI) e aguardava vaga para iniciar intervenção. Embora eu não tenha participado no processo de referenciação, foi possível refletir sobre o mesmo com a enfermeira tutora e refletir também sobre todo o processo posterior à referenciação, e sobre o papel do EESIP neste contexto, que passa por defender o maior interesse da criança, permitindo o desenvolvimento pleno das suas capacidades, valorizando as suas competências e protegendo os seus direitos. Embora não tenha participado em nenhum momento de ação da ELI, tive o privilégio de o discutir com alguém que já integrou a ELI e, portanto, com conhecimento de campo.

A ELI é constituída por equipas pluridisciplinares onde estão envolvidos vários profissionais (enfermeiros, educadores de infância de intervenção precoce, médico de família ou pediatra, assistente social, psicólogo e outros terapeutas). Tem como funções: a) Identificar as crianças e famílias imediatamente elegíveis para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI); b) Assegurar a vigilância às crianças e famílias que, embora não imediatamente elegíveis, requerem avaliação periódica, devido à natureza dos seus fatores de risco e probabilidades de evolução; c) Encaminhar crianças e famílias não elegíveis, mas carenciadas de apoio social; d) Elaborar e executar o (Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) em função do diagnóstico da situação; e) Identificar necessidades e recursos das comunidades da sua área de intervenção, dinamizando redes formais e informais de apoio social; f) Articular, sempre que se justifique, com as comissões de proteção de crianças e jovens e com os núcleos da ação de saúde de crianças e jovens em risco ou outras entidades com atividade na área da proteção infantil; g) Assegurar, para cada criança, processos de transição adequados para outros programas, serviços ou contextos educativos; h) Articular com os docentes das creches e jardins -de-infância em que se encontrem colocadas as crianças integradas em Intervenção Precoce na Infância (IPI) (Decreto-Lei n.º281/2009, 2009).

Também em contexto escolar foi possível perceber a necessidade de articulação multidisciplinar. No contexto das NSE, desde a referenciação que pode ser feita pelo professor, pais, médico ou enfermeiro de família, até à elaboração do PSI e à realização das sessões de formação e sensibilização há um trabalho em equipa patente. Nas situações

que experienciei tivemos referências feitas por pais, professores e uma feita pelo enfermeiro de família. A elaboração do PSI foi sempre realizada com a participação do EESIP, dos pais e do professor, com recurso à informação clínica e plano terapêutico realizado pelo médico assistente e as sessões de educação contaram com colaboração dos professores, pais e assistentes operacionais.

Ainda em contexto escolar acompanhei o EESIP numa reunião com a professora coordenadora da equipa de Promoção e Educação para a Saúde (PES), onde foram delineadas as atividades a realizar em função dos diagnósticos e prioridades identificados. Tendo definido a calendarização, sempre que possível, em função dos conteúdos programáticos das disciplinas dos diferentes anos e das atividades planeadas pela escola ao longo do calendário letivo. Este momento foi o culminar das várias reflexões que haviam sido feitas com a EESIP, no sentido da importância do planeamento da intervenção em contexto escolar. Ou seja, a Saúde Escolar é mais do que a dinamização de umas atividades interessantes que se julgam necessárias, esta pressupõe um planeamento conjunto em função das necessidades, diagnósticos e prioridades identificadas.

No seguimento das atividades delineadas nesta reunião, sendo que uma das prioridades identificadas foi a promoção da alimentação saudável, foi solicitada a colaboração do nutricionista da UCC para o planeamento de atividades, evidenciando mais uma vez o trabalho multidisciplinar.

No contexto do SU comecei por tentar perceber a organização do serviço e perceber o percurso da criança desde a admissão até ao momento da alta ou transferência. Este é um serviço onde o trabalho em equipa multidisciplinar é notório e indispensável estando o seu papel diretamente relacionado com a segurança dos utentes, a diminuição do erro e até a diminuição do tempo de espera (Kilner & Sheppard, 2010). Independentemente do motivo do recurso a este serviço, mais ou menos grave, mais ou menos prioritário, haverá sempre uma abordagem por pelo menos dois profissionais – médico e enfermeiro, sendo fundamental que haja colaboração e confiança no trabalho do outro desde o momento da triagem, em que o enfermeiro faz a triagem e o médico confia e aceita o nível de prioridade ou a especialidade que este atribui à criança, até à altura da alta ou transferência. Ao longo do estágio foi possível perceber esta colaboração entre profissionais nas diferentes áreas de trabalho e participar neste trabalho coordenado, seja entre pares seja entre profissionais de diferentes áreas.

A sala de emergência é um local que, a meu ver, merece especial destaque quando se fala de trabalho em equipa. Ao longo do estágio tive a oportunidade de presenciar e até colaborar na abordagem à criança em situação de emergência e pude perceber o quão importante é o trabalho em equipa para que os cuidados fluam e sejam prestados com assertividade, precisão e em tempo útil. Cada um dos elementos tem definido o seu papel, havendo uma “engrenagem” que funciona de uma forma concertada, organizada e mais segura.

Por fim, no serviço de Neonatologia, embora tal como os outros contextos seja um período curto, julgo ter conseguido integrar-me na equipa multidisciplinar e conhecer a dinâmica do serviço. Em relação ao último aspeto não posso deixar de referir que fui confrontada com um desafio acrescido, uma vez que o serviço mudou de local durante o estágio, o que exigiu uma nova adaptação, não só minha, mas de toda a equipa.

Este é um serviço onde é evidente a articulação entre equipa multidisciplinar, uma vez que, com o intuito de respeitar o conforto e estabilidade do RN, há uma coordenação dos cuidados a prestar de forma a acertar horários dos cuidados de enfermagem e cuidados ou avaliação médica. Além disso há muitos cuidados prestados que exigem a presença dos dois profissionais em que ambos se adaptam para encontrar o momento mais conveniente para ambos e para o RN.

De uma forma geral julgo ter conseguido conhecer e integrar a dinâmica e organização dos diferentes contextos, tendo desenvolvido uma relação profissional adequada com as equipas multidisciplinares e integrado a metodologia de trabalho utilizadas, conseguindo com isto potenciar a prestação de cuidados de qualidade centrados na criança e família e nas suas necessidades individuais.

Competências:

- Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;
- Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
- Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;

- Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;

Objetivos específicos:

- Manter-me atualizada em relação ao conhecimento existente de forma a responder adequadamente às diversas situações ou problemas;
- Analisar os desafios propostos de forma crítica à luz do conhecimento teórico já produzido.

Atividades desenvolvidas:

- Frequentei a componente teórica do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica;
- Realizei pesquisa bibliográfica regular em fontes credíveis e atuais de modo a sustentar cientificamente a prática;
- Participei em formações de serviço, sempre que possível e oportuno;
- Transferi os resultados da evidência para as práticas assistenciais à criança/família.

Reflexão

O meu ingresso no curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica julgo representar a minha intenção de adquirir conhecimento e competência para uma resposta diferenciada às diversas situações relacionadas com a minha área de cuidados. Além disso a obtenção deste título pressupõe não só transmitir-me conhecimento de uma forma direta, mas principalmente dotar-me de competências para eu mesma procurar e manter-me atualizada em relação ao conhecimento existente, seja através da pesquisa, seja através da formação.

No momento em que iniciei a frequência da componente teórica iniciei também a aquisição e aprofundamento de competências, tendo esse período representado uma fonte rica de conhecimento e de ferramentas para trabalhar e refletir sobre esse conhecimento que mais tarde procurei transferir de forma crítica e ajustada para os contextos de estágio.

Ao longo do desenvolvimento do estágio foram diversas as situações que me mostraram que o conhecimento não é estanque e que nós nunca sabemos tudo sobre todas as coisas e por isso, a necessidade de atualizar conhecimentos foi uma constante.

Durante o meu percurso na UCC tive vários momentos de intervenção na escola no contexto das NSE, sendo a necessidade mais vezes referenciada a Diabetes. Embora esta seja uma temática com a qual estou mais ou menos confortável considerando o meu contexto profissional, surgiram questões que implicaram um trabalho de pesquisa, nomeadamente um tipo de Diabetes que não conhecia – Diabetes MODY (*Maturity Onset Diabetes of the Young*) que é um tipo de diabetes rara, de causa genética, que inclui vários subtipos com manifestações clínicas diferentes. Manifesta-se em idade jovem, geralmente antes dos 35 anos e resulta da mutação de um único gene. Desta forma, se um dos pais tiver a mutação, há 50% de probabilidade de que os filhos também a tenham. Isto significa que se uma pessoa for diagnosticada, é provável que existam outros membros da família com este tipo de diabetes e que não o saibam. Estima-se que esta forma rara de diabetes seja responsável por 2 a 5% dos casos de diabetes na Europa. No entanto, é frequentemente diagnosticada como diabetes tipo 1 ou 2, de forma equivocada, o que significa que a sua prevalência real deverá ser superior à estimativa (Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP), 2021).

Ainda na UCC foi-me permitido assistir a uma formação para profissionais de saúde da *Health Insights*, que decorreu no dia 30 de setembro e cuja temática era a “Abordagem salutogénica da saúde da mulher e da criança sobre uma perspetiva psico-neuro-endócrino-imunológica (PNEI)”, onde foram abordados, entre outros, os temas: Episódios recorrentes de choro e cólicas do recém-nascido sobre uma perspetiva PNEI, a Amamentação sobre uma perspetiva PNEI e a vinculação. Desta formação, além de muitos outros contributos, retirei uma ideia chave que me fez pensar sobre a abordagem ao RN e que foi refletida numa frase dita por uma das formadoras: “Nenhum RN pede o que não precisa”. Mais tarde me permitiu relacioná-la com a visão do RN enquanto ser ativo no cuidado, ou seja, nós temos que atender o RN mediante os sinais que ele evidência e responder com aquilo que para aquele RN surte efeito.

O estágio da USF, embora curto, exigiu também um trabalho de atualização e aperfeiçoamento de conhecimentos, nomeadamente sobre a segurança rodoviária, mais precisamente sobre os equipamentos de retenção, uma vez que esta é uma questão que levantava dúvidas frequentemente e também marcos do desenvolvimento infantil, de forma a conseguir fazer uma avaliação harmoniosa e discreta enquanto interagia e

observava a criança, sem, no entanto, perder no rigor na avaliação. Esta necessidade foi colmatada também pelo trabalho realizado para a formação de pares.

Na neonatologia, um serviço cheio de especificidades, deparei-me inúmeras vezes com temáticas novas, que mereceram a minha atenção e exigiram um trabalho de pesquisa mais aprofundado, porém, considerando que este é um serviço que presta cuidados com base no programa e na filosofia Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP), esta foi uma temática sobre a qual me debrucei, para poder participar nos cuidados respeitando e entendendo os princípios que lhe estão inerentes.

O programa NIDCAP foi desenvolvido no início dos anos 80 por Heidelise Als e tem desde 2015 um centro de formação NIDCAP em Portugal, com o intuito de garantir a formação não só dos profissionais do serviço onde estava implementado o projeto, mas também de outros serviços de neonatologia, em Portugal e outros países de língua portuguesa (Guimarães, 2015). É um programa que preconiza uma forma de cuidados holística, centrada no RN e na família que, por ser individualizado, não cumpre um protocolo, mas antes segue linhas de orientação que devem ser adequadas a cada RN em determinado momento, tendo sido desenvolvido com o intuito de diminuir a discrepância entre a imaturidade do cérebro do RNPT e a experiência que vivencia no serviço de neonatologia, promovendo por outro lado experiências que favoreçam o desenvolvimento do cérebro e por sua vez resultados mais positivos a médio e longo prazo (Santos, 2011; Guimarães, 2015). No fundo os RNPT são fetos que se estão a desenvolver num ambiente extrauterino, num momento em que o seu cérebro está a crescer mais rapidamente do que em qualquer outro momento ao longo de sua vida (Als, 2009).

O RNPT deve ser visto como um colaborador ativo no cuidado que lhe é prestado e, como tal, este cuidado deve ser planeado e moldado em função da informação que é fornecida pelo comportamento do RN. Este entendimento de que o seu comportamento é significativo orienta cada vez mais a prestação de cuidados neonatais para uma estrutura colaborativa e baseada no relacionamento, levando por sua vez a um maior respeito pelo RN e pela família, que estão sintonizados e participam ativamente no seu próprio desenvolvimento e no desenvolvimento do outro (Als, 2009; Santos, 2011).

A prestação de cuidados de acordo com esta filosofia é baseada em critérios chave, nomeadamente: coordenação; avaliação; meio ambiente tranquilo; consistência no cuidar/cuidados colaborativos; agrupamento de cuidados/estruturar às 24 horas;

posicionamento adequado; oportunidades para contacto pele-a-pele; suporte individualizado para a alimentação; conforto para a família (Santos, 2011).

Consegui perceber através de um melhor entendimento do programa NIDCAP que é importante estar atento aos pequenos detalhes como o ruído, a luminosidade ou o posicionamento, mas trata-se muito mais de lançar um olhar crítico sobre aquele ser aparentemente tão indefeso, mas com um papel ativo no seu desenvolvimento, e perceber quais são os sinais e a informação que nos dá através do seu comportamento e planejar os cuidados a partir daí, respeitando os elementos chave e sempre com o envolvimento da família, mostrando-lhes que são os principais cuidadores do bebé e aqueles que melhor podem suprir as suas necessidades de carinho e conforto.

Este trabalho de entendimento do NIDCAP foi feito não apenas com um trabalho de pesquisa, mas também com o grande contributo de profissionais de referência no programa, nomeadamente uma enfermeira que faz parte do grupo de formadores do programa, a qual tive o privilégio de acompanhar em três turnos e que abordou comigo de uma forma mais prática e direcionada alguns dos princípios do programa.

De uma forma geral, prezo dizer que todo o meu percurso foi pautado por uma procura contínua e quase diária de conhecimento, fosse de uma forma mais sistematizada ou de uma forma mais pontual, com o intuito de aprofundar e enriquecer o leque de conhecimentos e consequentemente transmitir segurança e confiança nos cuidados que prestava e no discurso que defendia aquando dos momentos de diálogo com o tutor ou outros profissionais, que julgo terem sido sempre momentos de partilha e consequentemente de crescimento mútuo.

Competências:

- Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da EESIP;
- Planear, executar e avaliar intervenções terapêuticas em grupo ou individuais, em função dos diagnósticos de enfermagem levantados;
- Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
- Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da EESIP;

Objetivos específicos:

- Desenvolver e aprofundar competências na avaliação e otimização do crescimento e desenvolvimento infantil;
- Desenvolver e aprofundar conhecimentos sobre o PNSE;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família (diagnóstico, planeamento, execução e avaliação), em função do seu estadió de desenvolvimento.

Atividades desenvolvidas:

- Participei e realizei consultas preconizadas pelo PNSIJ e prestei os cuidados de enfermagem necessários;
- Integrei os projetos no âmbito da Saúde escolar;
- Acompanhei a EESIP na sua área de atuação, nomeadamente nas visitas em contexto escolar.
- Dialoguei com a EESIP sobre a importância do planeamento na implementação do PNSE

Reflexão

O EESIP trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, seja qual for o contexto em que ela se encontra, nomeadamente no hospital, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade ou em casa, com o intuito de promover o mais elevado estado de saúde possível. Presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa (Ordem dos enfermeiros, 2015; Ordem dos enfermeiros, 2018).

O estágio desenvolvido permitiu-me a atuação nos diversos contextos onde o EESIP pode e deve fazer notar o seu conhecimento e a sua competência de atuação, tendo feito uso do conhecimento já adquirido e procurando aprofundá-lo, para olhar criticamente e dar resposta às situações com que me deparei.

As CSIJ representam momentos privilegiados de acesso e contacto com às crianças e famílias, durante as quais o enfermeiro deve promover os cuidados

antecipatórios preconizados pelo PNSIJ que visam a promoção da saúde e de prevenção da doença, dotando os pais dos conhecimentos necessários para potenciar o seu desempenho no que diz respeito ao exercício da parentalidade e à otimização do desenvolvimento e crescimento infantil (DGS, 2013a).

O estágio realizado na USF permitiu-me realizar 26 CSIJ em crianças de diversas faixas etárias, desde RN (primeira consulta), 1 mês, 2 meses, 6 meses, 12 meses, 15 meses, 18 meses, 2 anos, 4 anos e 10 anos, tendo em cada uma delas procurado dar respostas aos objetivos definidos pela DGS (2013).

Em todas as consultas tive a oportunidade de promover comportamentos promotores de saúde, nomeadamente em relação à alimentação, saúde oral, segurança ou sono, dando maior relevância às temáticas que aparentavam estar em risco, de acordo com a entrevista desenvolvida ao longo da consulta ou com alguma alteração percebida na avaliação do desenvolvimento/crescimento, percebendo mais uma vez que estes são momentos privilegiados para uma visão integral da criança e família que, através de uma abordagem sistematizada e organizada, favorecem o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para a melhoria do exercício do papel parental e da qualidade de vida da criança, inserida num determinado contexto familiar e social (Fernandes & Andrade, 2020).

Foi possível identificar alterações que poderiam comprometer a qualidade de vida da criança, podendo mencionar, a título de exemplo, uma consulta com uma criança de 10 anos em que foi identificada uma diminuição da acuidade visual, tendo sido encaminhada para o médico de família que, por sua vez, encaminhou para consulta de oftalmologia. Esta intervenção dá resposta a mais um dos objetivos das CSIJ: “detetar precocemente e encaminhar situações que possam comprometer a vida ou afetar a qualidade de vida da criança e do adolescente” e deixou mais uma vez evidente a relevância de uma avaliação atenta e pormenorizada que permita uma intervenção adequada que, no caso, ultrapassando a minha área de competência, passou pela referência a outro profissional.

Em todas as consultas foi realizada a avaliação do crescimento e desenvolvimento, sendo a segunda realizada até aos 5 anos com recurso à escala de Mary Sheridan modificada. Através desta avaliação e da observação atenta realizada durante a consulta foram identificadas algumas situações que mereceram mais atenção, podendo citar como exemplo o caso de um lactente de 6 meses que apresentava algumas alterações no desenvolvimento, nomeadamente na postura, em que a criança não fazia apoio plantar e

não assumia a posição sentada nem por breves segundos, ou com o caso de uma criança de 18 meses que não mostrava qualquer interesse por cubos, puzzles ou livros, mostrando, no entanto, muito interesse por aparelhos eletrónicos. Não sendo em nenhum dos casos descritos como sinais de alarme para a faixa etária, eram aspetos que necessitavam de ser trabalhados para estimular o desenvolvimento. No caso do lactente estava em casa, aos cuidados da mãe, que foi alertada para esta necessidade de estímulo, nomeadamente sentar o bebé, com algum apoio para que possa participar mais ativamente no meio que o rodeia e colocar o bebé num tapete adequado e incentivá-lo a deslocar-se e a pegar nos brinquedos mais afastados (DGS, 2013a). No caso da criança de 18 meses estava ao cuidado de uma ama, com mais duas crianças, tendo sido aconselhada a mãe a estimular a criança em casa e a falar com a ama no mesmo sentido. Este estímulo promotor do desenvolvimento passa por oferecer brinquedos interativos à criança e partilhar momentos de brincadeira com ela, incentivar o convívio, que pode estar prejudicado pelo uso frequente e exagerado de aparelhos eletrónicos, realizar atividades com música, incentivando a criança a dançar e a cantar e ensinar a criança a «rabiscar» na areia, na terra ou num papel, de modo a estimular a destreza manual e a área sensorial (DGS, 2013a). Estas situações ficaram devidamente registadas, no programa informático, para que sejam abordadas e reavaliadas num próximo contacto.

Importa referir que a aquisição de competências desenvolvimentais é um processo flexível e dinâmico, e não é expectável que todas as crianças adquiram todas as competências na mesma idade, contudo é importante que sejam implementadas atividades que promovam o desenvolvimento, nomeadamente ensinando os pais para que estimulem os seus filhos a atingir o máximo das suas potencialidades (DGS, 2013a). Assim, não sendo estas situações alarmantes, foram situações que sugeriram esta necessidade de estímulo, focando mais uma vez os cuidados antecipatórios a fim de prevenir possíveis problemas futuros.

Todas as consultas foram utilizadas também para promover a imunização de acordo com o Programa Nacional de Vacinação (PNV), indo ao encontro de mais um dos objetivos definidos pela DGS (2013a). Durante este período tive oportunidade de participar no processo de vacinação nas diferentes idades, procurando também promover a adesão à vacinação não só através da verificação do cumprimento do esquema vacinal, e da confirmação e validação do próximo agendamento mas também através da informação assertiva nomeadamente acerca das doenças para as quais determinada vacina conferia proteção, acerca do calendário de vacinação, acerca dos possíveis efeitos

secundários, para que estes não fossem causadores de ansiedade nos pais e não menos importante mostrando disponibilidade para esclarecer as dúvidas colocadas e alguns receios que os pais pudessem manifestar.

As CSIJ estão calendarizadas em função de acontecimentos importantes na vida da criança, nomeadamente etapas do desenvolvimento, a socialização, a vida escolar ou a alimentação e, devendo ser realizadas nas idades definidas pela DGS, não deve haver uma intransigência nestas datas das CSIJ, devendo introduzir-se ou eliminar-se alguma consulta de acordo com a necessidade particular de cada criança em determinado momento e ainda recorrer aos chamados exames de saúde oportunistas, ou seja, aproveitar a ida da criança à consulta por outro motivo para realizar a CSIJ que estaria agendada para pouco tempo antes ou depois (DGS, 2013a).

Neste âmbito posso descrever um episódio de uma criança de 4 anos que recorreu à USF, acompanhado pela mãe por um quadro de febre e odinofagia, não tendo ainda realizado a CSIJ preconizada para essa idade, posto isto, e considerando que a criança, naquele momento se encontrava confortável e que a mãe estava de acordo, foi realizada a consulta. Foi realizada a avaliação do crescimento e desenvolvimento e foram abordadas questões relacionadas com a saúde oral, hábitos alimentares e de sono, a adaptação ao infantário e as atividades lúdicas que desenvolviam. Considerando o problema de saúde que tinha levado a criança a recorrer aos serviços de saúde foi ainda abordada a questão da febre, nomeadamente a correta monitorização da temperatura, os cuidados a ter para proporcionar mais conforto à criança e a forma de administração do antipirético. Com esta situação em específico consegui perceber que podemos aproveitar as vindas aos serviços de saúde, ainda que por outros motivos para focar nos cuidados antecipatórios e realizar promoção da saúde.

Em síntese julgo ter conseguido desenvolver competências no âmbito da avaliação e otimização do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil, implementando intervenções adequadas em função das necessidades identificadas e das características da criança e família.

O contexto da UCC, particularmente o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), é uma das áreas onde o EESIP assume especial relevância, tendo sido também uma das áreas com maior enfoque ao longo do estágio nos CSP.

O PNSE tem como finalidade contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização de todos com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens, recomendando a DGS que este seja implementado sob a

forma de trabalho por projeto, ou seja, deve ser adotada uma metodologia que percorre uma série de processos de planeamento: identificação de necessidades, definição de prioridades, desenvolvimento das ações e avaliação de processo (DGS, 2015).

O acompanhamento do EESIP e de toda a equipa de Saúde Escolar na aplicação do programa, cumprindo esta metodologia de trabalho foi uma oportunidade essencial para perceber a importância da saúde escolar e os benefícios que pode representar caso seja feita da forma correta, dando resposta a necessidades reais de forma estruturada.

Considerando que o meu estágio decorreu no período correspondente ao início do ano letivo, a minha participação na implementação do PNSE teve maior incidência na fase do planeamento, ou seja, tive oportunidade de participar na reunião da equipa de Saúde Escolar (SE) da UCC e ainda oportunidade de reunir com a professora coordenadora da equipa PES do Agrupamento de Escolas (AE) pelo qual a enfermeira tutora era responsável para definir, mediante as necessidades e prioridades identificadas, quais seriam as temáticas trabalhadas para os diferentes anos letivos e em que datas, considerando também o plano curricular de cada um dos anos de escolaridade. Tive também oportunidade de colaborar diversas vezes de uma forma ativa no trabalho realizado no contexto das NSE, nomeadamente no âmbito da diabetes e das alergias alimentares, onde participei desde a realização do PSI até ao planeamento e dinamização das sessões de educação para a saúde com os encarregados de educação, alunos e pessoal docente e não docente.

Consegui perceber ao longo intervenções que tive oportunidade de acompanhar que a relação estabelecida entre a escola e a equipa de SE é uma relação de parceria em que ambos os intervenientes colaboram com o intuito de alcançar os objetivos definidos pelo PNSE, nomeadamente a promoção de estilos de vida saudável e elevação dos níveis de literacia em saúde; a melhoria da qualidade do ambiente escolar; a promoção da saúde, prevenção da doença e redução do impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos alunos (DGS, 2015), e acima de tudo de proximidade em que o enfermeiro tende a deixar de ser um elemento estranho que vai à escola pontualmente e passa a ser um elemento reconhecido, com um contacto frequente e contínuo com a escola, com os alunos e até com os encarregados de educação, que se mostra disponível para esta parceria.

Percebi também que a implementação do PNSE para ser efetiva e até para fazer sentido implica realmente um nível de planeamento e sistematização, com necessidades

específicas e objetivos bem definidos, e não apenas a organização de algumas atividades que se julgam adequadas ou interessantes.

Objetivos específicos:

- Promover a Parentalidade;

Atividades desenvolvidas:

- Participei nas atividades do projeto da Parentalidade da UCC;
- Acompanhei o EESIP na sua área de atuação, nomeadamente nas visitas domiciliárias;
- Desenvolvi intervenções que capacitem para o desempenho do papel parental na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).

Reflexão:

A parentalidade é um foco dos cuidados de enfermagem qualquer que seja o contexto de atuação, assumindo especial relevância para o EESIP, e é definida como: *“Ação de tomar conta com as características específicas: Assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e o desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”* (International Council of Nurses (ICN), 2020, p. 71).

A transição para a parentalidade é, entre as transições desenvolvimentais, aquela à qual é atribuído maior destaque (Schumacher & Meleis, 1994). É considerada um marco de desenvolvimento muito importante, representando a passagem de uma realidade conhecida para uma realidade nova e desconhecida (Mercer, 2004).

A transição, enquanto passagem de um estado razoavelmente estável para outro estado razoavelmente estável, desencadeada por uma mudança, é um conceito central para a enfermagem, sendo o papel do enfermeiro atuar como facilitador deste processo (Meleis, 2010).

Em todos os contextos onde decorreu o estágio a promoção da parentalidade foi um foco para mim e para os EESIP que acompanhei.

Nos cuidados de saúde primários, mais precisamente na UCC, a promoção da parentalidade está evidente no projeto que é desenvolvido neste âmbito, onde são realizadas sessões de preparação para o parto pela EESMO, em articulação com a EESSIP que é responsável pelas sessões de Massagem infantil e *Baby Wearing* e ainda por dar formação básica de suporte básico de vida pediátrico aos pais que assim o desejarem. No período que estive na UCC participei numa sessão de preparação para o parto com a EESMO sobre cuidados de higiene ao RN, não tendo sido possível participar em nenhuma das sessões dinamizadas pela EESIP, porém foi possível iniciar o processo de planeamento e convocatória e discutir a importância neste processo de transição para a parentalidade, sublinhando o facto de que podemos facilitar a adaptação à parentalidade desde o período pré-natal, dando orientações antecipatórias sobre a transição para o papel e fazendo ensinamentos sobre habilidades afetivas e comportamentais que facilitem a integração do papel (Griffin, 1993) sendo benéfico para a criança e família iniciar este processo de capacitação ainda antes do parto (Hockenberry & Wilson, 2014).

As CSIJ são também momentos chave para a promoção da parentalidade, constituindo inclusive um dos objetivos definidos para as mesmas pela DGS (2013a). Sendo o EESIP também enfermeiro de família, este encontra-se em condição privilegiada para ter já estabelecida uma relação de proximidade e confiança com as famílias, conhecendo também o contexto específico da mesma.

Considerando estes factos e também o facto de cada vez mais, o período de permanência na maternidade após o parto ser curto, pude perceber ao longo do estágio que as CSIJ, particularmente a primeira consulta do RN, é espaço para esclarecimento de muitas dúvidas, onde o EESIP assume também o papel de promotor de confiança e segurança dos pais no desempenho do seu papel.

Importa ainda referir neste âmbito o facto de ser realizada pelo menos uma visita domiciliária ao RN nos primeiros quinze dias de vida, que resultam em mais um momento para esclarecer dúvidas, detetar possíveis complicações e ainda capacitar a família para a adaptação a esta nova fase no seu contexto familiar e social (Pereira, 2012). Durante a visita na qual tive oportunidade de participar estavam ambos os pais e tive oportunidade de presenciar alguns cuidados ao RN que prestavam em conjunto e colaboração, nomeadamente a muda de fralda, o vestir e despir, bem como a preparação do biberão e a alimentação. Este momento não só permitiu perceber a forma como desempenhavam

estes cuidados como permitiu aos pais colocarem as dúvidas que surgiam em tempo real e expressar as suas inseguranças. Percebi também que, o facto de estarem num ambiente familiar e não em contexto de gabinete, torna os cuidados ainda mais personalizados, de acordo com as características daquela família no seu ambiente.

O contexto da neonatologia assume contornos ainda mais especiais no que diz respeito a esta transição e adaptação à parentalidade, por um lado, porque as expectativas criadas pelos pais em relação ao filho idealizado e esperado são frustradas pela necessidade de internamento imediatamente após o nascimento (Silva et al., 2009) e por outro o facto de o bebé iniciar a sua vida num contexto tão estranho e artificial tem repercussões para os pais que vivenciam um conjunto de dificuldades, que se refletem inclusive na sua autoconfiança e capacidade para assumirem o papel parental (Diaz et al., 2014). Pude perceber ao longo do estágio, durante o qual prestei cuidados essencialmente a RNPT em cuidados intensivos, que o desempenho do papel parental está realmente condicionado. O facto de o RN estar numa condição de fragilidade, estando o contacto e a prestação de cuidados muitas vezes dependente da presença de um profissional de saúde e condicionado pela presença de fios e tecnologias que são vitais para aquela criança, mas não são naturais, levam a insegurança por parte dos pais no desempenho do papel, que sentem e verbalizam que nós (enfermeiros) é que sabemos o que era melhor para o seu filho. Nesta situação o enfermeiro, que está em contacto permanente com o RN e com as famílias, assume a função de principal promotor do papel parental, usando como estratégias a comunicação eficaz, a educação para a saúde e o estabelecimento de uma relação de confiança entre os pais e os profissionais (Ramos, Vilaça & Mendonça, 2020). Ao longo do estágio esta foi a postura assumida pelo EESIP e por mim, procurar dar informação e educar para a saúde de forma a empoderar aqueles pais, a fazê-los sentirem-se confiantes, tranquilos e os melhores cuidadores dos seus filhos. Este processo começa por familiarizá-los com aquele ambiente tão diferente e até assustador, sendo este acolhimento realizado aquando do momento do primeiro contacto dos pais com a unidade. Nesta altura é apresentado o serviço e a unidade onde está o seu filho e são explicadas as regras, nomeadamente a necessidade de usarem batas de proteção e a lavagem das mãos especialmente quando se aproximam da unidade do RN. Procurei nesta altura ter cuidado na forma como transmitia informação, adequando a forma e o conteúdo às características e estado emocional dos pais, procurando atenuar o impacto que todo aquele aparato tecnológico tende a causar, explicando aquilo que veem e sobretudo mostrando-me disponível para qualquer dúvida que precisassem de colocar. Percebi que

o facto de mostrar disponibilidade gerava nos pais mais confiança para colocarem dúvidas e expressarem a sua vontade e percebi também que, à medida que se sentem mais familiarizados com o ambiente, com a equipa e com o seu filho e as suas particularidades, sentem-se mais confiantes no desempenho do papel parental.

Em síntese, posso afirmar que em todos os contextos a promoção da parentalidade foi um foco, sendo que este processo está diretamente relacionado com o empoderamento e capacitação dos pais, vendo-os e fazendo-os sentirem-se como os melhores cuidadores dos seus filhos.

Objetivo específico:

- Promover a Parceria de Cuidados;

Atividades desenvolvidas:

- Prestei cuidados de acordo com o modelo de parceria de cuidados;
- Observei as práticas de cuidados desenvolvidas nos diferentes contextos;
- Refleti sobre as intervenções que promoveram a parceria de cuidados.

Reflexão:

A prestação de cuidados em pediatria prevê que o enfermeiro desenvolva competências para cuidar da criança em parceria com os pais, sendo esta parceria enfatizada pela importância que os pais assumem no desenvolvimento integral da criança e no desenvolvimento do cuidado, havendo uma valorização da parentalidade durante o processo de cuidar (Mendes & Martins, 2012).

O modelo da parceria de cuidados de Anne Casey assenta no pressuposto de que o cuidado de enfermagem deve assentar neste processo de parceria com a criança e família, reconhecendo o papel de cuidadora à família (Casey & Mobbs, 1988).

Este modelo permite um cuidado mais personalizado à criança uma vez que envolve os pais que são os maiores detentores de conhecimento sobre os seus hábitos e necessidades, transmitindo-lhes maior segurança, afetividade e diminuindo o impacto negativo da hospitalização (Mendes & Martins, 2012; Monteiro & Cerqueira, 2020). Por sua vez, para os pais, que podem sentir-se substituídos pela equipa de saúde, esta parceria

permite-lhes manter o papel parental e sentir-se valorizados, diminuindo sentimentos de culpa ou impotência perante a doença e hospitalização (Casey & Mobbs, 1988; Monteiro & Cerqueira, 2020)

Trata-se de um modelo em que os pais são ativamente envolvidos nos cuidados à criança pelos profissionais, havendo um planeamento dos mesmos em função da capacidade e vontade de envolvimento dos pais, que pode ir desde a não participação até ao assumir do controlo, assentando numa base de negociação e partilha de decisões entre os pais e os profissionais de saúde (Sousa et al., 2013; Monteiro & Cerqueira, 2020).

A UCIN, pelo ambiente altamente tecnológico e diferenciado, pela conhecida fragilidade dos RN que ali se encontram e pelo desconhecimento dos pais, pode pôr em causa, ou pelo menos condicionar esta parceria de cuidados, porém, e concordando com Casey e Mobbs (1988), até numa unidade de cuidados intensivos é possível que o enfermeiro apoie os pais tornando-os progressivamente mais capazes de se envolverem nos cuidados. Assim, o EESIP deve assumir uma posição de promotor e facilitador deste processo de parceria de cuidados.

Ao longo do estágio esta participação gradual nos cuidados foi evidente tendo sempre em conta o estado clínico do RN e a disponibilidade e vontade evidenciadas pelos pais. Num período inicial os pais começam por tocar no seu filho, fazer contenção, nomeadamente aquando da prestação de cuidados pela enfermeira, depois, progressivamente vão participando nos cuidados, monitorizar a temperatura, trocar a fralda, alimentar, inicialmente por sonda oro ou nasogástrica e mais tarde oralmente, otimizar o posicionamento, etc. Todos estes cuidados implicam que seja feita a capacitação dos pais para que estes se sintam confiantes para os prestar, por isso há já aqui um processo de negociação para tentar acertar com os pais o horário de permanência dos mesmos com o horário dos cuidados para que possam ser realizados ensinamentos e estes possam participar nos cuidados se assim o desejarem.

A experiência da parceria de cuidados permite ainda que os pais adquiram conhecimentos e capacidades que garantam a continuidade de cuidados em casa (Mendes & Martins, 2011), ou seja, além dos benefícios para todos os envolvidos nos cuidados, esta parceria de cuidados é também uma ferramenta na preparação para a alta e adaptação à parentalidade. No serviço de neonatologia e tal como deve acontecer a alta começa a ser preparada desde o momento da admissão e a parceria de cuidados com os pais é uma forma muito eficaz de o fazer. Ao longo do internamento vai sendo realizado um trabalho com os pais, no sentido de os capacitar para a prestação de cuidados inerentes ao

desempenho do papel parental, nomeadamente os cuidados de higiene, alimentação, seja com leite materno ou com leite adaptado, sono e repouso, prevenção de acidentes e vigilância de saúde, processo no qual tive oportunidade de participar, no entanto quando se aproxima a data da alta há um registo formal e uma validação destes ensinamentos e treino de competências em cada processo clínico.

Importa referir que, não raras vezes, os RN têm alta do serviço de neonatologia não para o domicílio, mas para o serviço de pediatria. Nestas situações, o enfermeiro deve também preparar os pais para as diferenças que vão encontrar, no sentido de não se sentirem desamparados ou inseguros, uma vez que, geralmente as medidas de vigilância não são tão apertadas, a disposição do serviço é diferente, a relação de doentes por enfermeiro é superior, e todas estas diferenças podem ser causadoras de ansiedade e insegurança, que podem ser minimizados se for realizada esta preparação.

O trabalho com base na parceria de cuidados foi transversal a todos os contextos de estágio. Na UCC esta parceria ficou mais evidente por exemplo aquando da elaboração do PSI, em que este é elaborado em conjunto com os pais, que são os maiores conhecedores dos seus filhos e da forma como determinada necessidade especial se manifesta na sua vida e a forma como lidam com ela. Também as sessões de formação que foram dinamizadas no contexto das NSE foram realizadas na presença e contando com a colaboração dos pais, pois se por um lado o EESIP era detentor do conhecimento científico e de estratégias comunicacionais para transmitir o conhecimento e as habilidades, por outro lado os pais sabiam as especificidades de cada criança e este trabalho em parceria permitiu adequar a intervenção, com base num processo de negociação e partilha com vista a um objetivo comum que era a proteção e inclusão da criança no ambiente escolar.

O serviço de urgência é talvez o contexto onde a implementação deste modelo de cuidados é mais desafiante, por um lado porque numa situação urgente a prioridade tende a ser direcionada para os aspetos mais técnicos, procurando atuar com rapidez e eficiência o que muitas vezes põe em causa o envolvimento dos pais, por outro lado porque a permanência naquele serviço é geralmente menos duradoura e a criança vai fazendo um percurso pelas diferentes áreas funcionais e como tal a oportunidade para estabelecer uma relação de confiança entre a criança/família e os profissionais que permita abertura para a negociação de cuidados pode estar posta em causa.

Não obstante as dificuldades percebidas neste contexto, houve sempre uma preocupação com o envolvimento da família, procurando perceber a dinâmica familiar e

respeitando as suas características, procurando gerir a ansiedade e mostrando disponibilidade para esclarecer a dinâmica de funcionamento e para explicar os procedimentos adotados. Além disso era permitida e encorajada a presença e envolvimento, mais ou menos ativo, dos pais nos cuidados prestados, de acordo com a sua vontade, nomeadamente procedimentos mais invasivos como a punção venosa ou menos invasivos como a administração de medicação oral ou inaloterapia, reconhecendo nos pais a capacidade de prestar cuidados aos seus filhos ainda que no serviço de urgência, de lhes transmitir segurança e de serem o elo de ligação entre eles e os profissionais.

Em suma, o modelo de parceria de cuidados constituiu-se como uma das linhas orientadoras da prestação de cuidados em todos os contextos, importando sublinhar e refletir que a parceria de cuidados não deve ser vista como a partilha dos cuidados com os pais, muitas vezes sob a forma de delegação, mas sim como uma verdadeira parceria que deve assentar numa base de negociação entre os profissionais e os pais sobre os cuidados prestados e o nível de envolvimento nos mesmos, implicando para isso que haja comunicação, partilha de informação e respeito pelo conhecimento e vontade dos pais.

Objetivos específicos:

- Promover a vinculação;
- Promover o aleitamento materno;

Atividades desenvolvidas:

- Incentivei atividades promotoras da vinculação, nomeadamente o Método Canguru;
- Implementei estratégias de promoção da amamentação.

Reflexão:

Tal como a promoção da parentalidade e da parceria de cuidados, também a promoção da vinculação deve ser uma prioridade para o EESIP.

Segundo Bowlby (1956) a vinculação é uma relação emocional profunda e duradoura que liga uma pessoa a outra e perdura tanto no tempo como no espaço. Por sua vez, o ICN define a vinculação como um foco de enfermagem definido como: *“Parentalidade: ligação entre a criança e a mãe e/ou o pai; formação de laços afetivos”* (ICN, 2020, p. 89).

O processo de vinculação, sendo essencial para o desenvolvimento saudável e bem-estar emocional da criança, pode estar comprometido durante o internamento na UCIN, cabendo ao enfermeiro implementar medidas que o promovam. O método canguru ou contacto pele-a-pele é um dos métodos de cuidado utilizados na UCIN com esta finalidade. Consiste em colocar o RN despido, apenas com a fralda, em posição vertical sobre o peito e abdómen da mãe ou pai. É utilizada uma faixa sobre o RN para segurança e pode ser colocada uma manta para manter o RN aquecido. É ainda oferecido à mãe ou pai um espelho de mão para que possa observar o rosto do seu filho.

Os benefícios método canguru são diversos e muito documentados na literatura, sendo evidente a influencia positiva no processo de vinculação, mas são percebidos também outros benefícios, nomeadamente no ganho de peso, diminuição do tempo de internamento, melhor regulação térmica, cuidado mais individualizado e humanizado, tendo ainda influência na promoção do aleitamento materno (Santos et al., 2017).

Durante o estágio tive oportunidade de ajudar a mãe de um RNPT realizar o método canguru. Antes de iniciar a mãe foi incentivada a satisfazer as suas necessidades, nomeadamente comer e ir à casa de banho, para que não tivesse que interromper o contacto forçadamente, uma vez que é recomendado que seja feito durante pelo menos 90 minutos, para potencializar os benefícios e respeitar os ciclos de sono. A unidade dispõe de um cadeirão reclinável e foi disposta de forma a facilitar o processo. A mãe foi incentivada a retirar e colocar o RN da incubadora. O meu papel e da enfermeira tutora passou pela vigilância da estabilidade do RN, por auxiliar com os equipamentos e por ajustar o posicionamento. Este momento não me permitiu constatar os benefícios a médio/longo prazo descritos pela literatura, porém pude perceber os benefícios imediatos para o RN, nomeadamente a estabilidade hemodinâmica e regulação térmica, pude perceber também a evidente satisfação dos pais durante este momento, o que me faz sublinhar que além de todos os benefícios para o RNPT, esta intervenção, acarreta também benefícios para o bem-estar e qualidade de vida família.

Alguma literatura ressalva que na UCIN o facto de o RN estar grandes períodos separado da mãe, pode por em causa a amamentação, podendo prejudicar também o vínculo entre os dois (Coutinho & Kaiser, 2015). Percebi ao longo do estágio que a promoção da amamentação é um foco dos cuidados de enfermagem e que, embora grande parte dos RN, pela sua condição clínica não possam ainda ser alimentados ao seio materno, os enfermeiros do serviço implementam intervenções de enfermagem que visam promover o aleitamento materno. Não só há um incentivo a colocar o bebé à mama logo

que possível, mas também as mães são incentivadas a extrair leite desde o início, podendo fazê-lo na unidade, junto do seu filho, com bombas disponibilizadas pelo serviço ou podendo trazer o leite extraído em casa, desde que devidamente acondicionado e identificado. Tive ao longo do estágio oportunidade de participar nos ensinamentos realizados à mãe acerca da extração e conservação do mesmo do leite materno.

O leite materno extraído é utilizado para alimentar o RN quando possível, ainda que por sonda gástrica, mas é também utilizado para estimular a sucção e deglutição, sendo colocadas algumas gotas na boca aquando da alimentação por sonda, e é ainda utilizado para realizar os cuidados de higiene à boca, o que permite ao familiarizar-se com o sabor e também beneficiar das suas propriedades através do contacto com a mucosa oral.

Foi possível constatar que, mesmo não podendo amamentar o seu filho, o facto de o seu leite ser utilizado para benefício do mesmo, é motivo de satisfação da mãe, sentindo-se mais incluída e mais contributiva no cuidado ao seu filho e por isso mais valorizada.

O leite materno é um alimento vivo, completo e natural, adequado a praticamente todos os recém-nascidos, que reúne múltiplas vantagens a curto e a longo prazo, tanto para o bebé como para a mãe, havendo consenso global de que manter a sua prática exclusiva é a melhor forma de alimento até aos seis meses de vida (Levy & Bértolo, 2012). A amamentação é vista pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (2017) como a pedra angular da sobrevivência, nutrição e desenvolvimento infantil e da saúde materna, defendendo não só a amamentação exclusiva até aos seis meses como a sua continuidade, complementada com alimentos adequados, até aos dois anos ou mais.

Tal como aconteceu no contexto da neonatologia, percebi que a promoção da amamentação era uma preocupação transversal em todos os contextos. Na UCC existia o cantinho de amamentação, que era utilizado não só para as mães poderem amamentar enquanto estavam nas instalações, mas também e principalmente para dar apoio e suporte à amamentação de mães que assim o desejassem e necessitassem, embora este apoio fosse dado pela EESMO e não pelo EESIP no âmbito do projeto da parentalidade. No SU existe também um cantinho da amamentação onde os bebés podem ser amamentados de forma mais tranquila e protegida, o que mostra também uma preocupação na proteção e promoção da amamentação.

A minha intervenção neste âmbito foi mais evidente, além da UCIN, na USF, onde a promoção do aleitamento materno foi concretizada intervindo no terceiro ponto de

viragem para o sucesso da amamentação, ou seja, no suporte da amamentação após a alta da maternidade (Levy & Bértolo, 2012).

Posso descrever a situação de uma mãe de um RN com seis dias, que tinha tomado a decisão convicta de que queria amamentar, tinha recebido apoio na maternidade, para o estabelecimento da lactação que, segundo a própria, tinha corrido bem, mas uma vez no domicílio deparou-se com dificuldades em manter o aleitamento materno, por dificuldade do bebê na pega, tendo já recorrido à suplementação com leite adaptado duas vezes por ineficácia da mamada. Esta questão estava a deixar a mãe com um sentimento de frustração e até tristeza por conta da vontade dela em manter o aleitamento materno exclusivo. Durante a consulta tentamos tranquilizar a mãe e transmitir-lhe segurança, colocamos o bebê à mama, procurando corrigir a postura, o posicionamento do bebê, a forma como a mãe segurava a mama, tendo conseguido uma pega e mamada eficazes. Houve também um trabalho de envolvimento do pai neste processo, mostrando como é que ele podia ajudar no posicionamento do RN, na correção da pega ou até dando apoio à mãe naquele momento, suprimindo necessidades simples como dar-lhe água.

Embora este seja um processo contínuo e não uma intervenção pontual, este momento capacitou a mãe com a aquisição de estratégias facilitadoras e acima de tudo com a transmissão de confiança no seu desempenho. Além disso foi combinada uma consulta telefónica para saber a evolução e esclarecer dúvidas, foi mostrada disponibilidade total via telefone e foi agendada uma visita domiciliária passados cinco dias com o intuito de perceber a evolução e também esclarecer dúvidas e mostrar apoio e segurança aos pais.

Competências:

- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;
- Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada;
- Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
- Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da EESIP.

- Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da EESIP;
- Refletir na e sobre sua prática, de forma crítica;
- Fazer avaliação crítica/reflexão dos resultados obtidos.

Objetivos específicos:

- Desenvolver competências de atuação junto da criança e família perante situações complexas: Crianças em situação de emergência; Recém-nascido Pré-termo;
- Desenvolver e implementar estratégias de controlo da dor;
- Refletir criticamente sobre as práticas instituídas e os cuidados prestados.

Atividades desenvolvidas:

- Participei na abordagem à criança na sala de emergência;
- Participei e realizei triagem de acordo com a *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale* (CPTAS);
- Colaborei na assistência do Recém-Nascido (RN) de alto risco em contexto de Neonatologia;
- Valorizei a avaliação correta da dor e implementei estratégias adequadas;
- Discuti com os pares as práticas instituídas e resultados obtidos;
- Observei as práticas de cuidados e refletir sobre as mesmas.

Reflexão:

A imprevisibilidade das situações de urgência e emergência e a necessidade de fazer uma avaliação rápida e dar uma resposta igualmente rápida e eficaz fazem desta área uma área de elevada complexidade. Por sua vez, a fragilidade dos RNPT e a especificidade dos cuidados que são prestados numa UCIN também se revestem de especial complexidade. Esta e outras situações igualmente complexas, como a avaliação e controlo eficazes da dor ou as questões relacionadas com a saúde mental são áreas que exigem a mobilização de competências específicas do EESIP, com as quais me vi confrontada durante o estágio e perante as quais tentei agir em conformidade e, acima de tudo aprofundar competências mantendo uma postura crítico-reflexiva.

No SU o primeiro desafio é colocado na sala de triagem, onde é suposto e EESIP em poucos minutos fazer uma avaliação do estado da criança de forma a estabelecer não um diagnóstico, mas sim o nível de gravidade e conseqüentemente o tempo e tipo de resposta necessária. A triagem é assim essencial ao funcionamento do SU e a sua ausência seria certamente um obstáculo ao adequado funcionamento do mesmo (DGS, 2018).

O sistema de triagem utilizado na SU onde decorreu o estágio é o *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale* (CPTAS), que tem como objetivo definir de forma precisa as necessidades das crianças em relação ao tempo, determinando o nível de urgência, os recursos necessários e o desempenho em relação aos objetivos operacionais (DGS, 2018). Esta é uma escala com cinco níveis de prioridade que faz uma avaliação da criança em 3 passos: impressão inicial da gravidade clínica avaliada pelo triângulo de avaliação pediátrica onde, apenas através daquilo que vemos ou ouvimos, independentemente da queixa ou da avaliação dos sinais vitais, avaliamos a aparência, a circulação e a respiração, segue-se a avaliação da queixa/motivo de consulta e por fim a avaliação dos sinais vitais, tendo em conta a idade e os fatores de risco associados e considerando também a dor como critério preponderante na atribuição de prioridade (DGS, 2018).

Ao longo do estágio tive oportunidade de observar e realizar, com supervisão, a triagem de cerca de 300 crianças e percebi que este é efetivamente um momento crucial que determina toda a continuidade dos cuidados dali em diante. O olhar crítico sobre a criança, a correta valorização dos sinais ou sintomas e a assertividade na recolha de informação são preponderantes, não esquecendo também as competências comunicacionais, adequando a linguagem e transmitindo calma mas mostrando interesse nas preocupações demonstradas pelos pais, uma vez que este é o primeiro contacto que os pais têm e por isso é muitas vezes a quem eles direcionam a sua ansiedade, sendo que qualquer ida ao SU, independentemente da gravidade ou da brevidade no atendimento acarreta uma elevada carga emocional (Vaz & Trigo, 2020). Com vista também a atenuar esta ansiedade e os possíveis episódios de agressividade ou impaciência era neste momento que informava os pais acerca do modo de funcionamento do serviço, ou seja, explicar que a ordem de atendimento está relacionada com a gravidade e não com a ordem de chegada e também tranquilizá-los explicando que até ao atendimento médico poderia ser feita nova avaliação e triagem e que os pais deviam inclusive dirigir-se a nós caso notassem alguma alteração no estado da criança.

Os focos de atenção mais frequentemente identificados na triagem foram a febre, dificuldade respiratória, vômitos e/ou diarreia, traumatismos e dor ou inflamação de uma extremidade, realçando aqui o facto de terem surgido muitas situações que não eram verdadeiras urgências.

Esta perceção que constatei e tive oportunidade de discutir com o enfermeiro tutor, é um assunto já debatido e estudado, havendo vários autores a afirmar que a maioria das crianças que procura o serviço de urgência apresenta situações clínicas que não constituem verdadeiras urgências hospitalares (Caldeira et al, 2006; Freitas et al, 2016; Vaz & Trigo, 2020). Esta evidência leva a uma prestação de cuidados menos adequada, maior insatisfação dos utentes e profissionais e um aumento dos custos, sendo situações que poderiam ser resolvidas nos CSP, o que implica que estes cuidados estejam acessíveis a todos e que se estabeleça relação consistente de confiança entre o médico assistente e o doente (Caldeira et al, 2006; Freitas et al, 2016).

Alguns exemplos que posso apontar neste âmbito são crianças em idade pré-escolar que são levadas ao SU após o primeiro pico febril, crianças em idade escolar que são levadas ao SU durante a madrugada porque iniciaram um quadro de vômitos (vomitaram duas vezes durante a noite). Ou adolescentes que recorrem ao SU por uma dor osteoarticular que já que prolonga há vários dias ou às vezes semanas.

Este recurso preferencial pelo SU pode ser justificado pelo facto de poderem aceder a cuidados especializados, meios complementares de diagnóstico e até medicação em qualquer dia e a qualquer hora, porém há uma necessidade de consciencializar as pessoas, de forma a evitar um uso inadequado e conseqüente sobrelotação deste serviço (Nascimento, 2017).

Considerando que o estágio se desenvolveu numa altura em que os serviços de saúde estavam condicionados pela pandemia por Covid 19, este era um dos critérios mais vezes apontado pelos pais das crianças, que alegavam que qualquer sintomatologia potencialmente relacionada com a infeção por Covid 19, era encaminhada para a urgência, não sendo realizada uma avaliação nos cuidados de saúde primários. No entanto este não é um problema que surgiu com a pandemia, mas sim um problema recorrente e a educação para a saúde assume um papel relevante para combater este problema e, neste âmbito, sublinho mais uma vez o papel do EESIP.

Esta abordagem pode ser feita durante as CSIJ onde devem ser abordados os problemas mais frequentes, nomeadamente vômitos, diarreia, febre, ressaltando qual a abordagem inicial para essas situações ou quando se justifica a ida imediata ao SU, sendo

inclusive um dos objetivos das CSIJ: prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns nas várias idades (DGS, 2013a).

Além disso pude assistir também a situações em que eram levadas crianças ao SU com febre e com evidente desconforto, cuja temperatura já havia sido monitorizada em casa e a febre já se havia verificado, mas não foi administrado qualquer antipirético, pela ideia de que o facto de chegar ao SU ainda com febre era um fator que influenciava o tempo de espera ou a valorização do quadro. Estes foram momentos em que foi feita educação para a saúde, contrariando esta ideia, que pelo que percebi, no contexto e pela experiência do EESIP, está ainda muito enraizada.

Não obstante todos os motivos, mais ou menos justificados, de ida à urgência, parece-me pertinente refletir sobre os motivos relacionados com a saúde mental que, não sendo a maioria, são bastante frequentes, sobretudo em adolescentes, nomeadamente os comportamentos autolesivos (ingestão medicamentosa e cortes em diferentes partes do corpo) e sintomatologia condizente com quadros ansiedade, tendo sido motivo de reflexão com o enfermeiro tutor.

Os comportamentos autolesivos, são definidos como um ato não fatal exercido pelo adolescente, sem intervenção de outra pessoa, que de forma deliberada ingere uma substância em excesso em relação à dose terapêutica, ingere uma substância ilícita ou outra não ingerível ou tem um comportamento com intuito de causar lesão ao próprio corpo (cortes, queimadura) (DGS, 2013b).

O adolescente que apresenta um comportamento autolesivo sem intenção suicida está em sofrimento psíquico e a abordagem deve ser abrangente, indo além do comportamento ou sintoma, uma vez que estes comportamentos são muitas vezes um pequeno vislumbre da desesperança destes adolescentes (Trinco & Santos, 2017).

De acordo com a OMS (2021), estima-se que globalmente, cerca de 14% das crianças com idade compreendida entre os 10 e 19 anos, sofram de problemas de saúde mental, embora grande parte delas não sejam diagnosticadas ou tratadas, acrescentando ainda que a depressão, ansiedade e distúrbios comportamentais estão entre as principais causas de doença e incapacidade entre os adolescentes e apontando o suicídio como a quarta causa de morte entre jovens dos 15 aos 19 anos.

Um estudo realizado em Portugal (Health Behaviour in School-Aged Children, 2018) mostra que a percentagem de alunos que relatam sentimentos de tristeza, de exaustão, de nervosismo ou até de medo têm vindo a aumentar ao longo dos anos,

mostrando ainda que 19,6% dos alunos do 8º e 10º anos afirmam já terem apresentado comportamento autolesivos pelo menos uma vez.

A intervenção no SU é essencialmente de tratamento imediato e urgente das consequências destes comportamentos autolesivos e referência/encaminhamento adequados para o tratamento e acompanhamento, contudo, é imperativo atuar na promoção da saúde mental e prevenção da doença e de comportamentos de risco. Sendo a intervenção na escola apontada pela OMS (2021) como uma forma de promoção e prevenção e considerando os dados da saúde mental nos adolescentes conseguimos compreender o facto de a Saúde Mental assumir um lugar prioritário no âmbito da Saúde Escolar, sendo abordada este ano, na UCC onde decorreu o meu estágio, através da implementação do Programa Mais Contigo que tem como objetivo promover a saúde mental e bem-estar em jovens do 3º ciclo e secundário, prevenir comportamentos da esfera suicidária, combater o estigma em saúde mental e criar uma rede de atendimento de saúde mental. Para crianças entre os 4 e 12 anos será ainda implementado o projeto Toque Nutritivo, do Programa de Massagem nas Escolas que tem entre outros benefícios a melhoria da capacidade de relação com os outros, o aumento do respeito por si e pelos outros, a redução da agressividade/ Bullying dentro e fora das salas de aulas e ainda o aumento da consciência interior e a autoestima.

Outro motivo de reflexão neste âmbito foi o facto de o recurso ao SU por motivos relacionados com a saúde mental ter aumentado durante a época pandémica, o que vai ao encontro de estudos desenvolvidos que verificam que as medidas de contenção adotadas, nomeadamente o distanciamento social e o fecho das escolas, têm impacto negativo na saúde mental dos adolescentes (Oliveira, 2020; UNICEF, 2021).

Apesar de ser de todos os contextos o que mais se aproxima da minha prática profissional, pelo menos em algumas das áreas funcionais, o SU tem duas áreas que implicam cuidados muito específicos e por isso representaram um desafio maior, são elas a triagem, sobre a qual já falei, e a sala de emergência.

Em relação à sala de emergência tive oportunidade de assistir e participar na prestação de cuidados em quatro momentos distintos, embora apenas dois deles tenham sido situações de emergência, uma vez que as outras duas foram situações programadas, nas quais, por impossibilidade de uso do bloco operatório para a realização de procedimentos que implicavam sedação, foi utilizada a sala de emergência uma vez que reúne todos os equipamentos necessários e profissionais com competência para dar resposta.

As situações de verdadeira emergência foram um adolescente politraumatizado com traumatismo crânio encefálico grave, vítima de um acidente de viação, que foi transportado pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), em plano duro e já se encontrava sedado e sob ventilação mecânica invasiva e a outra foi um bebé de 45 dias que chegou ao SU trazido pela mãe, com dificuldade respiratória marcada e cianose, acabando mesmo por entrar em paragem respiratória. Foi permeabilizada e assegurada a via aérea com ventilação com ambu, mas a criança acabou por precisar de ser entubada e ventilada de forma invasiva.

Ambas as situações me permitiram trabalhar a capacidade de definir prioridades mediante uma situação de emergência e perceber qual a abordagem prioritária com vista à estabilização da criança, permitindo-me também perceber a dinâmica de atuação numa situação de emergência e a competência técnica, científica e emocional que é necessária para conseguir atuar de forma segura, eficaz e articulada, numa situação que se reveste sempre de grande complexidade e stresse pelo risco que acarreta para a criança.

Durante o estágio na neonatologia, foi-me oferecida a possibilidade de prestar cuidados quase exclusivamente na UCIN uma vez que, considerando o contexto onde exerço a minha atividade profissional, era a UCIN que mais se diferenciava em termos de complexidade dos cuidados prestados, sendo que a maior parte dos RN ali internados são RNPT. Sublinho o facto de, não raras vezes, me ter sido proporcionada bastante autonomia nesta prestação de cuidados aos RNPT. Esta autonomia foi muito positiva porque me permitiu reconhecer os desafios e procurar a resposta para os mesmos sem ter a solução já pronta por alguém muito experiente e competente.

Inicialmente até a capacidade de trabalhar dentro de uma incubadora, com tantos recursos tecnológicos e materiais em tão pouco espaço representou um desafio, porém sem sombra de dúvidas que o maior desafio é colocado pela fragilidade e instabilidade daquele ser tão pequeno e tão dependente de quem o cuida, mas que ao mesmo tempo sabe-se ser um ser complexo, recetivo e reativo à estimulação social e sensorial que simultaneamente tenta regular o seu próprio limiar de reação e resposta (Santos, 2011).

Ao longo do estágio tive então oportunidade de prestar cuidados ao RN com ventilação mecânica invasiva e não invasiva, com utilização de *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP), com todas as intervenções que estas condições implicam. Tive ainda oportunidade de presenciar a entubação endotraqueal e, por outro lado a passagem de ventilação invasiva para não invasiva, bem como outros procedimentos uns mais

outros menos invasivos como por exemplo a colocação de cateteres epicutâneos, a aspiração de secreções ou a punção venosa.

Não pretendendo descrever de uma forma pormenorizada os cuidados prestados numa UCIN, vou permitir-me fazer uma breve reflexão e descrição sobre os focos de enfermagem mais comuns nos cuidados a estes RNPT.

A fragilidade cutânea de um RNPT faz com que a pele seja um foco de atenção, desta forma há um cuidado com os sensores do pulsoxímetro e da temperatura, que são trocados de local frequentemente, há também um cuidado com a integridade das narinas pela pressão da máscara e prongs do CPAP, que são trocados frequentemente, sendo a pele protegida e há também cuidado aquando da remoção de qualquer adesivo que seja colocado em contacto com a pele. A limpeza das vias aéreas é outra preocupação, sendo aspiradas secreções ou permeabilizadas as narinas com soro fisiológico. A temperatura, pela instabilidade térmica e dificuldade de regulação que os RNPT apresentam, é um aspeto que está constantemente a ser monitorizado, exigindo ajustes da temperatura e humidade da incubadora, em função das variações evidenciadas pelo RNPT. A vigilância abdominal, quer pela distensão causada pela ventilação não invasiva quer pelo risco de enterocolites inerente aos RNPT é também um foco de atenção, havendo uma monitorização e comparação do perímetro pelo menos uma vez por turno. Não posso deixar de fazer referência ao conforto do RN que é um foco dos cuidados em todas as abordagens, desde o momento até à forma como é manipulado, ao posicionamento, à proteção em relação ao ruído e luminosidade e também à família, que é, sem dúvida um foco dos cuidados, evidente em todas as reflexões já realizadas.

A dor é também um foco de atenção não só na neonatologia como em todos os outros contextos, sendo cada vez mais um aspeto relevante nos cuidados de saúde, e a forma como é gerida e tratada um indicador de qualidade dos mesmos. A preocupação com a dor das crianças resulta do reconhecimento que as crianças têm dor, guardam memória da dor e que a dor não tratada tem consequências a longo prazo (DGS, 2010).

A forma como a dor é encarada, valorizada e a resposta que lhe é dada é, a meu ver, um aspeto fulcral das competências do EESIP. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2013) compete a estes enfermeiros especialistas a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, a gestão de medidas farmacológicas para controlo da dor e a utilização de conhecimentos e habilidades para implementar medidas não farmacológicas para o alívio da dor. Posto isto, ao longo do estágio e da passagem pelos

diferentes contextos, cada um com as suas especificidades, procurei atuar em conformidade com estes princípios.

Na neonatologia este é então um foco de atenção com especial relevância, constituindo um indicador de qualidade dos cuidados ao RN, quer do ponto de vista ético quer do ponto de vista do neurodesenvolvimento, sabendo-se que a dor no RN pode ter consequências quer imediatas quer a longo prazo, se não for devidamente tratada (DGS, 2012).

Apesar do reconhecimento de que os RN sentem dor, muitas vezes o grande desafio passa por avaliá-la corretamente, sendo que o sucesso do controlo da dor depende de uma avaliação sistemática e rigorosa, com instrumentos válidos (Batalha et al., 2009). Na UCIN a escala de avaliação da dor utilizada é a *Echelle Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né* (EDIN), uma escala de referência para Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (DGS, 2010), validada para a população portuguesa e que avalia cinco indicadores: expressão facial, movimentos corporais, qualidade do sono, qualidade de interação e consolabilidade ou reconforto (Batalha et al., 2003).

Não obstante o uso de uma escala que permite uma avaliação sistemática e objetiva, parece-me essencial também o olhar crítico do EESIP para interpretar todos os sinais de dor ou desconforto que são dados pelo RN. Este é claramente um foco da prática do enfermeiro numa UCIN e foi também um foco do meu cuidado, tendo não só realizado uma avaliação e registo regulares e sistemáticos através da escala preconizada, mas tendo também conseguido perceber em vários momentos a dor do RN através, por exemplo, do aumento da frequência cardíaca e/ou respiratória, da alteração da coloração cutânea, do tónus muscular ou da posição das mãos, nomeadamente os punhos cerrados ou mão muito abertas.

Com a finalidade de controlar a dor e proporcionar o maior conforto ao RN foram utilizadas medidas que são descritas pela literatura e que efetivamente demonstraram eficácia, nomeadamente o controlo dos estímulos ambientais (luz e ruído), o ajuste do posicionamento, a contenção, o toque, a sucção não nutritiva, a sacarose a 24% ou algumas gotas de leite materno, quando possível (Batalha, 2010; Oliveira et al., 2011; Costa et al., 2016; Fernandes, 2020). Importa ainda referir que, quando a situação clínica do RN e/ou a intervenção em causa o permitiam e os pais assim o desejavam, a implementação destas medidas era realizada por eles.

Na USF a intervenção dolorosa mais frequente para as crianças é a vacinação. A ausência de implementação de medidas para controlo da dor durante a vacinação expõe a

criança a sofrimento desnecessário. Por outro lado, quando são implementadas estas medidas além de diminuir o desconforto durante o procedimento, melhora a satisfação não só da criança como da família (Taddio et al., 2009)

Durante este procedimento foram sendo instituídas medidas não farmacológicas para alívio e controlo da dor, de acordo com a criança e o seu estadió de desenvolvimento e também de acordo com o *feedback* dos pais, que são os maiores conhecedores e peritos dos seus filhos e, estando familiarizados com as habilidades de adaptação da criança, podem ajudar na identificação de estratégias com maior potencial para surtir efeito (Hockenberry & Wilson, 2014).

As estratégias mais utilizadas nos RN e lactentes foram a sucção não nutritiva, o aconchego ou colo, e, embora não tão frequentemente, a amamentação, sendo estas estratégias reconhecidas na literatura (Batalha, 2010, Oliveira et al., 2011; Ordem dos Enfermeiros, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014). Por sua vez nas crianças mais crescidas, nomeadamente pré-escolares e escolares, foi usada a técnica da distração e o reforço positivo, por meio do elogio (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

No SU os procedimentos dolorosos são vários e frequentes e a dor é um sinal vital muito valorizado, tendo nomeadamente grande influência no nível de prioridade atribuído na triagem. Apesar desta valorização, sendo inclusive implementadas medidas farmacológicas imediatamente na triagem para dor moderada ou grave, não se verifica um uso regular de estratégias farmacológicas ou não farmacológicas nos procedimentos invasivos. Neste sentido procurei implementar medidas não farmacológicas que me pareceram possíveis e adequadas mediante o contexto e a idade da criança, nomeadamente a sucção não nutritiva, o uso de solução açucarada, o colo e conforto dos pais ou a distração e reforço positivo para crianças mais pequenas.

As escalas de avaliação da dor mais frequentemente utilizadas no SU são a escala numérica, uma escala de autoavaliação, e a escala FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability), uma escala de heteroavaliação que reúne os indicadores expressão facial, movimento das pernas, atividade, choro e consolabilidade, avaliando cada um desses indicadores com um score entre zero e dois, dando no final um score total de zero a dez (Batalha et al., 2009).

A escolha das escalas utilizadas em função da idade ou das características da criança foi um dos aspetos discutidos com o enfermeiro tutor e, posteriormente levei esta discussão também para o meu local de trabalho. A dor é uma experiência pessoal, multidimensional, desagradável, cuja forma de perceção e expressão assume grande

variabilidade, devendo, sempre que possível, privilegiar-se a autoavaliação ou autorrelato (DGS, 2010; Fernandes, 2020). Uma das possibilidades que permite a autoavaliação da dor e é frequentemente utilizada é a Escala de faces de Wong-Baker, porém, sendo uma escala de autoavaliação, teria que ser mostrada à criança a escala e permitir que ela indicasse a face e por correspondência o score de dor. Percebi que, de uma forma geral, esta não é uma escala facilmente aplicável e o que é mais frequentemente realizado é uma autoavaliação quando a criança é capaz de atribuir um score numérico à sua dor (escala numérica) ou então uma heteroavaliação com base na expressão e comportamento da criança. Desta forma acabei por privilegiar o uso da escala FLACC quando a idade ou capacidade da criança não permitia uma autoavaliação através da escala numérica.

Em suma, julgo ter sido capaz de demonstrar competência na resposta às situações complexas com que me deparei ao longo do estágio nos diferentes contextos, nomeadamente situações de instabilidade que requerem avaliação célere e assertiva, como a triagem, a sala de emergência ou até a abordagem ao RNPT, situações de dor e desconforto, implementando medidas de gestão da dor adequadas e ainda a abordagem ao adolescente problemas do âmbito da saúde mental, mobilizando conhecimentos e habilidades, tomando decisões fundamentadas e refletindo de forma crítica sobre os acontecimentos com base na evidência disponível, sendo esta capacidade de análise crítico reflexiva, do meu ponto de vista, uma forma de crescimento e aperfeiçoamento profissional.

3.2 Domínio da Formação

Com vista a uma prestação de cuidados de qualidade, assentes na segurança e satisfação da criança e família, o EESIP deve manter-se atualizado no conhecimento, apostando por isso em formação regular, que dê resposta às suas necessidades, devendo também contribuir para a formação dos pares, evidenciando capacidade de comunicar o conhecimento que detém.

Competências:

- Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;

- Promover a formação em serviço na área de EESIP;
- Identificar as necessidades formativas na área da EESIP.

Objetivos específicos:

- Desenvolver competências para a formação de pares;
- Realizar formação em serviço em resposta a necessidades de formação identificadas.

Atividades desenvolvidas:

- Identifiquei com os EESIP e restantes enfermeiros da equipa as necessidades formativas;
- Preparei e realizei uma sessão de formação de acordo com as necessidades identificadas na equipa.

Reflexão:

As constantes mudanças que se vivenciam na sociedade e nos cuidados de saúde obrigam os enfermeiros à aquisição de novos conhecimentos e competências como forma de adaptação e resposta aos desafios colocados. Ou seja, embora a formação de base nos permita o exercício profissional com alguma segurança, a formação contínua revela-se impreterível para a aquisição de novas competências que possam dar resposta à evolução da ciência e tecnologia, com vista à excelência dos cuidados (Rodrigues, 2011).

Assim sendo, a necessidade formativa é uma constante no nosso percurso profissional, seja qual for o contexto e as circunstâncias sendo que, de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Lei n.º 156/2015, p. 8080), o enfermeiro assume o dever de “*manter a atualização contínua dos seus conhecimentos (...), sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas*”, com vista à excelência do exercício profissional. O regime legal da carreira de Enfermagem (Decreto-Lei n.º 71/2019, p. 2630) acrescenta ainda que compete ao enfermeiro “*participar em processos formativos, contribuindo para a sua valorização profissional e para a valorização profissional dos seus pares*”.

A formação de pares que planeei e realizei foi sobre o Desenvolvimento Infantil pretendia dar resposta a uma necessidade evidenciada pela equipa de enfermagem da UCC e identificada por mim e pela EESIP, considerando que faz parte das competências

do enfermeiro especialista diagnosticar necessidades formativas e atuar como formador oportuno em contexto de trabalho (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Esta necessidade formativa surge pelo facto de os enfermeiros que integram a equipa da UCC, sendo especialistas em diferentes áreas, nomeadamente reabilitação, saúde materna e obstétrica, enfermagem comunitária e ainda um enfermeiro de cuidados gerais, terem intervenções frequentes e regulares com crianças e jovens nos diferentes projetos que integram, nomeadamente na ECCI, na Saúde Escolar e até os elementos que fazem consulta de enfermagem no contexto do protocolo existente entre a UCC e uma entidade privada, onde, entre outras consultas de enfermagem são também realizadas CSIJ.

Considerando esta realidade e tendo em conta o facto de que todos os profissionais que acompanham crianças e fazem a sua vigilância devem ter a noção do que é expectável e do que são sinais de alarme, podendo assim identificar o que são desvios patológicos e fazer a correta sinalização, mas também o que serão desvios fisiológicos que possam ser solucionados com medidas simples como o estímulo adequado (Pinto, 2009), esta temática foi identificada como uma necessidade formativa pelos enfermeiros da UCC e considerada pertinente por mim e pelo EESIP.

Uma vez identificada a necessidade formativa foi realizado um planeamento sistemático que contemplava a determinação da data e hora da formação, os recursos necessários, a duração e a metodologia utilizada, bem como os objetivos e a forma como seria avaliada. Este planeamento exigiu uma pesquisa e mobilização de conhecimentos teóricos bem como uma organização clara e concisa dos conteúdos a transmitir, que foram organizados sob a forma de uma apresentação em *PowerPoint*®.

Com a finalidade de perceber o sucesso da formação, esta foi sujeita a uma avaliação levada a cabo através da implementação de um questionário aplicado em dois momentos (antes e após a formação) que pretendia perceber se houve ou não aquisição de conhecimentos, e ainda da implementação de um outro questionário que pretendia avaliar a sessão e o formador. Embora o indicador de processo definido pelo número de enfermeiros presentes não tenha sido alcançado, uma vez que apenas estiveram presentes 60% dos enfermeiros, quando o objetivo definia 75%, os indicadores de resultado foram alcançados, nomeadamente no que diz respeito ao ganho em conhecimentos (Apêndice I).

Não obstante o contributo que considero ter conseguido dar à equipa, este foi um momento que permitiu também um crescimento pessoal e profissional, no sentido em que

reuni e sistematizei conhecimento na área do desenvolvimento infantil, o qual foi útil para suportar a minha atuação nos restantes contextos, nomeadamente nas CSIJ, aprofundei conhecimentos e habilidades na planeamento de sessões de formação, com todas as etapas que lhe estão inerentes, e permitiu ainda trabalhar competências no âmbito da comunicação formal entre pares.

Em suma, considero ter alcançado as competências do domínio da formação, no sentido em que identifiquei, em parceria com o EESIP, uma necessidade formativa na área da Saúde Infantil e Pediátrica, tendo promovido uma sessão de formação em serviço que desse resposta a essa necessidade e que resultou num ganho em conhecimentos na área e proporcionou um momento de discussão, partilha e reflexão entre a equipa, contribuindo desta forma para o crescimento pessoal e profissional dos pares.

3.3 Domínio da Gestão

De acordo com o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019), este deve reunir competências do domínio da gestão de cuidados, ou seja, gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação entre a equipa multidisciplinar, e adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. De uma forma geral, o enfermeiro deve conhecer a sua equipa e em função disso mobilizar e adaptar os recursos disponíveis maximizando o seu desenvolvimento profissional e relacional, com vista à garantia da qualidade global dos cuidados prestados.

Competência:

- Realizar a gestão de cuidados na sua área de especialização.

Objetivos específicos:

- Compreender as estratégias de gestão em enfermagem dos diferentes serviços.

Atividades desenvolvidas:

- Observei as estratégias de gestão utilizadas;
- Observei o tipo de liderança predominante;
- Colaborei com o EESIP nas diferentes atividades de gestão, nomeadamente na gestão de cuidados.

Reflexão:

A gestão em cuidados de enfermagem é o resultado da articulação entre a prestação de cuidados e as atividades de gestão, através do exercício de liderança, da interação, da comunicação e da cooperação assumidas pelo enfermeiro em relação à equipa de enfermagem, equipa multidisciplinar e utentes (Mororó et al., 2018).

A enfermagem é uma profissão centrada na pessoa e nas suas necessidades que procura a prestação de cuidados de qualidade, o que exige o envolvimento e empenho de todos os elementos da equipa, nomeadamente do enfermeiro gestor, que atua como elemento estruturante dos serviços de saúde, focado na maximização da qualidade dos cuidados, dos profissionais e das instituições (Rocha et al., 2016)

Das diversas competências do enfermeiro gestor que contribuem para melhorar a qualidade assistencial, a que assume maior destaque é a liderança, que implica capacidade para influenciar as pessoas e mobilizá-las com vista a uma maior eficiência, recorrendo para tal a uma gestão participativa e cooperante, tendo como principal desafio a gestão de recursos humanos e conflitos interpessoais (Freitas, 2018).

Durante o estágio procurei perceber as estratégias de gestão utilizadas, o tipo de liderança predominante, mas acima de tudo procurei perceber o papel do EESIP na gestão de cuidados, na gestão de equipas e de recursos, uma vez que, considerando o tempo de estágio, o contacto com o enfermeiro gestor, ou chefe, não foi longo o suficiente para poder perceber de forma clara e discutir o tipo de gestão ou liderança implementados.

Ao longo do estágio na UCC o meu contacto com o enfermeiro coordenador, enfermeiro especialista em saúde comunitária, foi pontual, porém deu para perceber que tem o papel de representar a UCC no exterior, fazendo também a ponte entre as necessidades levantadas na comunidade e os enfermeiros envolvidos ou responsáveis pelos projetos que lhe dão resposta.

Pela dinâmica de funcionamento da UCC e pelas duas reuniões de equipa a que tive oportunidade de assistir, percebi que a opinião e posição dos vários elementos era

ouvida e tida em conta, não havendo imposição de decisões, o que vai ao encontro daquilo que a literatura descreve como um líder transformacional, que opta por uma abordagem democrática, sendo atenciosos e partilhando responsabilidades com os elementos que lideram (Giltinane, 2013).

O trabalho na UCC é desenvolvido através da definição de projetos, pelos quais estão distribuídos e são responsáveis os diversos enfermeiros que constituem a equipa da UCC. O EESIP que acompanhei, o único da UCC, estava envolvido no projeto da Parentalidade, e no projeto da Saúde Escolar, que partilhava com mais três enfermeiros especialistas em saúde comunitária, pelos quais eram distribuídas as várias escolas, sendo responsável em particular pelas NSE de toda a população escolar. Pude perceber ao longo do estágio que ele era responsável por dar resposta a todas as solicitações que surgiam nesse sentido, gerindo os recursos necessários para tal. Além disso, sendo o único EESIP era também consultado e participava na tomada de decisões em outros projetos que envolvessem a população pediátrica.

Nos contextos hospitalares o principal contacto que tive com o enfermeiro chefe foi durante as passagens de turno, que por vezes eram momentos para discutir assuntos do interesse ou preocupação das equipas, sendo um espaço onde era permitida a expressão de opinião e havia uma busca conjunta de soluções em que o enfermeiro chefe assumia ainda a posição de elo de ligação da equipa de enfermagem para as posições de gestão de nível superior.

Vou realçar o contexto da neonatologia, que passou por uma mudança de serviço, o que foi gerador de algumas dúvidas e preocupações manifestados por vários elementos da equipa. Dos momentos que presenciei em que foi discutido este assunto, a enfermeira chefe procurou ouvir e mostrar compreensão pelas preocupações e pela reação a esta mudança e não tentar mudar ou controlar esta resposta. Estas são características apontadas por alguns autores para líderes que mostram inteligência emocional e capacidade de lidar com o stress (Feather, 2009).

Percebi também nos contextos hospitalares que o enfermeiro gestor ou chefe delega parte das funções de gestão de recursos, seja humanos ou materiais ao EESIP que assume o papel de responsável de equipa uma vez que, pela proximidade à equipa e pela participação na prestação de cuidados, está em posição privilegiada no que diz respeito ao conhecimento das necessidades e características da equipa e portanto reúne as condições para o planeamento de atividades e coordenação da equipa e dos cuidados.

Posto isto, no contexto da urgência é o EESIP que é responsável por distribuir os elementos pelas diferentes áreas funcionais. Além disso assume o papel de coordenador de equipa, que lhe confere a função de perceber as necessidades em cada uma das áreas e garantir o adequado funcionamento das mesmas, de garantir a prontidão da sala de emergência, nomeadamente verificar todo o material e equipamentos, assumindo também o papel de coordenação em caso de emergência. Ao longo do estágio tive oportunidade de acompanhar e participar com o EESIP no desempenho deste papel diversas vezes.

No contexto da neonatologia também pude acompanhar a minha tutora e EESIP a desempenhar o papel de chefe de equipa e responsável de turno. Cabia-lhe mais uma vez a função de distribuir os RN de acordo com as características e experiência dos elementos da equipa, as características dos RN e também privilegiando a continuidade de cuidados. A gestão de vagas, bem como a gestão de material e equipamentos são também funções que assume, bem como a gestão de recursos humanos, no sentido de tentar colmatar as falhas imprevistas de profissionais.

Em síntese, julgo ter alcançado a competência no domínio da gestão, no sentido em que procurei perceber as estratégias de gestão utilizadas e refletir sobre as mesmas tendo também participado, mas principalmente refletido criticamente na gestão de cuidados realizada pelo EESIP nos diferentes contextos.

3.4 Domínio da Investigação

A Enfermagem enquanto profissão e disciplina tem vindo a percorrer um longo caminho e se atingiu o nível de notoriedade e importância que lhe é conferido hoje, contribuíram para tal não só a formação, mas também o investimento na investigação (Martins, 2008), tendo-se assistido nas últimas décadas ao seu desenvolvimento enquanto disciplina do conhecimento, que baseia a sua prática no raciocínio analítico e na melhor evidência disponível (Preto et al., 2015).

Ter um corpo de conhecimentos próprio com base científica confere solidez e poder à enfermagem para determinar cuidados de excelência que promovem o avanço da profissão (Butts et al., 2012), sendo por isso crucial o investimento na investigação.

Competências:

- Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
- Participar e promover a investigação em serviço na área da EESIP;
- Compreender a importância da prática baseada na evidência.

Objetivos específicos:

- Transferir para a prática de cuidados os resultados da investigação;
- Aperfeiçoar competências na área da investigação em enfermagem;

Atividades desenvolvidas:

- Realizei pesquisa bibliográfica na área da EESIP;
- Partilhei com a equipa os resultados obtidos com a pesquisa realizada;
- Discuti com a equipa os resultados obtidos e a sua relação e aplicabilidade na prestação de cuidados;
- Prestei cuidados baseados na melhor evidência disponível;
- Realizei uma revisão integrativa sobre os cuidados com o coto umbilical.

Reflexão:

A investigação reveste-se de extrema importância não só para desenvolvimento contínuo da profissão, mas também para orientar a tomada de decisão adequada e consequentemente garantir mais qualidade de cuidados.

Ao longo do estágio realizado foram várias as situações e temáticas que me levaram a procurar mais informação e a refletir criticamente sobre a mesma, com o intuito de dar resposta aos problemas e necessidades levantados, atuando com base na evidência, uma vez que esta é, concordando com a Ordem dos Enfermeiros (2006), um pré-requisito para a excelência e segurança dos cuidados, bem como para a otimização dos resultados de enfermagem.

A prática baseada em evidência é uma abordagem que permite um incremento na qualidade dos cuidados prestados pelo enfermeiro. Esta abordagem pressupõe a definição

de um problema e elaboração de uma questão de investigação, a pesquisa de evidência e avaliação crítica da mesma e a tomada de decisão com base nessa evidência (Pedrolo et al., 2009).

Durante o estágio na USF constatei que se verifica uma discrepância em relação aos cuidados com o coto umbilical, que variam em função da instituição e até do profissional, apesar das orientações definidas pela OMS (2014) que recomendam a limpeza e secagem do coto umbilical nos partos que aconteçam em instituições de saúde ou no domicílio em locais com baixa taxa de mortalidade neonatal, como é o caso de Portugal. Posto isto desenvolvi uma pesquisa sistematizada, sob a forma de uma revisão integrativa, através da qual pretendia aprofundar conhecimentos sobre a temática e alicerçar uma prática baseada na evidência, mas também ter um indicador de produção (comunicação no Fórum das Especialidades de Enfermagem) e enviar o trabalho para possível publicação numa revista com revisão de pares.

O objetivo desta revisão integrativa é esclarecer o efeito dos diferentes métodos de cuidado, nomeadamente o uso de antissépticos e a técnica *dry care*, na prevenção de infeções do coto umbilical, e no tempo de queda do mesmo. Foram analisados 11 artigos, 9 estudos primários e 2 revisões sistemáticas com meta-análise. Os resultados obtidos mostram que em países como Portugal, desenvolvidos, com baixa taxa de mortalidade neonatal e ainda com a maior parte dos partos realizados em instituições de saúde, o método *dry care* é o mais adequado, uma vez que conduz a um tempo de separação do coto umbilical menor, não aumentando a incidência de onfalites ou sinais de infeção (Apêndice II).

A realização deste estudo permitiu-me aprofundar conhecimentos e habilidades na área da investigação, nomeadamente a formulação de uma questão de investigação clara e objetiva, a pesquisa em bases de dados, a análise e tratamento dos dados e a redação final de um artigo. Outro domínio de conhecimento está relacionado com a sistematização dos resultados encontrados de forma a poderem ser transferidos para a prática de cuidados, com o intuito de contribuir para a uniformização dos mesmos, orientando não só os cuidados prestados, mas também as orientações e ensinamentos realizados aos pais.

Apesar de esta ter sido a única problemática sobre a qual realizei uma pesquisa mais sistematizada, não foi, como é fácil constatar pelas reflexões e descrições já realizadas, a única que exigiu o trabalho de pesquisa para fundamentar as minhas intervenções e discurso.

No SU surgiu também a necessidade de realizar uma reflexão relacionada com o uso da iodopovidona em substituição de água e sabão ou soro fisiológico na limpeza dos genitais antes da algaliação para colheita de urina para análise. O Programa Nacional de Controlo de Infecção do Ministério da Saúde (2004) recomenda o uso de água e sabão ou soro fisiológico em vez de soluções antissépticas, tendo encontrado literatura que conclui não haver vantagem no uso de iodopovidona em relação à prevenção de infecções do trato urinário (Hung, et al., 2010; Cunha et al., 2013), havendo inclusive um estudo realizado em idade pediátrica que mostra que não há benefício em realizar a limpeza genital com iodopovidona quando comparada com água esterilizada (Al-Farsi, et al., 2009). Não consegui, no entanto, encontrar evidência que mostre que tem desvantagem ou pode influenciar o resultado. Este foi um assunto discutido com o enfermeiro tutor e que, ainda que não tenha mudado a prática no imediato, pelo menos permitiu-nos refletir e pensar sobre um assunto e uma técnica que era realizada de forma rotineira, sem pensar no porquê, levando também à reflexão sobre a necessidade da investigação e pesquisa científica para atualizar conhecimentos, ainda que sobre cuidados que prestamos frequentemente e acreditamos fazer de forma correta.

É a capacidade de pensar sobre aquilo que fazemos e refletir sobre as práticas profissionais e cuidados prestados que levam a enfermagem a encontrar respostas e alternativas adequadas para os problemas com que se vai confrontando (Martins, 2008). Ou seja, é preciso um olhar amplo e crítico sobre aquilo que fazemos, como fazemos e porque fazemos, para perceber onde necessitamos de mais investimento para fundamentar a nossa prática, dando robustez aos cuidados prestados.

Ao longo do estágio além de ter realizado pesquisa bibliográfica, de forma mais e menos sistematizada e de procurar transpor para a prática os resultados obtidos, procurei ainda contribuir para a promoção da investigação nos serviços onde passei. Embora não tenha participado de forma direta em nenhum projeto ou trabalho de investigação, julgo que o facto de levar à discussão os resultados da pesquisa realizada e procurar fundamentar o meu discurso com base na evidência, é uma forma de promover a investigação e mostrar a sua importância para uma prática de cuidados fundamentada.

4. Conclusão

A prestação de cuidados à criança e família, pela especificidade e complexidade que lhe estão inerentes, implica a aquisição e aperfeiçoamento de conhecimentos e competências que permitam um cuidado integral e de qualidade nos diversos contextos. Com a elaboração deste relatório pretendia expor de uma forma crítico-reflexiva uma parte do meu percurso formativo e a forma como esse percurso contribuiu para o desenvolvimento das competências exigidas ao EESIP.

O estágio final, desenvolvido nos diferentes contextos, constituiu um privilégio enquanto fonte de aprendizagem e crescimento profissional e pessoal, no sentido em que me proporcionou o contacto com inúmeras realidades e necessidades de cuidados distintas, com diferentes níveis de complexidade, que fomentaram uma necessidade permanente de aprofundar e consolidar conhecimentos e competências e acima de tudo de refletir sobre os cuidados prestados e a evidência que os suportava.

Apesar de o estágio se ter desenvolvido em três contextos distintos, há princípios que são comuns aos cuidados de Enfermagem em geral e aos cuidados de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica em particular e como tal foram linhas orientadoras transversais a todos os contextos, nomeadamente a comunicação eficaz com a criança e família, a gestão da dor, a promoção da parentalidade, a promoção da amamentação, a prestação de cuidados com base na parceria de cuidados e a capacidade de dar resposta a situações complexas de forma criativa e fundamentada.

Todos os contextos, cada um com as suas especificidades, contribuíram para a concretização dos objetivos da unidade curricular. Mobilizei os conhecimentos já adquiridos na componente teórica para a prática e procurei novos conhecimentos para dar resposta a situações novas. Quando confrontada com situações mais complexas que implicavam emitir juízos e tomar decisões, fi-lo de forma fundamentada integrando os conhecimentos prévios e incorporando na prática a evidência científica disponível, considerando sempre as questões éticas e culturais. Procurei ainda discutir e refletir sobre os problemas da prática demonstrando capacidade crítica, um discurso fundamentado e capacidade de argumentar e transmitir o meu raciocínio. Importa ainda referir o contributo

que procurei dar para o crescimento profissional dos pares e o investimento realizado na investigação.

O percurso realizado foi sem dúvida muito proveitoso e enriquecedor e, não obstante as dificuldades sentidas, nomeadamente na gestão do tempo em função da vida académica, profissional e pessoal, considero ter sido bem-sucedido, pois permitiu um crescimento profissional evidente dotando-me de ferramentas e competências para trabalhar com vista à excelência dos cuidados.

Embora consciente da impossibilidade de relatar e refletir sobre todas as situações vivenciadas, espero com este relatório ter conseguido explicar aquelas que mais contribuíram para o enriquecimento e desenvolvimento profissional e acima de tudo ter conseguido transmitir de forma clara a reflexão feita sobre o que vi, vivi e aprendi e contributo para a aquisição das competências descritas.

5. Bibliografia

Al-Farsi S., Oliva M., Davidson R., Richardson S.E. & Ratnapalan S. (2009). Periurethral cleaning prior to urinary catheterization in children: sterile water versus 10% povidone-iodine. *Clinical pediatrics* 48 (6), 656-60. <https://doi.org/10.1177/0009922809332587>

Als H. (2009). Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP): new frontier for neonatal and perinatal medicine. *Journal Neonatal - Perinatal Medicine*, 2(3), 135 -147. <https://doi.org/10.3233/NPM-2009-0061>

Associação Portuguesa de Massagem Infantil (APMI). (s.d.). <https://apmi.org.pt/>

Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP). (2021). Diabetes MODY: forma de diabetes rara afeta cerca de 2 a 5% dos casos na Europa e poderá estar subdiagnosticada. <https://apdp.pt/noticias/diabetes-mody-forma-de-diabetes-rara-afeta-cerca-de-2-a-5-dos-casos-na-europa-e-podera-estar-subdiagnosticada/>

Batalha, L. (2010). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Revista de Enfermagem Referência, Série III* (2). <https://doi.org/10.12707/RII1037>

Batalha, L., Santos, L.A. & Guimarães, H. (2003). Avaliação de Dor e Desconforto no Recém-nascido. *Acta Pediatr. Port.*, 34 (3), 159-163. <https://doi.org/10.25754/pjp.2003.5083>

Batalha, L.M.C., Reis, G.M.R., Costa, L.P.S., Carvalho, M.D.R. & Miguens, A.P.M. (2009). Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em crianças. *Revista Referência, Série II* (10), 10-14. https://web.esenfc.pt/pa3/public/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2145&id_revista=4&id_edicao=27

Butts, J.B., Rich, K.L. & Fawcett, J. (2012). The future of nursing: how important is discipline-specific knowledge? A conversation with Jacqueline Fawcett. *Nursing Science Quarterly* 25(2) 151–154. <https://doi.org/10.1177/0894318412437955>

Caldeira, T., Santos, G., Pontes, E., Dourado, R., & Rodrigues, L. (2006). O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa - Sociedade Portuguesa de Pediatria*, 1 (37), 6–9.

http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/7/20080424151624_APP_Vol_37_N1_OR_Dia_Dia_Urgencia_Pediatria.pdf

Casey, A., & Mobbs, S. (1988). Partnership in practice. *Nursing Times*, 84 (44), 67–68.

Costa, L. C., Souza, M. G., Sena, E. M., Mascarenhas, M. L., Moreira, R. T. & Lúcio, I. M. (2016). Utilização de medidas não farmacológicas pela equipe de enfermagem para alívio da dor neonatal *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 10(7), 2395–2403. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11295/12956>

Coutinho, S.E. & Kaiser, D.E. (2015). Visão da enfermagem sobre o aleitamento materno em uma unidade de internação neonatal: relato de experiência. *Boletim Científico de Pediatria*, 4 (1).

http://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/150915221145bcped_v4_n1_a4.pdf

Cruz, C. M.V. & Caromano, F. A. (2005). Características das técnicas de massagem para bebês. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 16(1), 47-53. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v16i1p47-53>

Cunha, M., Santos, E., Andrade, A., Jesus, R., Aguiar, C., Marques, F., Enes, F., Santos, M., Fernandes, R. & Soares, S. (2013). Eficácia da limpeza ou desinfecção do meato urinário antes da cateterização urinária: revisão sistemática. *Rev Esc Enferm USP*, 47(6), 1410-1416. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000600023>

Decreto-Lei n.º 71/2019. (2019). *Diário da República, 1.ª série N.º 101* — 27 de maio de 2019, 2626-2642. <https://files.dre.pt/1s/2019/05/10100/0262602642.pdf>

Decreto-Lei nº161/96. (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. *Diário da República, 1ª Série-A N.º 205* – 4 de setembro de 1996. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Decreto-Lei n.º281/2009. (2009). *Diário Da República, 1.ª Série N.º193 - 6 Outubro 2009*, 7298–7301. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/281-2009-491397>

Despacho n.º 10319/2014. (2014). *Diário da República, 2.ª série N.º 153 - 11 de agosto de 2014*, 20673-20678. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>

DGS. (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/03/DGS_dor_pedia%CC%81trica.pdf

DGS. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012.aspx>

DGS. (2013a). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>

DGS. (2013b). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017-pdf.aspx>

DGS. (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar 2015. <https://www.dgs.pt/promocao-da-saude/saude-escolar/programas-e-projectos/programa-nacional-de-saude-escolar.aspx>

DGS. (2018). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>

Diaz, Z. M., Fernandes, S.M.G.C. & Correia, S. (2014). Dificuldades dos pais com bebés internados numa Unidade de Neonatologia. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (3), 85-93. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12134>

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2015). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Saúde Mental*, 13, 43–51. Disponível em:

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000200006

Feather, R. (2009). Emotional intelligence in relation to nursing leadership: does it matter?. *Journal of Nursing Management*, 17, 376-382. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2008.00931.x>

Fernandes, A. (2020). Cuidados Atraumáticos e Dor em Pediatria. In Ramos, A. L.; Barbieri-Figueiredo, M.C. (Coord.) (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas. ISBN: 978-989-752-344-1

Fernandes, I. & Andrade, L. (2020). Apreciação em Enfermagem da Criança e do Jovem. In Ramos, A. L.; Barbieri-Figueiredo, M.C. (Coord.) (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas. ISBN: 978-989-752-344-1

Freitas, A.C., Moreira, A.R., Tomé, S. & Cardoso, S. (2016). Motivos de recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica. *Nascer e Crescer*, 15 (3), 136-140. https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1999/1/03_ArtigosOriginais-1_25-3.pdf

Freitas, C.G.M.A.P (2018). *Gestão em enfermagem: o perfil de competências*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/25785/1/TESE%20Carla%20Freitas%20Final.pdf>

Frison, L.M.B. (2012). Tutoria entre estudantes: uma proposta de trabalho que prioriza a aprendizagem. *Revista Portuguesa de Educação*, 25(2),217-240. <https://revistas.rcaap.pt/rpe/article/view/3008/2423>

Galvão, D.M.P.G., Pedroso, R.M.C.J. & Ramalho, S.I.H.M.A.I. (2015). Intervenções não farmacológicas de redução da dor em uso na vacinação de lactentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 89-98. <http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n1.v1.254>

Giltinane, C.L. (2013). Leadership styles and theories. *Nursing Standard*. 27(41), 35-39. <https://doi.org/10.7748/ns2013.06.27.41.35.e7565>

Griffin, D. K. (1993). Maternal Role Attainment. *Journal of nursing Scholarship*, 25(3), 257-262. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1993.tb00791.x>

Guimarães, H. (2015). Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). *Nascer e Crescer*, 24(3), 99-102. <https://doi.org/10.25753/BirthGrowthMJ.v24.i3.8509>

Hockenberry, M.; Wilson, D. (2014). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. (Elsevier Editora Ltda) (9ª edição). Rio de Janeiro ISBN 978-85-352-6822-5

Health Behaviour in School-Aged Children. (2018). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses Após a Recessão - Dados Nacionais do estudo HBSC 2018*. Lisboa. <http://www.hbsc.org/membership/countries/portugal.html>

Hung, A., Giesbrecht, N., Pelingon, P. & Bissonnette, R. (2010). Sterile water versus antiseptic agents as a cleansing agent during periurethral catheterizations. *Outlook*, 33(2), 18-21. <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=6e54f5d8-7c61-428b-8b8a-ba8ecb81e994%40redis>

International Council of Nurses. (2020). CIPE® Versão 2019 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Kilner, E. & Sheppard, L. A. (2010). The role of teamwork and communication in the emergency department: a systematic review. *International Emergency nursing*, 18(3), 127-137. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2009.05.006>

Kulkarni A., Kaushik J. S., Gupta P., Sharma H. & Agrawal R. K. (2010). Massage and Touch Therapy in Neonates: The Current Evidence. *Indian pediatrics*, 47, 771-6. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s13312-010-0114-2.pdf>

Laccort, A.A & Oliveira, G.B. (2017). A importância do trabalho em equipe no contexto da enfermagem. *Revista UNINGÁ*, 29(3), 6-10. <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1976/1572>

Lei n.º 156/2015. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 1ª série, n.º 181, 16 de setembro de 2015, 8059-8105. <https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>

Levy L., Bértolo H. (2012). Manual de Aleitamento Materno. *Comité português para a UNICEF. Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés*. <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

Marginean, C.O., Meliț, E.A., Chinceșan, M., Mureșan, S., Georgescu, A.M., Suciuc, N., Pope, A. & Azamfirei, L., (2017). Communication skills in pediatrics – the relationship between pediatrician and child. *Medicine*, 96 (43), e8399. <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000008399>

Martinez E.A., Tocantins F.R. & Souza S.R. (2013). As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. *Rev Gaúcha Enfermagem*, 34(1), 37-44. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100005>

Martins, J.C.A. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, 12 (2), 62-66. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23998/1/2008_12_2_62-66.pdf

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. (Springer Publishing Company, Ed.). New York.

Mendes, M.G. & Martins, M.M. (2011). La experiencia de las madres en la participación del cuidado de sus hijos hospitalizados. *Enfermería Clínica*, 21 (6)-338-343. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.07.009>

Mendes, M.G. & Martins, M.M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, Série III (6), 113-121. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239965015>

Mercer, R. (2004). Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of nursing scholarship*, 36(3), 226-232. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x>

Ministério da Saúde. (2004). Programa Nacional de Controlo de infeção. Recomendações para a prevenção da infeção do trato urinário - algaliação de curta duração. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/documentos/orientacoes--recomendacoes/recomendacoes-para-a-prevencao-da-infeccao-urinaria-em-doente-algaliado-pdf.aspx>

Ministério da Saúde. (2017). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários. <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/10029/1132456/Pages/default.aspx>

Monteiro A.J. & Cerqueira, C. (2020). Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. In Ramos, A. L.; Barbieri-Figueiredo, M.C. (Coord.) (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas. ISBN: 978-989-752-344-1

Mororó, S., Enders, B. C., Lira, A., Silva, C., Menezes, R. & Menezes, R. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), 323–332. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700043>

Nascimento, C. (2017). Utilizadores Frequentes o Serviço de Urgência Pediátrico. Realidade ou Mito?.(Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto). https://sigarra.up.pt/icbas/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=259702&pi_pub_r1_id=

Neves, F. G., Moraes, J.R.M.M., Morais, R.C.M., Tania, Souza, V., Ciuffo, L.L., Oliveira, I.C.S. (2016). O trabalho da enfermagem em emergência pediátrica na perspectiva dos acompanhantes. *Escola Anna Nery*, 20(3), e20160063. <https://www.scielo.br/j/ean/a/7pjZxwCN9dJtkG6FTkwyrMK/?format=html&lang=pt>

Oliveira W.A. (2020). A saúde do adolescente em tempos da COVID-19: scoping review. *Cad. Saúde Pública*, 36(8), e00150020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00150020>

Oliveira, R. M., Silva, A. V. S., Silva, L. M. S., Silva, A. P. A.D., Chaves, E. M. C. & Bezerra, S.C. (2011). Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 15(2), 277-283. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000200009>

OMS. (2014). WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/97603>

OMS. (2017). Guideline: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259386>

OMS. (2021). Adolescent mental health. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Ordem dos Enfermeiros. (2006). Investigação em Enfermagem – Tomada de posição. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança. Série I - Número 6. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodoricrianca.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Enfermeiros: Uma Força Para a Mudança – Eficiência + Eficácia = Ganhos em Saúde. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8892/kit_die2015_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República, 2ª série, n.º 119, 22 de junho de 2015. pp 16660-16665. <https://files.dre.pt/2s/2015/06/119000000/1666016665.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Portugal: Diário da República, 2.ª Série - N.º133 - 12 Julho 2018. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Portugal: Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 fevereiro de 2019. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Pedrolo, E., Danski, M.T.R., Mingorance, P., Lazzari, L.S.M., Méier, M.J. & Crozeta, K. (2009). A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. *Cogitare Enfermagem*, 14(4), 760-763. <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648977023.pdf>

Pereira, M.I.F.L. (2012). A necessidade de visita domiciliária de enfermagem no puerpério precoce. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal). <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>

Pinho, M.C.G. (2006). Trabalho em equipa de Saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciências & Cognição*, 8, 68-87. <http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v08/m326103.pdf>

Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Rev. Port Clin Geral*, 25, 677-687. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i6.10694>

Preto, L.S.R., Martins, M.D.S., Brás, M.A.M., Pimentel, M.H., Fernández-Sola, C. (2015). Enfermagem portuguesa: análise da produção e divulgação do conhecimento através de repositórios institucionais. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(6), 35-43. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14071>

Ramos, M., Vilaça, S. & Mendes, G. (2020). O Recém-nascido Pré-termo. In Ramos, A. L.; Barbieri-Figueiredo, M.C. (Coord.) (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas. ISBN: 978-989-752-344-1

Rocha, M.C.J., Sousa, P. & Martins, M. A opinião dos enfermeiros diretores sobre a intervenção do enfermeiro chefe. (2016). *Investig Enferm. Imagen Desarr.*, 18(2), 89-105. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie18-2.aod>

Rodrigues, S.V. (2011). Aprendizagem dos enfermeiros ao longo da vida – Adaptação e validação da escala de Jefferson. (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa). <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15840/1/Relat%C3%B3rio...pdf>

Santos, A. O. (2011). NIDCAP ® : Uma filosofia de cuidados *Nascer e Crescer*, 20 (1), 26–31. Disponível em: <https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/705/1/v20n1a06.pdf>

Santos, P. F., Silva, J. B. & Oliveira, A. S. (2017). Percepção da enfermagem sobre o método mãe-canguru : Revisão Integrativa. *Revista Eletronica Atualiza Saúde*, 6(6), 69–79. <https://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2017/08/revista-atualiza-v-6-n-6-2.pdf>

Schumacher, K. L. & Meleis, A. I. (1994) Transitions: a central concept in nursing. *The Journal of Nursing Scholarship*, 26 (2), 119-127.

Silva, M.A.M., Barroso, M.G.T., Abreu, M.S.N. & Oliveira, S.H.S. (2009). Experiência de pais com filhos recém-nascidos hospitalizados. *Revista Referência*, Série II (11), 37-46. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239958006>

Sousa, P., Antunes, A., Carvalho, J. & Casey, A. (2013). Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital. *Nursing Children and Young People*, 25 (2), 24-28. <http://dx.doi.org/10.7748/ncyp2013.03.25.2.24.e142>

Taddio, A., Chambers, C.T., Halperin, S.A., Moshe, I., Locket, D., Rieder, M.J. & Shah, V. (2009). Inadequate Pain Management During Routine Childhood Immunizations: The Nerve of It. *Clinical Therapeutics*, 31 (Sup B). <http://dx.doi.org/10.1016/J.clinthera.2009.07.022>

Trinco, M.E. & Santos, J.C. (2017). O adolescente com comportamento autolesivo sem intenção suicida no internamento do serviço de urgência de um hospital pediátrico da região centro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Especial 5, 63-68. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0169>

UNICEF. (2021). The state of the world's children 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/eu/media/2021/file/State%20of%20the%20World's%20Children%202021.pdf>

Vaz, F. & Trigo, R. (2020). A Criança e o Jovem em Contexto de Urgência. In Ramos, A. L.; Barbieri-Figueiredo, M.C. (Coord.) (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas. ISBN: 978-989-752-344-1

Apêndices

Apêndice I

Formação de Pares



CATÓLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Planeamento da Sessão de Formação de Pares: Desenvolvimento Infantil e Juvenil

Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediátrica

Trabalho elaborado por:
Carla Silva, nº 396420004

Tutora:



Sob orientação de:
Prof^ª Doutora Constança Festas

outubro, 2021

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, foi definida como competência a alcançar a promoção da formação em serviço, e como objetivo a realização de formação em serviço em resposta a uma necessidade de formação identificada. Esta formação será desenvolvida no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, que tem estabelecidas 180h de contacto e decorre entre os dias 6 de setembro e 27 de outubro de 2021.

A temática abordada nesta formação de pares será o Desenvolvimento Infantil e Juvenil e surge como sugestão da Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) após consulta dos restantes elementos da equipa de enfermagem da UCC [REDACTED]

O planeamento da sessão pretende definir os objetivos, definir a população alvo, determinar os conteúdos a abordar, definir os recursos necessários, estabelecer a metodologia e estratégias a utilizar, e definir a forma de avaliação da sessão, ou seja, permite estabelecer uma linha orientadora de toda a sessão.

A elaboração deste documento tem como objetivos: compreender a importância do planeamento de uma sessão de formação; desenvolver competências no planeamento de uma sessão de formação; desenvolver criatividade na dinamização da sessão; adequar os conteúdos da sessão ao contexto e as necessidades dos envolvidos

Planeamento

Segundo Tavares (1990), o planeamento é um processo que tem como finalidade seleccionar um percurso de ação entre várias alternativas. O mesmo autor identifica seis etapas neste processo de planeamento: o diagnóstico de situação, a determinação de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação operacional e a avaliação (Tavares, 1990).

Diagnóstico de Situação/ Determinação de prioridades

A Equipa de enfermagem que integra a Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) é variada, tendo além de um EESIP, enfermeiros especialistas em reabilitação, em saúde materna e obstetrícia, em enfermagem comunitária e um enfermeiro de cuidados gerais. Não obstante a existência de apenas um EESIP, o contacto com crianças e jovens é frequente e regular nos diferentes contextos que integram a UCC, nomeadamente a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), a equipa de Saúde Escolar e até os elementos que fazem consulta de enfermagem no contexto do protocolo existente entre a UCC e uma entidade privada, onde, entre outras consultas de enfermagem são também realizadas consultas de Saúde Infantil.

Considerando esta realidade e tendo em conta o facto de que todos os profissionais que acompanham as crianças e fazem a sua vigilância devem ter a noção do que é normal, do que são as variações dentro da normalidade, bem como do que são sinais de alarme, podendo assim identificar não só o que são desvios patológicos e fazer a correta sinalização, mas também o que serão desvios fisiológicos que possam ser solucionados com medidas simples (Pinto, 2009) esta temática foi identificada como uma necessidade formativa pelos enfermeiros.

A criança é um ser em desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social. A avaliação deste desenvolvimento contínuo, a deteção precoce de quaisquer alterações, e das implicações que estas possam ter na qualidade de vida, na educação e na integração social da criança, constituem objetivos da vigilância de Saúde Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) (PNSIJ, 2013).

As perturbações do desenvolvimento psicomotor são diagnosticadas habitualmente por: - pesquisa desencadeada em virtude de existência de fatores de risco; suspeita de qualquer problema por parte dos pais, familiares ou professores; observação clínica em exames periódicos ou oportunistas no contexto da vigilância de saúde.

Objetivos

Objetivos Educacionais

Objetivo geral:

- Aumentar o conhecimento dos enfermeiros sobre o desenvolvimento infantil e juvenil

Objetivos específicos:

- Compreender os estadios de desenvolvimento infantil e juvenil;
- Compreender o padrão de normalidade dentro de cada estadio de desenvolvimento;
- Conhecer os sinais de alarme em cada estadio de desenvolvimento;
- Compreender a forma de avaliação e registo das etapas de desenvolvimento.

Objetivos Operacionais / Metas

- 75% dos enfermeiros compareçam à sessão de formação;
- 75% de respostas corretas nos questionários finais.

Seleção de Estratégias/ Metodologia

Será realizada uma sessão de formação, no dia 18 de outubro pelas 14 horas, com duração de 90 minutos onde estarão presentes, idealmente, os 10 enfermeiros que constituem a equipa da UCC.

Os métodos utilizados serão o expositivo, durante o qual será utilizada uma apresentação de diapositivos, e interativo, pretendendo não só expor o conteúdo, mas também dar espaço a alguma discussão, aumentando o interesse e envolvimento dos participantes e enriquecendo a apresentação com as suas experiências.

Recursos

Recursos Humanos:

- Aluna do Curso de Mestrado com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto; Enfermeiro orientador, especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

Recursos Físicos:

- Sala de Reuniões da UCC;

Recursos Materiais:

- Computador portátil e projetor;
- Manequim pediátrico “bebé”

Recursos Financeiros:

- Impressão de questionários, na impossibilidade de utilizar o *Google forms* por falta de recursos eletrónicos.

Avaliação

A avaliação constitui uma fase essencial do processo de formação, pois permite ter perceção em relação ao sucesso da mesma.

Nesta sessão de formação a avaliação será realizada com recurso a um questionário que será aplicado em dois momentos (antes e após a formação) permitindo perceber se houve ou não aquisição de conhecimentos.

A avaliação da sessão de formação será realizada pelos seguintes indicadores de processo e resultado:

Indicadores de Processo

- % de enfermeiros presentes na sessão de Formação de Pares

Indicadores de Resultado

- % de respostas corretas no questionário final

Planificação

Plano de sessão

| | | | |
|---------------------|---|-------------------------|---|
| Tema | Desenvolvimento Infantil e Juvenil | | |
| Destinatário | Enfermeiros da UCC [REDACTED] | Local: | Sala Reuniões UCC |
| Data/Hora | Data: 18 de outubro 2021 Hora: 14:00h | Equipa formadora | Aluna do MEESIP: Carla Silva Sob orientação do Enf. ESIP [REDACTED] |
| Objetivos | <p>No final desta sessão de formação, os enfermeiros deverão ser capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compreender os estadios de desenvolvimento infantil e juvenil; - Compreender o padrão de referência dentro de cada estadio de desenvolvimento; - Conhecer os sinais de alarme em cada estadio de desenvolvimento; - Compreender a forma de avaliação e registo das etapas de desenvolvimento. | | |

| | |
|-----------------|---|
| Recursos | Computador, Projetor; Questionários; Manequim pediátrico “bebé” |
|-----------------|---|

| Fases da sessão | Conteúdos | Métodos | Atividades |
|--------------------------------------|--|---|---|
| Introdução 10 minutos | <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da equipa; - Enquadramento da sessão; - Comunicação dos objetivos; - Avaliação prévia; | <p>Método expositivo + Método Ativo</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação de todos os intervenientes - Preenchimento do questionário prévio à sessão - Introdução à atividade |
| Desenvolvimento 60 minutos | <ul style="list-style-type: none"> - Aspectos gerais do Desenvolvimento Psicomotor - Testes de Desenvolvimento - Material necessário para avaliação de desenvolvimento psicomotor - Etapas do desenvolvimento e sinais de alarme | <p>Método expositivo + Método Ativo</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Exposição do conteúdo referente às diferentes etapas do desenvolvimento infantil e juvenil e os sinais de alarme; - Interação com o grupo. |

| | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|
| <p>Conclusão 20minutos</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Resumo das ideias mais importantes; - Esclarecimento de dúvidas; - Avaliação. | <p>Método expositivo + Método ativo</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Esclarecer as dúvidas. - Preenchimento dos questionários finais. |
|---------------------------------------|---|---|---|

Conclusão

De acordo com o Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019), estas competências envolvem, entre outras, as dimensões da educação dos pares, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.

Neste seguimento, o Plano de Estudos do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica estabelece como objetivo geral do Estágio Final que o aluno seja capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

De forma a dar resposta a este objetivo e alcançar esta competência foi planeada uma sessão de formação aos pares, de acordo com a necessidade identificada pelos mesmos, uma vez que a formação é uma necessidade transversal a todos os contextos profissionais, refletindo a necessidade de atualização constante do conhecimento, com base na melhor evidência, para uma prática de cuidados de excelência.

Bibliografia

DGS. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>

Ordem dos Enfermeiros (2010) – Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, série I, número 3, Volume I. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Portugal: Diário da República, 2.^a série — N.º 26 — 6 fevereiro de 2019. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Pinto, M. 2009. Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. Rev. Port Clin Geral 25: 377-687. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i6.10694>

TAVARES, António - Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Lisboa : Ministério da Saúde, 1990

Desenvolvimento Infantil e Juvenil



 **CATOLICA**
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LIBRARI/P0010

- Trabalho realizado por:
- Carla Silva
- Sob Orientação de:
- EESIP [REDACTED]
- Profª Doutora Constança Festas

Desenvolvimento Infantil

Sumário

- ❖ Aspectos gerais do Desenvolvimento Psicomotor
- ❖ Testes de Desenvolvimento
- ❖ Material necessário para avaliação de desenvolvimento psicomotor
- ❖ Etapas do desenvolvimento e sinais de alarme

Desenvolvimento Psicomotor

- ❖ **O desenvolvimento psicomotor é um processo dinâmico e contínuo;**
- ❖ **A ordem de aparecimento das diferentes funções é constante;**
- ❖ **A velocidade de passagem de um estágio para outro varia de criança para criança;**
- ❖ **A idade de aparecimento de novas aquisições também é diferente;**
- ❖ **O acompanhamento das aquisições do desenvolvimento deverá ser um processo flexível, dinâmico e contínuo.**

Desenvolvimento Psicomotor

- ❖ **Avaliação em todos os encontros que os profissionais têm com a criança e a família e não apenas nas denominadas idades -chave.**
- ❖ **Observação crítica, desde o momento em que a criança entra na sala de consulta, até que sai.**
- ❖ **Valorizar, até prova em contrário, as suspeitas e preocupações veiculadas espontaneamente pelos pais e educadores e/ou as suas respostas a questionários clínicos dirigidos.**

Desenvolvimento Psicomotor

- ❖ Os parâmetros de desenvolvimento psicomotor não são mensuráveis como os de crescimento, pelo que os denominados “Testes de desenvolvimento” podem não ser considerados instrumentos suficientemente bons para serem utilizados como método exclusivo de deteção das perturbações do desenvolvimento
- ❖ Porém o conhecimento e aplicação destes testes permitem um melhor conhecimento dos parâmetros de desenvolvimento servindo como padrão de referência;
- ❖ Ex. Teste: Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada

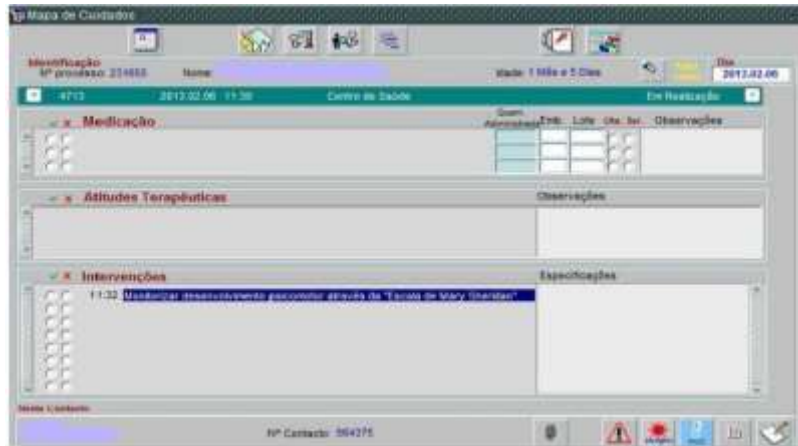
Desenvolvimento Psicomotor

Material necessário



- ❖ Bola Pendente
- ❖ Roca
- ❖ Cubos (20)
- ❖ Cores: amarelo, vermelho, verde e azul
- ❖ Pinos ou Clip
- ❖ Boneca (não utilizar peluches)
- ❖ Colher, Garfo e Escova de cabelo
- ❖ Livro com figuras
- ❖ Copo / Caneca com asa
- ❖ Bola pequena (Diâmetro de 56cm; maleável)
- ❖ Painel com 10 cores + cartões de correspondência

Desenvolvimento Psicomotor





Recém- Nascido (RN)




Sinais de Alarme

- ❖ O RN demasiado rígido, irritável, com espasticidade global ou localizada
- ❖ A presença de assimetrias
- ❖ A fontanela procidente com olharem sol poente sinalizar hipertensão intracraniana
- ❖ RN demasiado hipotónico, que não recupera a sua posição em semi-flexão dos membros e que não tem bons reflexos primitivos
- ❖ Dificuldade na regulação do sono.

Postura e motricidade global

Reflexos primitivos

Visão e motricidade fina

Audição e linguagem




Reação a sons altos e súbitos

e tidos

etidos

marcha

4-6 semanas

Sinais de Alarme

- ❖ Ausência de tentativa de controle cefálico
- ❖ Hiper ou hipotonia
- ❖ Não segue a face humana ou o olho de boi ou apresenta movimentos erráticos dos olhos
- ❖ Não vira os olhos para o som (mesmo da voz humana), parecendo não reagir ao mesmo
- ❖ Dificuldade em se manter alerta e/ou transições abruptas entre o sono e a irritabilidade, revelando má regulação dos estádios de sono/vigília
- ❖ Fixa o olhar em objetos próximos
- ❖ Sorriso presente até 6 semanas
- ❖ Choro quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer
- ❖ Já regula bem os estádios de sono/vigília e chora mas é consolável

Postura e motricidade global

Visão e motricidade fina

Audição e linguagem

Comportamento e adaptação Social

Como registrar?


Sherridan Modificada

OK Cancelar Sinais Alarme Data: 2013/02/08 Hora: 11:32 - Inf.

4 - 6 Sem 3 Meses 6 Meses 9 Meses 12 Meses 18 Meses 24 Meses 3 Anos 4 Anos 5 Anos

| Comportamento e Adaptação Social | Visão e Motricidade Fina | Postura e Motricidade Global | Audição e Linguagem |
|--|--|---|---|
| Fixa a face da mãe quando a alimenta <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | Segue uma luz pendente a 20-25 cm (1/4 de cara) (do lado até a linha média) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | Dec. Vent. levanta a cabeça <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Dec. dorsal postura ass. m. sup. do lado da face ext. <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Tração pelas mãos a cabeça cai <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Sentado dorso em arco e mãos fechadas <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não Suspensão vert. cabeça erecta membros semi-flexidos <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | Para e pode voltar os olhos de uma sineta, rixa ou voz a 15 cm de ouvido <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não |
| Sorriso presente até 6 sem. <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | | | |
| Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | | | |

3 meses


Sinais de Alarme

Postura e motricidade global

Visão e motricidade fina

Audição e linguagem

Comportamento e adaptação Social

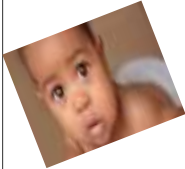
- ❖ Não fixa nem segue objetos nem a face humana
- ❖ Não sorri Não vira os olhos para o som
- ❖ Não tem controlada cabeça
- ❖ Mãos sempre fechadas, não as abrindo mesmo quando estimulado no dorso da mão
- ❖ Membros rígidos em repouso; Sobressalto ao menor ruído
- ❖ Chora e grita quando se toca
- ❖ Pobreza de movimentos

Como registar?

Sinais de Alarme Data: 2013/02/04 Hora: 11:32 Em: _____

4 - 6 Sem. **3 Meses** 6 Meses 9 Meses 12 Meses 18 Meses 24 Meses 3 Anos 4 Anos 5 Anos

| Comportamento e Adaptação Social | Visão e Motricidade Fina | Postura e Motricidade Global | Audição e Linguagem |
|--|---|--|--|
| <p>Sorrir</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Há resposta social à aproximação de uma face humana</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> | <p>Mãos abertas junta-as na linha média e brinca com elas</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Segura brevemente a roca e move-a em direcção à face</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Segue uma bola pendente (não circular e horizontal)</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Convergência</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Posteado de defesa</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> | <p>Apri nos antebraços</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Membros com movimentos ritmados</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Tracção pelas mãos, cabeça erecta, coluna dorsal direita</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>De pé, fecha os joelhos</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> | <p>Atende e volta-se quando ouve sons</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> |



6 meses

Postura e motricidade global

- ❖ Decúbito ventral – Apoia-se nas mãos
- ❖ Decúbito dorsal – Eleva a cabeça e os membros inferiores; descobre os pés, podendo agarrá-los e levar á boca
- ❖ Tração pelas mãos – faz força para sentar
- ❖ Pode manter-se sentado sem apoio mas por breves momentos
- ❖ De pé faz apoio plantar
- ❖ Rola e vira-se, pode deslocar-se tipo ponteiros do relógio quando em decúbito ventral

Visão e motricidade fina

- ❖ Tem preensão palmar, alcançando objetos voluntariamente
- ❖ Leva os objetos á boca
- ❖ Transfere objetos de uma mão para outra
- ❖ Se o objeto cai esquece imediatamente, não tem noção da permanência do objeto
- ❖ Visão nítida e a convergência melhor, sendo o estrabismo raro ou apenas em situações extremas
- ❖ Amadurece a visão à distância e a capacidade de seguir objetos
- ❖ Completa o desenvolvimento da visão cromática.



6 meses (cont.)

Sinais de Alarme

Audição e linguagem

- ❖ Ausência de controlo da cabeça
- ❖ Membros inferiores rígidos e passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar
- ❖ Não olha nem pega em qualquer objeto; Não reage aos sons; Não vocaliza
- ❖ Assimetrias (por exemplo usar só uma mão)
- ❖ Desinteresse pelo ambiente, não estabelece contacto, apático

Comportamento e adaptação Social

- ❖ Irritabilidade, estremece sempre que é tocado
- ❖ Estrabismo manifesto e constante
- ❖ Persistência de reflexos primitivos



Como registrar?

Sinais de Alarme

Data: 2013/02/06 Hora: 11:32 Em: [nome]

4 - 6 Meses 3 Meses 0 Meses 9 Meses 12 Meses 18 Meses 24 Meses 3 Anos 4 Anos 5 Anos

| Comportamento e Adaptação Social | Visão e Motricidade Fina | Postura e Motricidade Global | Audição e Linguagem |
|---|---|---|--|
| Muito apático, pouco ou nenhum <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | Tem preensão palmar <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | Apóia-se nas mãos <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | Segue os sons a 42 cm do ouvido <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não |
| | Leva objetos à boca <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | Faz força para se sentar e mantém-se sentado sem apoio <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | Vocaliza monotonamente e desalocado <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não |
| | Transfere os objetos <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | De pé faz apoio <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | Dá gargalhadas <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não |
| | Se o objeto cai espanta-se imediatamente <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | | |
| | Boa convergência (castanhos normais) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não | | |

9 meses

Sinais de Alarme

- ❖ Não se senta
- ❖ Permanece sentado e imóvel sem procurar mudar de posição
- ❖ Assimetrias posturais ou de movimento
- ❖ Sem preensão palmar, não leva objetos à boca
- ❖ Não reage aos sons
- ❖ Vocaliza monotonamente ou perde a vocalização
- ❖ Apático sem reação aos familiares
- ❖ Engasga-se com facilidade
- ❖ Estrabismo, mesmo que inconstante
- ❖ Não responde e manifesta afeto (miminhos)

Postura e motricidade global

Visão e motricidade fina

Audição e linguagem

Comportamento e adaptação Social

Como registar?

Símbolos Modificados

OK Cancelar Símbolos Alarme Data: 2013/02/06 Hora: 11:32 Ent.

4-5 Sem. 3 Meses 6 Meses 9 Meses 12 Meses 18 Meses 24 Meses 3 Anos 4 Anos 5 Anos

| Comportamento e Adaptação Social | Visão e Motricidade Fina | Postura e Motricidade Global | Audição e Linguagem |
|--|--|---|--|
| <p>Lava uma bochecha à boca</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Respiro</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Distingue os sentimentos dos outros</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> | <p>Lava tato à boca</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Aponta com o indicador</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Alta objectos ao chão deliberadamente e procura o objecto que caiu</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> | <p>Senta-se sozinho e fica sentado entre 10 e 15 m</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Fica-se de pé com apoio, mas não consegue baixar-se</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> | <p>Atenção rápida para os sons, tanto perto como longe</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Localização de sons suaves a 90 cm acima e abaixo do nível do ouvido</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> <p>Repete várias sílabas ou sons de adulto</p> <p><input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não</p> |

Sinais de alarme: Como registar?

OK Cancelar

1, 3, 6 e 9 Meses 12, 18, 24 Meses e 4-5 Anos

| 1 Mês | 3 Meses | 6 Meses | 9 Meses |
|---|--|--|--|
| <p>Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Ríper e hipotonicidade na posição de pé</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Nunca segue a face humana</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Não vira olhos e cabeça para o som (voz humana)</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos</p> <p><input type="checkbox"/></p> | <p>Não fixa sem segurar objectos</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Não sorri</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Não há qualquer controlo da cabeça</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Mãos sempre fechadas</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Membros rígidos em repouso</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Sobressalto ao menor ruído</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Chora e grita quando se toca</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Pobreza de movimentos</p> <p><input type="checkbox"/></p> | <p>Ausência de controlo da cabeça</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Membros inferiores rígidos e passagem directa à posição de pé quando se tenta sentar</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Não cria nem pega qualquer objecto</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Assimetrias</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Não reage aos sons</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Não vocaliza</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Desinteresse pelo ambiente</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Irritabilidade</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Estrabismo manifesto e constante</p> <p><input type="checkbox"/></p> | <p>Não se senta</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Permanece imóvel, não procura mudar de posição</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Assimetrias</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Sem prensão palmar, não leva objectos à boca</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Não reage aos sons</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Vocaliza monotonicamente ou perde a vocalização</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Apático sem relação com familiares</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Engasga-se com facilidade</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Estrabismo</p> <p><input type="checkbox"/></p> |



12 meses

Postura e motricidade global

- ❖ Passa de decúbito dorsal a sentado
- ❖ Tem equilíbrio sentado de forma permanente
- ❖ Gatinha (pode não acontecer) ou desloca-se rastejando ou mudando de posição
- ❖ Põe-se de pé e baixa-se com o apoio de uma ou duas mãos
- ❖ Anda com apoio

Visão e motricidade fina

- ❖ Explora com energia os objetos e atrai-os sistematicamente ao chão e procura mesmo fora do campo de visão
- ❖ Procura um objeto escondido (ex: debaixo de um pano)
- ❖ Interesse visual para perto e longe (carros em movimento, avião, passarinho)
- ❖ Bate um cubo no outro em imitação
- ❖ Usa objetos de forma funcional (copo, telefone, escova do cabelo)



12 meses (cont.)

Sinais de Alarme

Audição e linguagem

Comportamento e adaptação Social

- ❖ Não aguenta o peso nas pernas; Não se senta
- ❖ Permanece imóvel, não procura mudar de posição
- ❖ Assimetrias Estrabismo
- ❖ Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão
- ❖ Não faz pinça fina
- ❖ Não responde à voz, não emite polissílabos, fica muito silencioso
- ❖ Não brinca nem estabelece contacto, não reage ao nome, não segue o apontar dos pais
- ❖ Não mastiga



... processo de autonomia. ... podendo agora transitar para



15 meses



Sinais de Alarme

Postura motricidade global

Visão e motricidade fina

Audição e linguagem

Comportamento e adaptação Social

- ❖ Ausência de tentativa de se deslocar ou explorar o ambiente
- ❖ Exploração dos objetos ainda maioritariamente oral
- ❖ Não emite sons variados e polissílabos nem tenta imitar o adulto
- ❖ Não faz pinça e não usa funcionalmente os objetos
- ❖ Não aponta ou tenta usar os gestos como suporte á comunicação
- ❖ Não cumpre ordens simples
- ❖ Reage à frustração com atitudes primitivas (grita, arranha, morde)



18 meses

Postura e motricidade global

Cognição e motricidade fina

- ❖ Anda bem, sem apoio, recua, baixa-se e apanha brinquedos do chão
- ❖ Sobe escadas com apoio

- ❖ Constrói torre de 3 cubos;
- ❖ Faz puzzle de 3 peças com formas simples (noção de forma e cor)
- ❖ Faz rabiscos num papel
- ❖ Lateralidade mais definida
- ❖ Olha um livro de bonecos com mais interesse no conteúdo e vira várias páginas de cada vez.



18 meses

Sinais de Alarme



Linguagem e raciocínio

- ❖ Não se põe de pé; anda em pontas; não anda
- ❖ Assimetrias
- ❖ Não faz pinça
- ❖ Não responde quando o chamam
- ❖ Não vocaliza espontaneamente
- ❖ Não tem palavras perceptíveis

Comportamento e adaptação Social

- ❖ Não se interessa pelo que o rodeia; não estabelece contacto; não tem intencionalidade comunicativa
- ❖ Atira os objetos ou leva-os sistematicamente à boca, não apresentando uso funcional
- ❖ Não cumpre ordens



2 anos

Postura e motricidade global




- ❖ Corre com segurança evitando obstáculos
- ❖ Sobe e desce com os dois pés o mesmo degrau, apoiando-se no corrimão/parede
- ❖ Salta a pés juntos

Cognição e motricidade fina

- ❖ Constrói torre de 6 ou 7 cubos
- ❖ Definição da lateralidade
- ❖ Imita rabisco circular
- ❖ Gosta de ver livros, reconhecendo detalhes e vira uma página de cada vez
- ❖ Coordena as duas mãos, deitando água de um recipiente para outro
- ❖ Tem noção de cores e formas e sabe selecionar por grupos iguais
- ❖ Desenrosca a tampa da garrafa

2 anos

Sinais de Alarme

Linguagem e raciocínio

- ❖ Não anda sozinho
- ❖ Deita os objetos fora e não constrói nada
- ❖ Não parece compreender o que se lhe diz
- ❖ Não pronuncia palavras inteligíveis

Comportamento e adaptação Social

- ❖ Não se interessa pelo que está em seu redor
- ❖ Não estabelece contacto e não tenta interagir
- ❖ Não procura imitar
- ❖ Não aponta, não pede e não mostra
- ❖ Birras desajustadas em frequência e intensidade ou sem motivo aparente

Como registar?








3 anos

Postura e motricidade global

- ❖ Equilíbrio momentâneo num pé
- ❖ Sobe escadas alternando o pé e desce com os dois pés no mesmo degrau
- ❖ Anda em bicas de pés de forma voluntária
- ❖ Corre, chuta a bola e pedala o triciclo

Cognição e motricidade fina

- ❖ Constrói torre de 9 cubos e imita a ponte de 3 cubos
- ❖ Enfia contas, enrosca e tenta cortar com a tesoura
- ❖ Copia o círculo (mostrar já desenhado) e imita a cruz (desenhar à frente)
- ❖ Seleciona por cores (confunde o azul e verde) e faz puzzles, tendo noção de forma e tamanho
- ❖ É importante que conclua as tarefas, embora o tempo de concentração seja curto (5/10min)



3 anos

Sinais de Alarme

Linguagem e raciocínio

- ❖ Anda sistematicamente em pontas
- ❖ Mantem *flapping* dos braços quando excitado
- ❖ Não parece compreender o que lhe dizem, não junta duas palavras
- ❖ Linguagem incompreensível e substituições fonéticas, gaguez
- ❖ Hiperativo, distraído, dificuldade de concentração

Comportamento e adaptação Social

- ❖ Não tenta interagir com os outros, não socializa, não mostra, não partilha, não pede
- ❖ Não usa o gesto como suporte na comunicação no caso de dificuldades na expressão verbal
- ❖ Não usa funcionalmente os objetos e não tenta fazer algo construtivo ou criativo





4 anos

Postura e motricidade global

- ❖ Fica num pé sem apoio 3 – 5 seg
- ❖ Sobe e desce as escadas alternadamente
- ❖ Salta num pé
- ❖ Pedala e anda em cima de um muro

Cognição e motricidade fina

- ❖ Faz construções e puzzles mais complexos (escada de 6 cubos)
- ❖ Copia a cruz e quadrado
- ❖ Combina e nomeia 4 cores básicas
- ❖ Desenha a figura humana
- ❖ Faz dobragens por imitação e corta com a tesoura



4 anos

Linguagem e raciocínio

- ❖ Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente onde vive
- ❖ Linguagem compreensível por estranhos, mais vocabulário, conta histórias e usa pronomes
- ❖ Apenas algumas substituições infantis ex. “r” por “l” e trocas fonéticas
- ❖ Compara tamanhos, comprimentos e pesos
- ❖ Conta até quatro, com noção de quantidade
- ❖ Memória de repetição de quatro dígitos

Comportamento e adaptação Social

- ❖ Pode vestir-se e despir-se com ajuda
- ❖ Come sozinho com garfo e colher
- ❖ Ajuda nas tarefas domésticas
- ❖ Interessado em novas experiências e curioso
- ❖ Gosta de brincar com outros e gosta do jogo simbólico e fantasia.
- ❖ Começa a saber resolver conflitos
- ❖ Sabe esperar pela sua vez
- ❖ Aumento gradual do tempo de concentração (10-15min)
- ❖ Tem noção dos seus pensamentos e sentimentos, alguns medos dos monstros; dificuldade em separar fantasia da realidade



5 anos

Postura e motricidade global

- ❖ Fica num pé 8 a 10 seg com os braços cruzados
- ❖ Salta alternadamente num pé
- ❖ Atira a bola ao ar e apanha
- ❖ Corre e chuta a bola

Cognição e motricidade fina

- ❖ Construções mais elaboradas- 4 degraus com 10 cubos
- ❖ Copia o quadrado e o triângulo
- ❖ Desenha com mais detalhes a figura humana, faz uma casa e formas variadas
- ❖ Conta 5 dedos de uma mão e nomeia 4 cores
- ❖ Recorta bem com a tesoura



5 anos

Sinais de Alarme

Linguagem e raciocínio

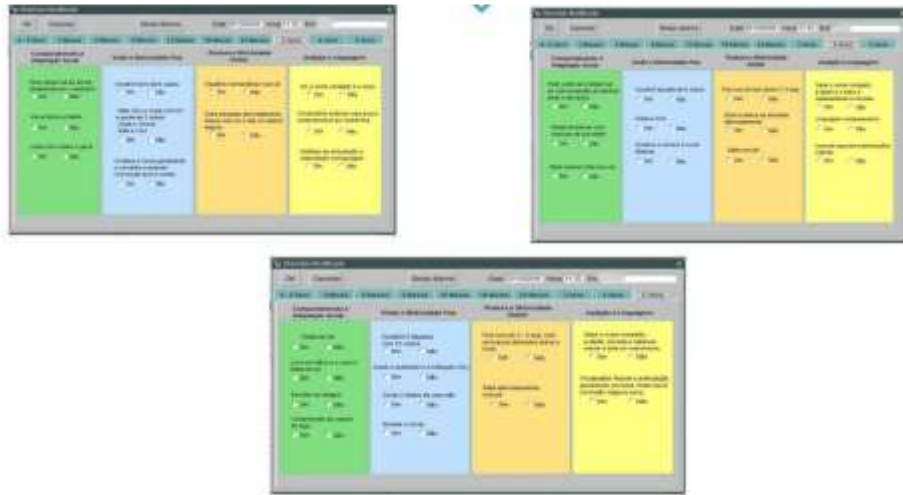
- ❖ Hiperativo e agitado ou distraído e dificuldade de concentração
- ❖ Linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez
- ❖ Comportamento muito difícil, opositivo e desafiante que não é controlável pelos pais

Comportamento e adaptação Social

- ❖ Problemas de interação social, associados ou não a comportamentos repetitivos ou estereotipados
- ❖ Dificuldades na comunicação e empatia
- ❖ Suspeita de défices visuais ou auditivos



Como registar?



Sinais de alarme: Como registar?

1, 3, 6 e 9 Meses 12, 18, 24 Meses e 4-5 Anos

12 Meses 18 Meses 24 Meses 4-5 Anos

| | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Não aguenta o peso nas pernas <input type="checkbox"/> Permanece imóvel, não procura mudar de posição <input type="checkbox"/> Assimétrico <input type="checkbox"/> Não pega nos brinquedos ou não só com uma mão <input type="checkbox"/> Não responde à voz <input type="checkbox"/> Não brinca nem estabelece contacto <input type="checkbox"/> Não sorri | <input type="checkbox"/> Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas <input type="checkbox"/> Ainda sempre na palma dos pés <input type="checkbox"/> Assimétrico <input type="checkbox"/> Não pega nenhum objecto entre o polegar e o indicador <input type="checkbox"/> Não responde quando é chamado <input type="checkbox"/> Não vocaliza espontaneamente <input type="checkbox"/> Não se interessa pelo que o rodeia, não estabelece contacto <input type="checkbox"/> Deixa os objectos fora. Leva-os sistematicamente à boca <input type="checkbox"/> Estrabismo | <input type="checkbox"/> Não anda <input type="checkbox"/> Deixa os objectos fora <input type="checkbox"/> Não constrói nada <input type="checkbox"/> Não parece compreender o que se lhe diz <input type="checkbox"/> Não pronuncia palavras inteligíveis <input type="checkbox"/> Não se interessa pelo que está em seu redor, não estabelece contacto <input type="checkbox"/> Não procura imitar <input type="checkbox"/> Estrabismo | <input type="checkbox"/> Hiperactivo, distraído, dificuldade de concentração <input type="checkbox"/> Linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguejos <input type="checkbox"/> Estrabismo ou suspeita de déficit visual <input type="checkbox"/> Perturbação do comportamento |
|---|---|---|---|

Bibliografia

- ❖ DGS – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, 2013– Texto de apoio I
(Avaliação do Desenvolvimento)
- ❖ Ordem dos Enfermeiros, 2010– Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediátrica, série I, número 3, Volume I
- ❖ Pinto, M. 2009. Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *RePort
Clin Geral* 25: 377-687

Questionário Avaliação

Este questionário, que será preenchido antes e após a sessão de formação, pretende perceber os ganhos em conhecimento com a mesma. É anónimo, e tem apenas o propósito de avaliar a eficácia da intervenção formativa.

Questionário Pré-Formação

Questionário Pós-Formação

Para cada afirmação, considere se é verdadeira ou falsa e assinale com um X na coluna correspondente

| Afirmação | Verdadeiro | Falso |
|--|-------------------|--------------|
| 1. A ordem de aparecimento das diferentes funções/habilidades é constante; | | |
| 2. O recém-nascido, quando em decúbito dorsal, apresenta as pernas fletidas, braços em extensão e postura simétrica | | |
| 3. Deve ser considerado um sinal de alarme quando um bebé de 4 semanas não segue com o olhar a face humana | | |
| 4. Com 3 meses, se colocado em decúbito ventral, o lactente levanta a cabeça apoiando-se nas mãos. | | |
| 5. O estrabismo, se presente aos 3 meses, deve ser considerado um sinal de alarme | | |
| 6. O sorriso social está presente por volta das 12 semanas | | |
| 7. Com 6 meses o lactente procura com o olhar o brinquedo/objeto que caiu | | |
| 8. Com 6 meses o lactente vocaliza sons monossílabos, responde ao seu nome e começa a perceber o “não” | | |
| 9. Aos 9 meses o lactente aponta com o indicador, e gosta de premir botões com ele, mas ainda não é capaz de fazer pinça fina. | | |

| | | |
|--|--|--|
| 10. Com 15 meses a criança segura o lápis como se fosse escrever e é capaz de empilhar 4 cubos | | |
| 11. Com 18 meses a criança já anda bem, sem apoio, mas não é capaz de se baixar para apanhar objetos | | |
| 12. Com 2 anos a criança ainda faz jogo paralelo e gosta de imitar os adultos e outras crianças | | |
| 13. Com 3 anos a criança é capaz de copiar o desenho do círculo e o desenho da cruz | | |
| 14. Com 4 anos a criança sabe o nome completo, a idade, o sexo e habitualmente onde vive, mas a linguagem pode ainda não ser compreensível para estranhos. | | |
| 15. Com 5 anos a criança já é capaz de distinguir fantasia de realidade e já é capaz de compreender as regras de um jogo. | | |

Avaliação da Sessão

Data: 18/10/2021

Este questionário tem como objetivo a avaliação da sessão de formação realizada, sendo anónimo e confidencial. A sua implementação e posterior análise permitirá uma melhoria em sessões de formação futuras.

Formação: Desenvolvimento Infantil

Formadora: Carla Silva

Preencha com um X no local que melhor traduza a sua opinião em relação à sessão realizada.

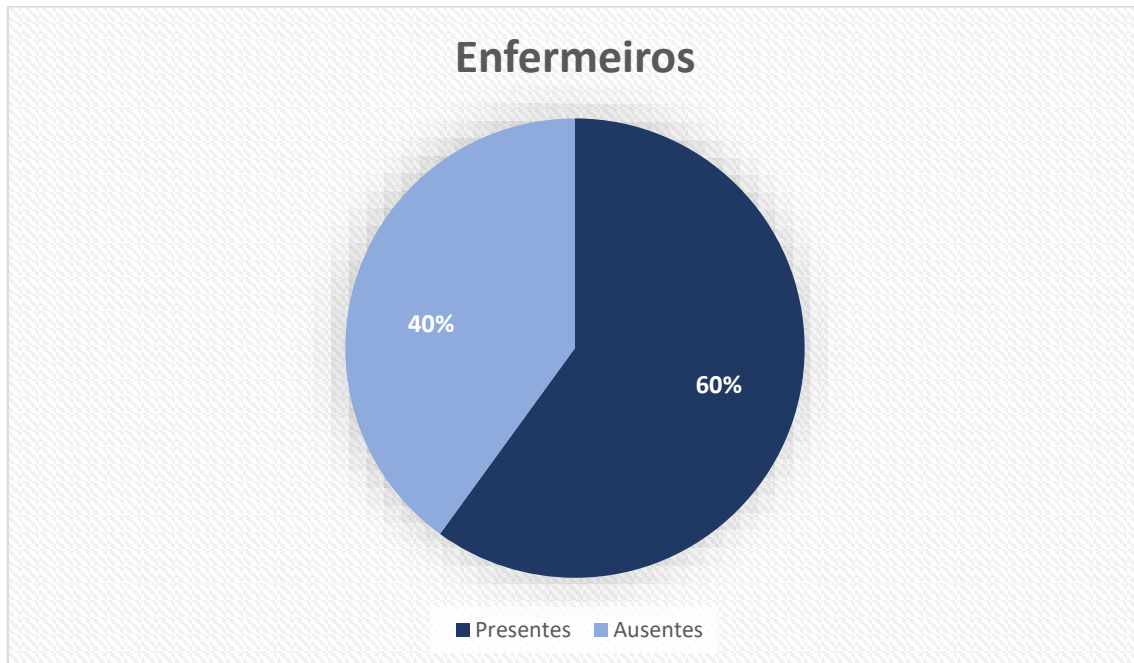
| Conteúdo Programático | Muito Bom | Bom | Suficiente | Insuficiente |
|---------------------------------|------------------|------------|-------------------|---------------------|
| Objetivos da sessão | | | | |
| Utilidade do conteúdo | | | | |
| Satisfação face às expectativas | | | | |

| Organização da Sessão | Muito Bom | Bom | Suficiente | Insuficiente |
|------------------------------|------------------|------------|-------------------|---------------------|
| Documentos Utilizados | | | | |
| Meios utilizados | | | | |
| Adequação duração sessão | | | | |

| Formador | Muito Bom | Bom | Suficiente | Insuficiente |
|-------------------------------------|------------------|------------|-------------------|---------------------|
| Domínio do Assunto | | | | |
| Adequação do método aos objetivos | | | | |
| Linguagem Utilizada | | | | |
| Empenho | | | | |
| Relacionamento com os Participantes | | | | |

Avaliação da formação e tratamento dos dados

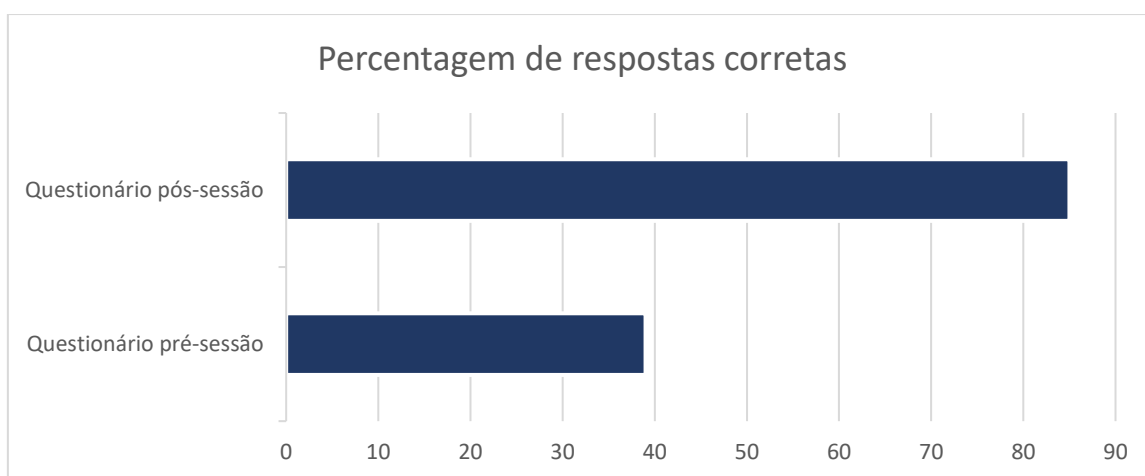
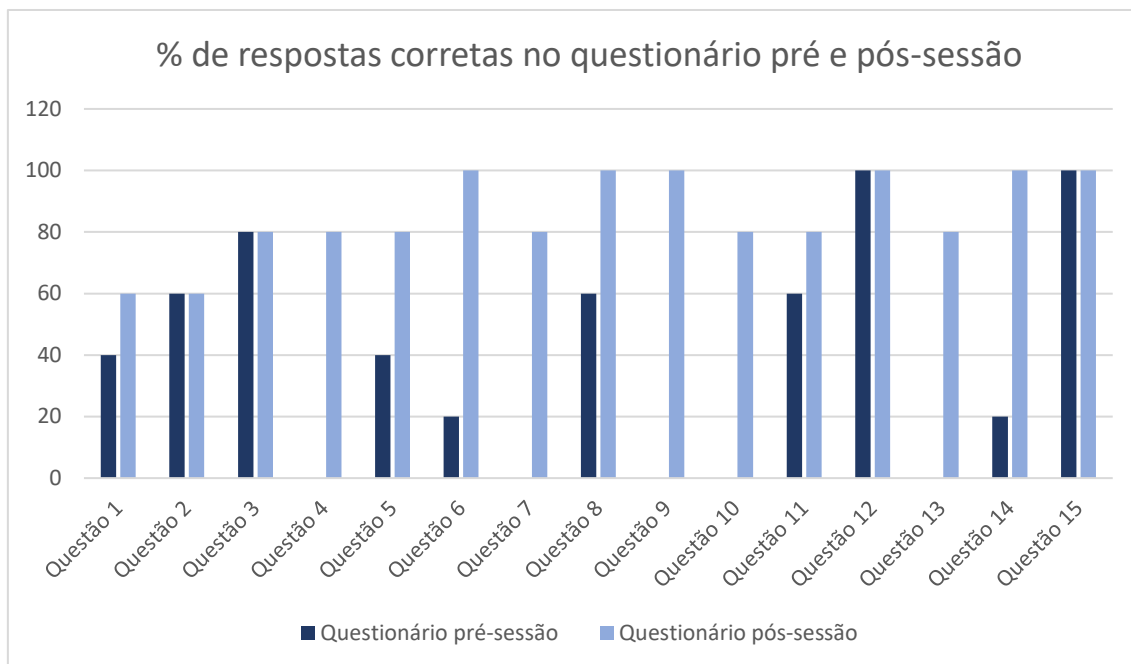
Indicadores de processo



Analisando o gráfico percebe-se que estiveram presentes na sessão 60% dos enfermeiros da UCC (seis de dez), pelo que o objetivo estabelecido, se estarem presentes 75% dos enfermeiros não foi atingido.

Indicadores de Resultado

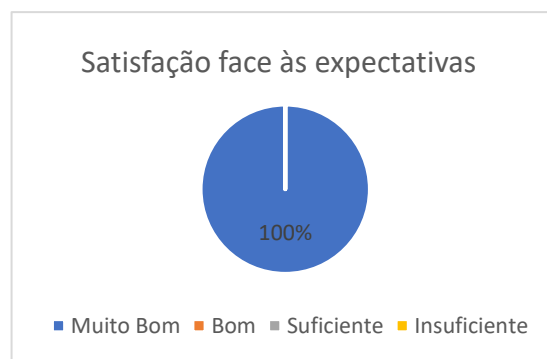
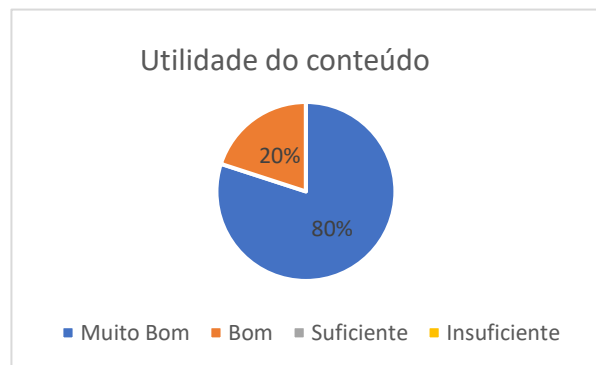
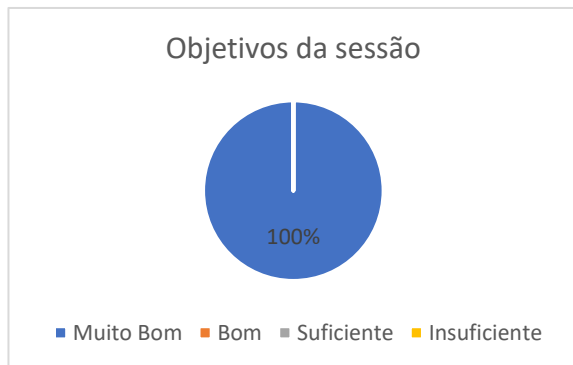
Avaliação do conhecimento



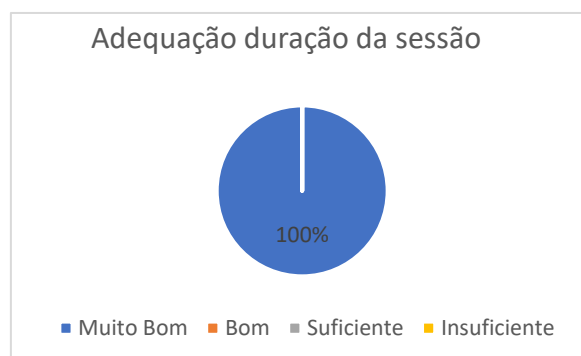
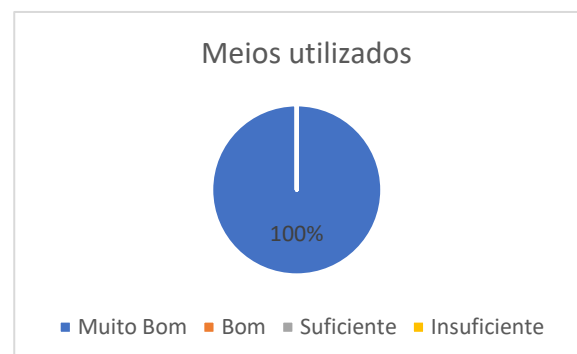
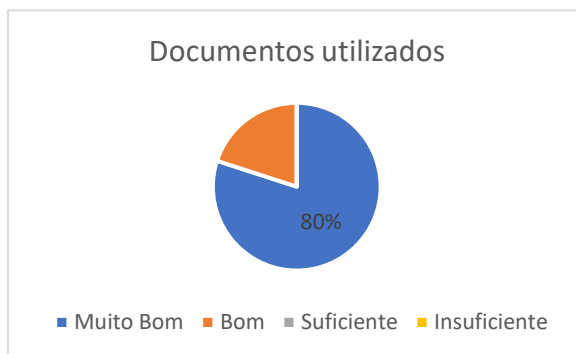
Fazendo uma análise dos gráficos é possível perceber que houve, para todas as questões, um aumento do número de respostas corretas ao questionário após a sessão de formação. Analisando a totalidade das respostas do questionário pré e pós sessão, houve um aumento de 39% de respostas corretas no questionário pré-sessão para 85% de respostas corretas no questionário pós sessão. Conclui-se, por isso, que o objetivo de obter 75% de respostas corretas após a sessão foi atingido.

Avaliação da sessão

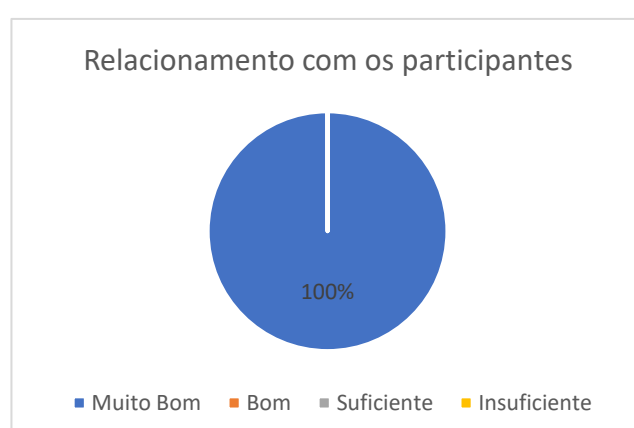
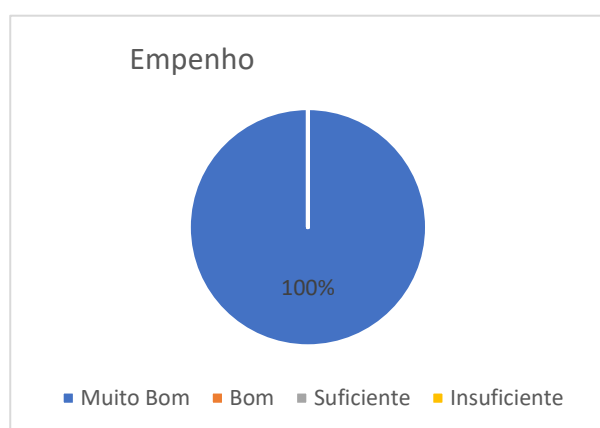
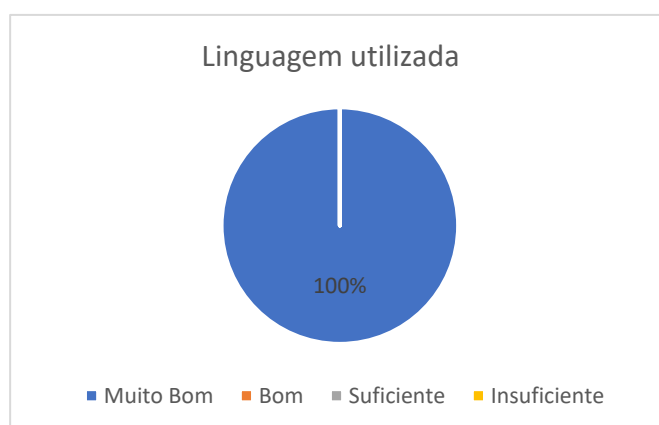
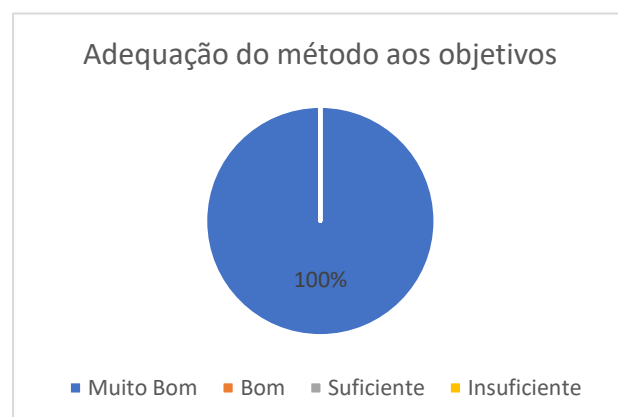
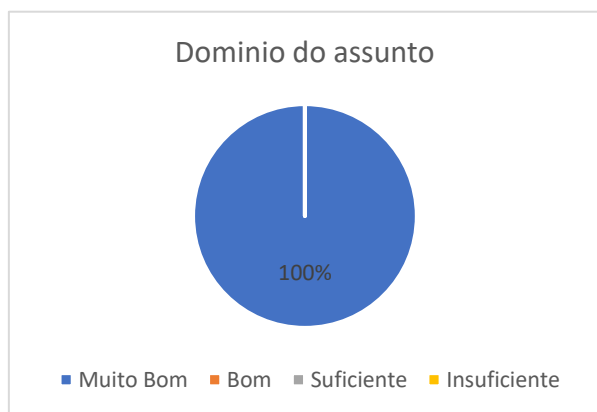
Conteúdo programático



Organização da sessão



Formador



Apêndice II

Artigo_Cuidados ao coto umbilical: Revisão Integrativa

Título:

Cuidados ao coto umbilical: Revisão integrativa

Resumo

Enquadramento: A forma como são prestados os cuidados ao coto umbilical continua a variar entre as instituições e entre profissionais de saúde apesar das recomendações da Organização Mundial da Saúde.

Objetivo: O objetivo desta revisão integrativa é mostrar os resultados da evidência científica sobre o efeito dos diferentes métodos de cuidado, nomeadamente o uso de antissépticos e a técnica *dry care*, na prevenção de infeções do coto umbilical, e no tempo de queda do mesmo.

Metodologia: Foi realizada uma revisão integrativa da literatura através da pesquisa em bases de dados online, com os descritores selecionados, identificando artigos com data de publicação entre 2016 e 2021, em inglês e com texto integral disponível, os quais foram posteriormente sujeitos a um processo de seleção.

Resultados: Após o processo de seleção foram analisados 11 artigos, entre eles ensaios randomizados, não randomizados e revisões sistemáticas com meta-análise que comparavam o efeito do uso de diferentes solutos, nomeadamente antissépticos, com o método *dry care* na incidência de onfalites, sépsis, mortalidade neonatal e no tempo de queda do coto.

Conclusões: Os artigos analisados mostram que o método *dry care*, quando comparado com o uso de antissépticos, está associado a um menor tempo de queda e não está associado a maior incidência de infeções nos países desenvolvidos e nos países com baixa taxa de mortalidade.

Palavras-chave: Coto umbilical; *dry care*; clorexidina; álcool; infeção; tempo de queda do coto.

Abstract

Background: The way umbilical cord care is provided still varies between institutions and between healthcare professionals despite the World Health Organization's recommendations.

Objectives: The purpose of this integrative review is to show the results of the scientific evidence about the effect of different care methods, namely the use of antiseptics and the

dry care technique, on the prevention of infections of the umbilical cord stump, and on the separation time.

Methodology: An integrative literature review was conducted by searching online databases with the selected descriptors, identifying articles with a publication date between 2016 and 2021, in English and with full text available, which were subsequently subjected to a selection process.

Results: After the selection process, 11 articles were analyzed, including randomized trials, non-randomized trials and systematic reviews with meta-analysis, that compared the effect of using different solutes, namely antiseptics, with the dry care method on the incidence of omphalitis, sepsis, neonatal mortality and the umbilical cord separation time.

Conclusions: the articles reviewed show that dry care, when compared with the use of antiseptics, is associated with a shorter separation time and is not associated with a higher incidence of infections in developed countries and countries with low mortality rates.

Keywords: Umbilical stump; dry care; chlorhexidine; alcohol; infection; stump separation time.

Introdução

O cordão umbilical é responsável pela conexão entre o bebê e a placenta no útero, sendo constituído por vasos sanguíneos e tecido conjuntivo. Depois do nascimento, o cordão é cortado, representando a separação tanto físico como simbólica do bebê e da mãe. Com o passar do tempo o que resta do cordão, ou seja, o coto umbilical, seca e solta-se, ficando a cicatriz umbilical (Zupan et al., 2013). Até então, o coto pode ser considerado uma ferida em vias de cicatrização e, como tal, é uma porta de entrada de microrganismos na corrente sanguínea do bebê (Imdad et al., 2013).

Em 2019, 47% das mortes de crianças com idade inferior a cinco anos ocorre no período neonatal, sendo que destas, 75% acontece na primeira semana de vida e cerca de um milhão nas primeiras 24h. Como principais causas de morte neonatal destacam-se a prematuridade, as complicações relacionadas com o parto, nomeadamente a asfíxia peri parto, as infeções e as malformações congénitas (World Health Organization (WHO), 2020).

As infeções continuam então a ser uma das principais causas de morbidade e mortalidade neonatal em todo o mundo sendo que muitas vezes a origem dessas infeções pode estar na colonização do coto umbilical, uma vez que este não só é o meio propício ao

crescimento bacteriano como também permite o acesso direto à corrente sanguínea do bebê (Stewart & Benitz, 2016).

De acordo com as recomendações da WHO (2014), o uso de clorexidina durante a primeira semana é recomendado em recém-nascidos que nasçam em casa e em locais com alta taxa de mortalidade neonatal. Por outro lado, em recém-nascidos cujos partos aconteçam em instituições de saúde ou no domicílio em locais com baixa taxa de mortalidade neonatal é recomendada a limpeza e secagem do coto umbilical.

Não obstante estas recomendações, os pais são frequentemente expostos a informação contraditória, de acordo com a instituição ou mesmo o profissional com quem contactam, desde a altura do nascimento até às consultas de acompanhamento posteriores. Considerando que esta disparidade na informação recebida pode ser a causa de alguma ansiedade nos pais ou até mesmo melindrar a relação terapêutica com os profissionais de saúde, torna-se imperativo uniformizar a prática de acordo com a melhor evidência disponível (Barbosa et al., 2017).

Metodologia

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura a partir da questão de partida: Qual o efeito da utilização de antissépticos na limpeza do coto umbilical em comparação com o *dry care* na prevenção de infeção e no tempo de queda?

A questão acima referida foi elaborada de acordo com a metodologia PICO, sendo que PICO representa o acrónimo **P**atients **I**ntervention **C**omparison e **O**utcome, em que “Pacientes” são os recém-nascidos, “Intervenção” são os cuidados ao coto umbilical, a “Comparação” é o uso de antissépticos em comparação com o *dry care* e o “Outcome” é a prevenção de infeção e o tempo de queda do coto.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados: MEDLINE complete, CINAHL complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, COCHRANE Central Register of Controlled Trials, COCHRANE Database of Systematic Reviews, COCHRANE Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina, Complementary index; Directory of open access journals, Academic search complete; ScienceDirect; BDNF; IBECs; LILACS, com recurso às plataformas “EBSCO”, “B-ON” e “WEB OF SCIENCE”.

Foi usada a frase Boleana: “Umbilical cord” AND “*Dry Care*” AND “Alcohol OR Antiseptics OR Chlorhexidine”.

Como critérios de inclusão foram definidos: artigos redigidos em idioma português inglês ou espanhol, com data de publicação entre 2016 e 2021 e com texto completo disponível. A pesquisa realizada nas bases de dados permitiu identificar 151 artigos, os quais foram sujeitos a um processo de seleção conforme é apresentado da figura 1.

Aplicados os critérios de inclusão ficaram 58 artigos, dos quais foram eliminados 14 que eram duplicados. Posteriormente foram excluídos 21 com base na leitura do título, 9 com base na leitura do resumo e 3 após a leitura completa por não responderem à questão de investigação ou apresentarem alguns dados pouco explícitos. Por fim analisaram-se então 11 artigos completos que dão resposta à pergunta de investigação, sendo que 9 são estudos primários e 2 são revisões sistemáticas com meta-análise.

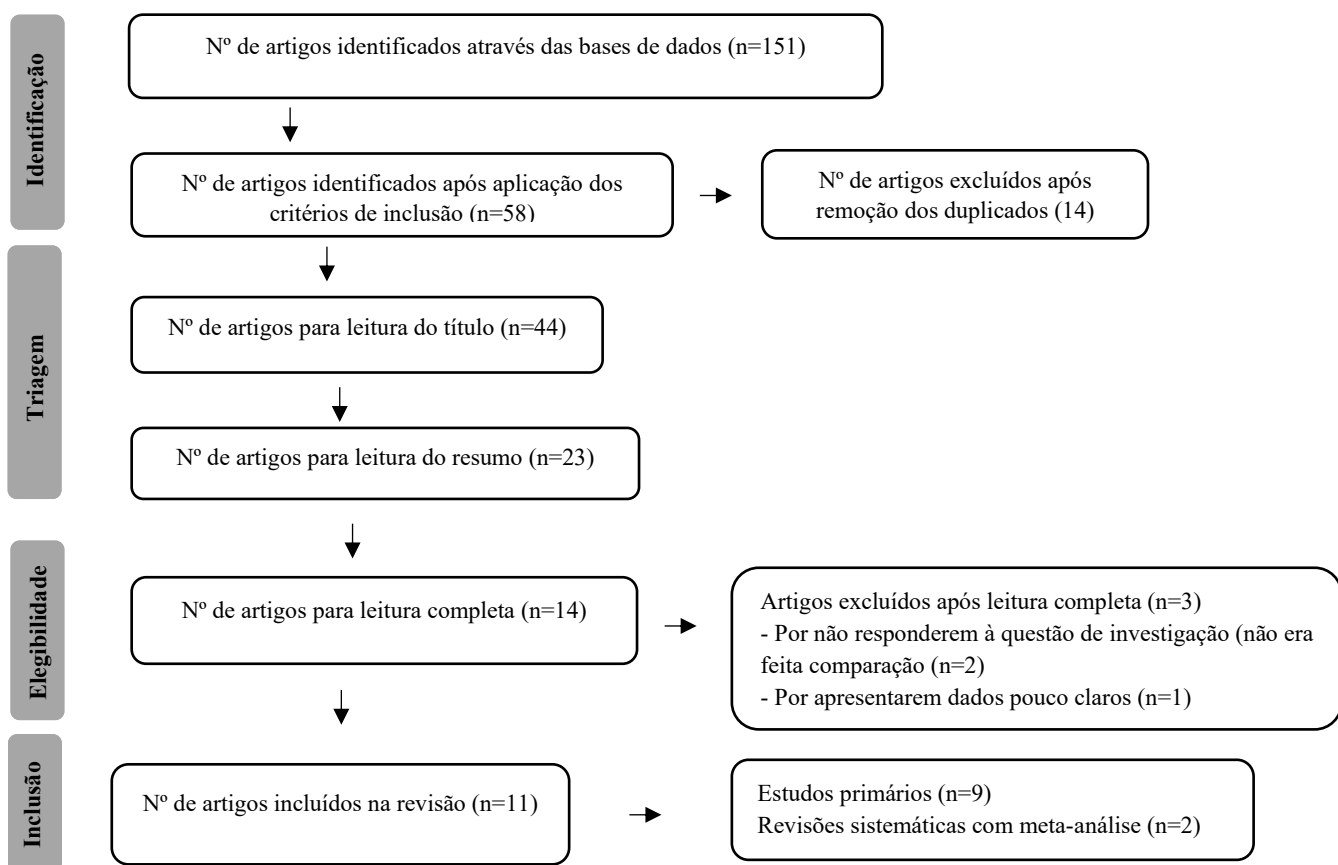


Figura 1 – Fluxograma seleção dos artigos para a revisão

Resultados

Os artigos analisados foram publicados entre 2016 e 2021, sendo os anos de 2016 e 2019 os que têm maior número de publicações, com 3 em cada ano, e o ano de 2021 o que tem

menor número de publicações, contando apenas com um artigo publicado. Quanto à tipologia dos artigos 5 dizem respeito a ensaios clínicos randomizados (Sazawal et al., 2016; Semrau et al., 2016; Gras-Le Guen et al., 2017; Ozdemir et al., 2017; Lyngdoh et al., 2018), 3 a estudos quase-experimentais (Abbaszadeh et al., 2018; Yaghoobi et al., 2019; Draiko et al., 2021;), 1 estudo de caso-controle (Quattrin et al., 2016) e 2 revisões sistemáticas com meta-análise (Al-Shehri, 2019; López-Medina et al., 2019).

Dos estudos descritos 2 foram realizados em países desenvolvidos (Quattrin et al., 2016; Gras-Le Guen et al., 2017), 7 em países em vias de desenvolvimento (Sazawal et al., 2016; Semrau et al., 2016; Ozdemir et al., 2017; Abbaszadeh et al., 2018; Yaghoobi et al., 2019; Lyngdoh et al., 2018; Draiko et al., 2021) e as duas revisões sistemáticas analisam estudos em ambos os grupos.

Os ensaios clínicos realizados na Tanzânia (Sazawal et al., 2016) e na Zâmbia (Semrau et al., 2016) envolveram nascimentos quer em instituições de saúde quer na comunidade, o estudo desenvolvido no Sudão (Draiko et al., 2021) diz respeito a nascimentos ocorridos na comunidade e todos os outros, realizados na Índia (Lyngdoh et al., 2018), no Irão (Abbaszadeh et al., 2018; Yaghoobi et al., 2019), na Turquia (Ozdemir et al., 2017), em Itália (Quattrin et al., 2016) e França (Gras-Le Guen et al., 2017) foram realizados em meio hospitalar. O estudo realizado na Índia utilizou recém-nascidos prematuros, com idade gestacional inferior a 34 semanas e o estudo realizados no Irão em 2017 utilizou uma amostra de recém-nascidos prematuros, com idade gestacional inferior a 37 semanas e com necessidade de internamento na unidade de cuidados intensivos neonatais. Os estudos realizados na Itália, Turquia e Irão dizem respeito a recém-nascidos com idade gestacional superior a 37 semanas, o estudo realizado na França recém-nascidos com idade gestacional superior a 36 semanas. Os restantes não usaram a idade gestacional como critério de inclusão ou exclusão.

Na tabela 1 estão representados de forma resumida os dados dos artigos analisados

| Referência Completa | Objetivo | Metodologia | Amostra | Resultados/Conclusões |
|--|---|---|---|--|
| Semrau, K., et al. (2016). Effectiveness of 4% chlorhexidine umbilical cord care on neonatal mortality in Southern Province, Zambia (ZamCAT): a cluster-randomised controlled trial. <i>Lancet Global Health</i> . | Comparar a limpeza diária do cordão com clorexidina a 4% com o método padrão de <i>dry care</i> na Província do Sul, Zâmbia. | Ensaio clínico controlado randomizado por <i>cluster</i> . A unidade de randomização (clusters) foram os centros de cuidados de saúde primários e a sua área de abrangência. Em cada um destes três grupos os clusters foram aleatoriamente distribuídos pelo grupo de intervenção (tratamento com clorexidina) e grupo de controlo (tratamento <i>dry care</i> padrão). | 37758 recém-nascidos, nascidos no hospital e na comunidade. | A Clorexidina não reduz a mortalidade neonatal quando comparada com o método <i>dry care</i> na Província do Sul, Zâmbia. A análise por categorias (local do parto, peso ao nascimento, prematuridade e HIV materno) também não mostra diferença significativa na taxa de mortalidade. Sendo a Zâmbia um país com baixa taxa de mortalidade neonatal, elevado número de partos em instituições de saúde e representação de meios rurais e urbanos, esta não tem efeito, o uso de clorexidina não apresenta benefício. A clorexidina não deve ser globalmente implementada especialmente em meios com taxa de mortalidade neonatal moderada na África. |
| Sazawal, S., et al. (2016). Efficacy of chlorhexidine application to umbilical cord on neonatal mortality in Pemba, Tanzania: a community-based randomised controlled trial. <i>Lancet Global Health</i> . | Avaliar o efeito da limpeza do cordão umbilical com 4% solução de clorexidina na taxa de mortalidade neonatal e onfalite numa área rural na Tanzânia. | Ensaio clínico randomizado na comunidade na Ilha de Pemba, no arquipélago de Zanzibar. O ensaio foi dividido em duas fases. Na fase um os participantes foram aleatoriamente distribuídos por 3 grupos: o grupo de tratamento (clorexidina) um grupo de controlo em que era usado um placebo e um grupo de controlo onde era usado o método <i>dry care</i> . Na segunda fase foram aleatoriamente distribuídos por dois grupos, o grupo de tratamento (clorexidina) e o grupo de controlo (método <i>dry care</i>). | 36911 recém-nascidos com idade entre 1-48h nascidos no hospital ou na comunidade na Ilha Pemba entre 19-05-2011 e 31-08-2014. | Apenas são analisados os dados do grupo de tratamento com clorexidina e do grupo <i>dry care</i> de ambas as fases (n=36911). O estudo não mostra uma redução significativa na mortalidade neonatal no grupo da clorexidina em comparação com o grupo <i>dry care</i> . Contudo os resultados mostram que a aplicação de clorexidina reduz significativamente a prevalência de onfalites quando comparada com o <i>dry care</i> . Tendo havido uma redução de 94% nas onfalites severas e 24-39% nos restantes graus. Não se verificaram diferenças no efeito da clorexidina na mortalidade ou na prevalência de onfalites quando comparados os partos na comunidade ou no hospital. |
| Quattrin, R., et al. (2016). 70% Alcohol Versus Dry Cord Care in the Umbilical Cord Care. <i>Medicine</i> . | Comparar a ocorrência de eventos adversos e o tempo de queda do cordão entre recém-nascidos tratados com o método <i>dry care</i> e álcool a 70% em um Hospital Acadêmico Italiano. | Estudo de caso-controle. Os recém-nascidos foram distribuídos em número igual pelo grupo de controle (procedimento standard com álcool a 70%) se nascidos em dezembro de 2014 e janeiro de 2015 (n=100) e para o grupo de caso (método <i>dry care</i>), se nascidos em fevereiro de 2015 e março de 2015 (n=100). | 200 recém-nascidos com idade gestacional igual ou superior a 37 semanas, nascidos entre dezembro de 2014 e março de 2015 nem Hospital Italiano. | Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as 2 práticas de cuidados ao cordão umbilical, em relação à ocorrência de eventos adversos (infecção local, doença sistêmica, granuloma, hemorragia). O tempo de queda do cordão foi significativamente menor no grupo de cuidados com o método <i>dry care</i> . O método <i>dry care</i> é um método fácil e seguro para usar em recém-nascidos saudáveis nascidos em hospitais de países desenvolvidos. |
| Gras-Le Guen, C., et al. (2017). Dry Care Versus Antiseptics for Umbilical | Comparar o uso do método <i>dry care</i> com o uso de antissépticos nos cuidados ao cordão para | Estudo longitudinal em 2 períodos, randomizado por <i>clusters</i> . As maternidades foram aleatoriamente distribuídas para prestar cuidados ao coto umbilical com o antisséptico que | 8698 recém-nascidos com idade gestacional superior a 36 | Surgiram 3 casos de onfalite no grupo de recém-nascidos tratados com o método <i>dry care</i> e nenhum caso no grupo tratado com antissépticos. |

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| Cord Care: A Cluster Randomized Trial. <i>Pediatrics</i> . | prevenir a onfalite nos recém-nascidos em França. | usam habitualmente (grupo controlo) ou para prestar cuidados tipo <i>dry care</i> durante 4 meses (período de recrutamento) mais um mês de seguimento no domicílio e, posteriormente, trocaram para o outro método durante também 4 meses mais 1 de seguimento. | semanas, nascidos em seis maternidades francesas. | Em relação ao tempo de queda do cordão umbilical, este foi de 10 dias no grupo tratado com o método <i>dry care</i> e de 11 dias no grupo tratado com antissépticos. O estudo conclui que o método <i>dry care</i> não é inferior ao uso de antissépticos na prevenção de infeção no recém-nascido de termo num país desenvolvido. Não verificou diferença estatisticamente significativa em relação ao tempo de queda do coto umbilical. |
| Ozdemir, H., et al. (2017). Impact of different antiseptics on umbilical cord colonization and cord separation time. <i>J Infect Dev Ctries</i> . | Investigar o efeito de seis práticas diferentes de cuidados ao coto umbilical na taxa de colonização e no tempo de queda do coto. | Ensaio clínico prospetivo randomizado. A amostra foi distribuída aleatoriamente em seis grupos de cuidados com o cordão umbilical: o grupo 1 recebeu o método <i>dry care</i> ; os grupos 2-4 receberam uma única aplicação de álcool 70%, clorexidina 4% ou iodopovidona na sala de partos, respetivamente, que foram descontinuados posteriormente; os grupos 5 e 6 receberam uma única aplicação de álcool 70% ou clorexidina 4%, respetivamente, que iniciaram no parto e mantiveram a aplicação a cada seis horas até à alta. Os cordões umbilicais foram examinados no segundo e terceiro dias e entre o quinto e sétimo dia para sinais de onfalite. As zaragoas foram colhidas no segundo ou terceiro dia em todos os casos e uma segunda zaragatoa em caso de sinais de onfalite. | 516 recém-nascidos com idade gestacional igual ou superior a 37 semana, nascidos no serviço de obstetria do Hospital Universitário de Marmara. | O tempo de queda do coto umbilical foi significativamente menor no grupo do método <i>dry care</i> . O tempo de queda do coto umbilical foi significativamente maior em ambos os grupos que usaram clorexidina do que nos grupos que usaram o método <i>dry care</i> e o álcool a 70%, não havendo diferença significativa em relação ao grupo que usou iodopovidona. A colonização bacteriana com microrganismos da flora natural da pele foi significativamente menor nos grupos que usaram clorexidina. Não se verifica diferença significativa entre os grupos para a colonização com o principal agente patogénico (<i>S. aureus</i>). Não se verificou diferença significativa na taxa de onfalites entre os diferentes grupos. O estudo conclui que a aplicação de clorexidina aparenta ser o método mais efetivo na diminuição da colonização, embora aumente significativamente o tempo de queda do coto umbilical. |
| Abbaszadeh, F., et al., (2018). Comparing the Impacts of Topical Chlorhexidine and Dry Cord Care on Umbilical Cord Separation Time among Neonates. <i>Nurs Midwifery Stud</i> . | Comparar o impacto da aplicação tópica de clorexidina e o método <i>dry care</i> no tempo de queda do cordão umbilical | Estudo quase-experimental. Os recém-nascidos foram atribuídos a cada um dos grupos (aplicação de clorexidina e <i>dry care</i>) alternadamente de acordo com a semana do nascimento. Na 1ª semana do estudo, todos os recém-nascidos elegíveis eram alocados ao grupo clorexidina, enquanto na 2ª semana todos os neonatos foram alocados no grupo <i>dry care</i> . Este processo de alternância semanal foi repetido até 87 recém-nascidos foram recrutados para cada grupo. | 174 recém-nascido com idade gestacional igual ou superior a 37 semanas de dois hospitais associados à Kashan University of Medical Sciences, no Irão. | Em comparação com o <i>dry care</i> , o uso tópico de clorexidina prolonga significativamente o tempo de queda do cordão umbilical. Não há diferença significativa entre os efeitos desses dois métodos nos sinais de infeção do cordão umbilical. O uso tópico de clorexidina não só não apresenta vantagens no cuidado do cordão umbilical, como também está associada a um tempo de queda mais prolongado |
| Lyngdoh, D., et al., (2018). Effect of topical application of human breast milk versus 4% | Comparar o efeito da aplicação tópica de leite materno humano vs | Estudo experimental. 105 recém-nascidos prematuros nascidos no Hospital Nehru, PGIMER, Chandigarh, foram distribuídos | 105 recém-nascidos prematuros (idade | Existe diferença significativa na colonização bacteriana entre os três grupos. A Clorexidina é mais eficaz na redução da colonização, porém |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| <p>Chlorhexidine versus dry cord care on bacterial colonization and clinical outcomes of umbilical cord in Preterm Newborns. <i>Journal of Clinical Neonatology</i>.</p> | <p>clorexidina a 4% vs <i>dry care</i> na colonização bacteriana bem como no tempo de queda do cordão e na presença de infecção, em recém-nascidos prematuros.</p> | <p>aleatoriamente entre 3 grupos: leite materno, clorexidina a 4% e método <i>dry care</i>. Foram recolhidas amostras tipo zaragatoa imediatamente após a colheita de dados dos recém-nascidos, no 3º e no 5º dia de nascimento. O tempo de queda do coto bem como sinais de infecção também foram registados.</p> | <p>gestacional < 34 semanas) nascidos no Hospital Nehru, PGIMER, Chandigarh.</p> | <p>o leite materno também pode reduzir a colonização e é uma alternativa melhor do que o <i>dry care</i>. Em relação ao tempo de queda a média foi de 12 dias no grupo da clorexidina, 10 dias no grupo <i>dry care</i> e 9 dias no grupo do leite materno, notando-se uma diferença significativa entre os três grupos.</p> |
| <p>Al-Shehri, H. (2019). The Use of Alcohol versus Dry Care for the Umbilical Cord in Newborns: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized and Non-randomized Studies. <i>Cureus</i>.</p> | <p>Comparar entre o método <i>dry care</i> e a aplicação tópica de álcool 70% para o cuidado do cordão umbilical em recém-nascidos em relação ao tempo de queda do cordão, bem como a incidência de onfalite, sepsis e mortalidade neonatal.</p> | <p>Revisão sistemática com meta-análise. Foram analisados 13 estudos, nomeadamente, ensaios clínicos prospetivos randomizados e não-randomizados publicados em jornais revistos pelos pares.</p> | <p>4967 recém-nascidos de países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento</p> | <p>Embora se verifique uma heterogeneidade significativa entre os vários estudos, estes mostram que o tratamento com álcool a 70% está significativamente associado a um tempo de queda do coto mais prolongado. Em relação à incidência de onfalites, apenas foi estudada em 11 artigos e não houve diferença estatística entre o método <i>dry care</i> e a aplicação tópica de álcool a 70%. Em relação aos sinais de infecção, a presença de cheiro fétido aumenta significativamente com o método <i>dry care</i>, enquanto os outros sinais (rubor, exsudado, sangramento e granuloma) são semelhantes em ambos os grupos. Não se verificou diferença significativa em relação à incidência de sépsis. Não houve registo de mortes em nenhuma das crianças incluídas nos estudos. Conclusão: Há evidência significativa que suporta a implementação do método <i>dry care</i> para uma efetiva e rápida queda do coto umbilical em comparação com o álcool a 70%, contudo nenhum dos métodos de cuidado apresentam efeitos desfavoráveis no risco de onfalites, sépsis e morte.</p> |
| <p>López-Medina, M.D., et al. (2019). Dry care versus chlorhexidine cord care for prevention of omphalitis. Systematic review with meta-analysis. <i>Rev. Latino-Am. Enfermagem</i>.</p> | <p>Comparar o efeito do método <i>dry care</i> e a aplicação de clorexidina no coto umbilical no risco de desenvolver onfalites</p> | <p>Revisão sistemática com meta-análise. Foram analisados 9 estudos, sendo ensaios clínicos randomizados e não randomizados.</p> | <p>118903 recém-nascidos de países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento</p> | <p>A análise conjunta dos estudos mostra uma diminuição do risco de onfalites no grupo que usa clorexidina em comparação com o método <i>dry care</i>. A aplicação de clorexidina reduz significativamente a incidência de onfalites nos nascimentos em casa e em países com elevada taxa de mortalidade infantil. Não há diferença significativa entre o uso do método <i>dry care</i> e a aplicação de clorexidina em países com baixa taxa de mortalidade infantil, em partos em meio hospitalar ou no uso de clorexidina com concentrações inferiores a 4%.</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | Em países com baixa taxa de mortalidade infantil o método <i>dry care</i> é um método eficaz e pode ser recomendado por ser mais barato. Contudo, nos partos em casa e em países com elevada taxa de mortalidade infantil, a clorexidina a 4% é protetora em relação às onfalites. |
| Yaghoobi, M., et al. (2019). Comparing the effect of Topical Application of Breast Milk, Chlorhexidine and Dry Cord Care Methods on Bacterial Colonization in Umbilical Cord of Preterm Neonates in NICU: a randomized clinical trial. <i>Electronic Physician</i> . | Comparar os efeitos tópicos do leite materno, clorexidina e <i>dry care</i> na colonização bacteriana do cordão umbilical de recém-nascidos prematuros na Unidade de cuidados intensivos neonatais | O ensaio foi centralizado e cego. A amostra foi recrutada segundo o método de amostragem por conveniência e distribuída aleatoriamente por um dos três grupos (método <i>dry care</i> , clorexidina e leite materno). Foram colhidas amostras por uma enfermeira “cega”. A primeira amostra nas primeiras 12-24h e a segunda após 72h. Entre as duas colheitas foram realizadas as intervenções de acordo com o grupo a que pertenciam. | 75 recém-nascidos prematuros, internados numa unidade de cuidados intensivos neonatais no Irão | Os três métodos (<i>dry care</i> , clorexidina e o leite materno) foram eficazes no controle da colonização bacteriana no cordão umbilical de neonatos prematuros. Não houve diferenças significativas entre os três grupos. Qualquer um dos métodos pode ser eficaz na redução da necessidade de antibióticos. |
| Draiko, C.V., et al. (2021). The effect of umbilical cord cleansing with chlorhexidine gel on neonatal mortality among the community births in South Sudan: a quasi-experimental study. <i>Pan African Medical Journal</i> . | Avaliar a eficácia da aplicação de gel de clorexidina no coto umbilical na ocorrência de sepsis e na taxa de mortalidade neonatal na República do Sudão do Sul | Estudo quase-experimental. Foram recrutadas grávidas de seis comunidades rurais em Jubek County, Sudão do Sul. A seleção das comunidades envolvidas, assim como a distribuição pelo grupo de controlo (método <i>dry care</i>) e grupo de tratamento (aplicação de clorexidina no cordão umbilical até 24h após o nascimento e diariamente durante sete dias) foi feita de forma intencional. Os dados foram colhidos através de profissionais de saúde que foram treinadas que realizavam visitas às mulheres e recém-nascidos nos dias 0,3,7,14 e 28. | Foi analisada uma amostra de 2612 recém-nascidos, nascidos na comunidade. | As infeções do cordão umbilical foram de 17,3% no grupo de tratamento, enquanto no grupo de controlo foram de 38,8%. A taxa de mortalidade foi mais elevada no grupo de controlo (13,3%) do que no grupo de tratamento (1,3%). O estudo mostra que o uso de clorexidina gel no nascimento e nos sete dias seguintes reduz a taxa de sepsis pelo cordão bem como a taxa de mortalidade neonatal quando comparada com o método <i>dry care</i> . |

Tabela 1 – Resumo dos artigos analisados

Discussão dos resultados

Percebe-se após análise dos estudos que a importância atribuída aos cuidados com o coto umbilical é transversal a vários países, sendo eles desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento.

Os estudos analisados abordam os diferentes métodos de cuidados ao coto umbilical e a sua relação com o tempo de queda do coto, as infecções do coto ou onfalites, a sépsis neonatal e a mortalidade, havendo três estudos que avaliam ainda a colonização, através da colheita de zaragatoas.

Cuidados ao coto

A forma como são prestados os cuidados ao coto umbilical é ainda muito variável e, não obstante as recomendações da WHO (2014) que sugerem o uso de clorexidina em recém-nascidos que nasçam em casa e em locais com alta taxa de mortalidade neonatal e o uso do método *dry care* nos nascimentos em instituições de saúde ou no domicílio em locais com baixa taxa de mortalidade, a análise realizada mostra mais uma vez esta diversidade.

Alguns dos estudos comparam o uso de clorexidina com o método *dry care* (Sazawal et al., 2016; Semrau et al., 2016; Abbaszadeh, et al., 2018; López-Medina et al., 2019; Draiko et al., 2021), outros comparam o uso de álcool a 70% também com o método *dry care* (Quattrin et al., 2016; Al-Shehri, 2019), porém há estudos que comparam o método *dry care* com o uso de variados antissépticos, nomeadamente o álcool a 70%, a clorexidina a 4% mas também a iodopovidona (Ozdemir et al., 2017), havendo ainda estudos que fazem referência a outro tipo de antissépticos, como sendo o álcool benzílico, cloreto de benzalcônio (Gras-Le Guen et al., 2017), porém não é realizada uma comparação individualizada, mas sim uma análise generaliza enquanto antissépticos, onde se incluem a clorexidina e o álcool a 70%.

Por fim há ainda dois estudos, realizados com recém-nascidos prematuros, que introduzem na análise a aplicação de leite materno em comparação com o uso de clorexidina e o método *dry care* (Lyngdoh et al., 2018; Yaghoobi et al., 2019).

Cuidados ao coto e relação com o tempo de queda

Em relação ao tempo de queda do coto umbilical, foi um resultado analisado em seis dos estudos (Lyngdoh et al., 2018; Quattrin et al., 2016; Abbaszadeh et al., 2018; Gras-Le Guen et al., 2017; Ozdemir et al., 2017; Al-Shehri, 2019), sendo que estes mostram que o tempo de queda é significativamente menor quando usado o método *dry care* tanto em comparação com o uso de clorexidina (Lyngdoh et al., 2018; Abbaszadeh et al., 2018; Ozdemir et al., 2017), como em comparação com o uso de álcool a 70% (Quattrin et al., 2016; Ozdemir et

al., 2017; Al-Shehri, 2019), mostrando ainda o tempo de queda é significativamente maior com o uso de clorexidina quando comparado com o uso de álcool a 70% e com o método *dry care* (Ozdemir et al., 2017).

Um estudo mostra que a aplicação de leite materno diminui significativamente o tempo de queda quando comparado com ambos, o método *dry care* e a aplicação de clorexidina (Lyngdoh et al., 2018), havendo ainda um estudo que não encontrou diferença significativa no tempo de queda do coto umbilical quando comparou o uso de antissépticos com o método *dry care* (Gras-Le Guen et al., 2017).

Cuidados ao coto e relação com o os sinais de infecção ou onfalite

Em relação aos sinais de infecção no coto umbilical ou onfalite foram oito os estudos a analisar este resultado (Quattrin et al., 2016; Sazawal et al., 2016; Gras-Le Guen et al., 2017; Ozdemir et al., 2017; Abbaszadeh et al., 2018; Al-Shehri, H., 2019; López-Medina et al., 2019; Draiko et al., 2021;), entre os quais se verificaram constatações diferentes.

Os estudos realizados com nascimentos em meio hospitalar mostram que não se verifica diferença significativa na ocorrência de infecções quando comparado o uso de antissépticos com o uso do método *dry care* (Quattrin et al., 2016; Abbaszadeh et al., 2018; Gras-Le Guen et al., 2017; Ozdemir et al., 2017; Lopez-Medina et al., 2019). Por outro lado, o estudo realizado no Sudão do Sul, que foi realizado na comunidade (Draiko et al., 2021), mostra que há um aumento significativo na ocorrência de infecções do coto umbilical quando usado o método *dry care* em comparação com o uso de clorexidina gel no nascimento e nos sete dias seguintes. Esta conclusão é corroborada pela revisão sistemática realizada por López-Medina et al. (2019) que conclui que nos partos realizados em casa em países com elevada taxa de mortalidade, o uso de clorexidina é protetor em relação à incidência de onfalites. O estudo realizado na Tanzânia, que contempla nascimentos no hospital e na comunidade (Sazawal et al., 2016) também evidencia que a aplicação de clorexidina reduz a prevalência de onfalites, porém não mostra diferença quando comparados os partos no hospital ou na comunidade.

Por sua vez, a revisão sistemática realizada por Hassan Al-Shehri (2019), que inclui países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, conclui não haver diferença significativa na prevalência de onfalites, porém há um aumento significativo de casos com presença de um sinal infecção, o cheiro fétido, quando usado o método *dry care* em comparação com o uso de álcool.

Cuidados ao coto e relação com a colonização bacteriana

Dos três estudos analisados que avaliavam a colonização bacteriana do coto umbilical, todos foram realizados em meio hospitalar e dois deles foram realizados com recém-nascidos prematuros (Lyngdoh et al., 2018; Yaghoobi et al., 2019). O estudo realizado com recém-nascidos de termo conclui que a clorexidina quando comparada com outros antissépticos, nomeadamente o álcool a 70% e a iodopovidona, e com o método *dry care* é mais eficaz na redução da colonização por agentes da flora natural da pele, mas não mostra diferença para a colonização pelo principal agente patogénico (Ozdemir et al., 2017). Por outro lado, os estudos realizados com recém-nascidos prematuros, em que ambos comparam o uso de clorexidina, com o uso de leite materno e o método *dry care* obtiveram resultados diferentes entre si, sendo que um mostra não haver diferença significativa entre os três métodos, afirmando que qualquer um dos métodos é eficaz na redução da necessidade de antibióticos (Yaghoobi et al., 2019), enquanto o outro mostra que a colonização bacteriana é significativamente menor com o uso de clorexidina, afirmando ainda que quer o uso de clorexidina quer o uso de leite materno são melhores alternativas para reduzir a colonização bacteriana do que o método *dry care* (Lyngdoh et al., 2018).

Cuidados ao coto e relação com a incidência de sépsis e a mortalidade infantil

Alguns dos estudos analisados têm como resultado avaliado a incidência de sépsis e a mortalidade infantil. Destes, a revisão sistemática realizada por Al-Shehri (2019) que inclui estudos realizados em países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento conclui não haver diferença significativa em relação à incidência de sépsis quando comparado o uso de álcool a 70% com o método *dry care*. Da mesma forma, os estudos realizados na Tanzânia (Sazawal, 2016) e Zâmbia (Semrau et al., 2016), ambos incluindo nascimentos no hospital e na comunidade, mostram que o uso de clorexidina não reduz a mortalidade neonatal quando comparada com o método *dry care*, levando inclusive os autores do estudo realizado na Zâmbia a afirmarem que esta não deve ser implementada de forma global nos meios onde a taxa de mortalidade neonatal seja moderada em África. Por sua vez, o estudo realizado na comunidade, no Sudão do Sul (Draiko et al., 2021), que inclui apenas partos na comunidade mostra resultados opostos, evidenciando a existência de diferença significativa quer na taxa de sépsis quer na taxa de mortalidade neonatal quando comparado o uso de clorexidina gel com o uso do método *dry care*.

Os estudos analisados variam entre si em relação ao tipo de cuidados comparados e também em relação aos resultados analisados. Estas diferenças são apresentadas de forma resumida na tabela 2.

| Estudo | Tipo de Cuidado ao coto | Tempo de queda | Onfalites | Colonização bacteriana | Sépsis | Mortalidade |
|------------------------------------|---|--|--|---|---|--|
| Semrau, K., et al. (2016). | Clorexidina 4% vs <i>dry care</i> | | | | | Sem diferença significativa |
| Sazawal, S., et al. (2016). | Clorexidina 4% vs <i>dry care</i> | | Redução significativa de onfalites com o uso da clorexidina | | | Sem diferença significativa |
| Quattrin, R., et al. (2016). | Álcool 70% vs <i>dry care</i> | Tempo de queda menor com o método <i>dry care</i> | Sem diferença significativa | | | |
| Gras-Le Guen, C., et al. (2017). | Antissépticos vs <i>dry care</i> | Sem diferença significativa | Sem diferença significativa | | | |
| Ozdemir, H., et al. (2017). | Álcool 70% / clorexidina 4% / iodopovidona vs <i>dry care</i> | Tempo de queda menor com o método <i>dry care</i> | Sem diferença significativa | Sem diferença para agentes patogênicos | | |
| Abbaszadeh, F., et al., (2018). | Clorexidina 4% vs <i>dry care</i> | Tempo de queda menor com o método <i>dry care</i> | Sem diferença significativa | | | |
| Lyngdoh, D., et al., (2018). | Leite materno vs clorexidina a 4% vs <i>dry care</i> | Tempo de queda superior para a clorexidina, seguindo-se do leite materno e <i>dry care</i> | Sem diferença significativa | Clorexidina mais eficaz na redução da colonização | | |
| Al-Shehri, H. (2019). | Álcool 70% vs <i>dry care</i> | Tempo de queda menor com o método <i>dry care</i> | Sem diferença significativa | | Sem diferença significativa | |
| López-Medina, M.D., et al. (2019). | Clorexidina 4% vs <i>dry care</i> | | Menor incidência com o uso da clorexidina nos nascimentos em casa e em países com elevada taxa de mortalidade infantil | | | |
| Yaghoobi, M., et al. (2019). | Leite materno vs clorexidina a 4% vs <i>dry care</i> | | | Sem diferença significativa | | |
| Draiko, C.V., et al. (2021). | Clorexidina vs <i>dry care</i> | | | | Menor incidência com o uso da clorexidina | Menor taxa de mortalidade com o uso de clorexidina |

Tabela 2: Resumo dos resultados de cada estudo

Conclusões

Dos estudos analisados pode concluir-se que em países desenvolvidos, com baixa taxa de mortalidade neonatal e ainda com a maior parte dos partos realizados em instituições de saúde, o método *dry care* é o mais adequado, uma vez que conduz a um tempo de queda do

coto umbilical menor, não aumentando a incidência de onfalites ou sinais de infecção. Por sua vez, nos países em vias de desenvolvimento o uso de clorexidina parece ser o método mais eficaz na redução de onfalites e redução da mortalidade neonatal quando apresentam elevada taxa de mortalidade e elevado número de partos realizados na comunidade. Nos países em vias de desenvolvimento, mas com taxas de mortalidade neonatal baixas a moderadas, a clorexidina também não deve ser recomendada de forma global, uma vez que estes estudos não mostram evidência clara dos seus benefícios na redução das infecções ou mortalidade.

O uso de álcool não parece ser um método recomendável, uma vez que, aumenta o tempo de queda do coto em relação ao método *dry care* e não mostra evidência de proteção em relação a infecções.

A crescente exigência dos cuidados e a responsabilidade de prestar cuidados de excelência leva cada vez mais à necessidade de fundamentar a decisão clínica com evidência o que, por sua vez, nos conduz ao reconhecimento da necessidade de procurar e produzir conhecimento científico.

Espera-se que esta revisão, tendo produzido evidência sistematizada, possa influenciar a tomada de decisão sobre os cuidados ao coto nas diferentes instituições de saúde. Sugere-se, no entanto, a realização de mais estudos de qualidade neste âmbito no nosso país, uma vez que, apesar da análise de estudos realizados em países desenvolvidos e com baixa taxa de mortalidade, não foi encontrado nenhum estudo realizado com a população portuguesa.

Bibliografia

Abbaszadeh, F., Hajizadeh, Z. & Sadat, Z. (2018). Comparing the Impacts of Topical Chlorhexidine and Dry Cord Care on Umbilical Cord Separation Time among Neonates. *Nurs Midwifery Stud*, 7, 62-66

Al-Shehri, H. (2019). The Use of Alcohol versus Dry Care for the Umbilical Cord in Newborns: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized and Non randomized Studies. *Cureus*, 11(7), e5103.

Barbosa, M., Moreira, S. & Ferreira, S. (2017). Desinfecção do cordão umbilical: revisão baseada na evidência. *Rev Port Med Geral Fam*, 33, 41-47

Draiko, C.V., McKague, K., Maturu, J.D. & Joyce, S. (2021). The effect of umbilical cord cleansing with chlorhexidine gel on neonatal mortality among the community births in South Sudan: a quasi-experimental study. *Pan African Medical Journal*, 38(78).

Gras-Le Guen, C., Caille, A., Launay, E., Boscher, C., Godon, N., Savagner, C., Descombes, E., Gremmo-Feger, G., Pladys, P., Saillant, D., Legrand, A., Caillon, J., Barbarot, S., Roze, J.C. & Giraudeau, B. (2017). Dry Care Versus Antiseptics for Umbilical Cord Care: A Cluster Randomized Trial. *Pediatrics*, 139(1), e 20161857

Imdad, A., Bautista, R.M.M., Senen, K.A.A., Uy, M.E.V., Mantaring, J.B. & Bhutta, Z.A. (2013). Umbilical cord antiseptics for pre-venting sepsis and death among newborns. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (5), CD008635.

López-Medina, M.D., Linares-Abad, M., López-Araque, A.B. & López-Medina, I.M. (2019). Dry care versus chlorhexidine cord care for prevention of omphalitis. Systematic review with meta-analysis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 27, e3106

Lyngdoh, D., Kaur, S., Kumar, P., Gautam, V. & Ghai, S. (2018). Effect of Topical Application of Human Breast Milk Versus 4% Chlorhexidine Versus Dry Cord Care on Bacterial Colonization and Clinical Outcomes of Umbilical Cord in Preterm Newborns. *Journal of Clinical Neonatology*, 7, 25-30.

Ozdemir, H., Bilgen, H., Topuzoglu, A., Coskun, S., Soyletir, G., Bakir, M. & Ozek, E. (2017). Impact of different antiseptics on umbilical cord colonization and cord separation time. *J Infect Dev Ctries*, 11(2), 152-157.

Quattrin, R., Iacobucci, K., Tina, A.L., Gallina, L., Pittini, C. & Brusaferrò, S. (2016). 70% Alcohol Versus Dry Cord Care in the Umbilical Cord Care. *Medicine*, 95 (14).

Sazawal, S., Dhingra, U., Ali, S. M., Dutta, A., Deb, S., Aime, S. M., Mkasha, M. H., Yadav, A., & Black, R. E. (2016). Efficacy of chlorhexidine application to umbilical cord on neonatal mortality in Pemba, Tanzania: a community-based randomised controlled trial. *Lancet Global Health*, 4, e837-44.

Semrau, K. E.A., Herlihy, J., Grogan, C., Musokotwane, K., Yeboah-Antwi, K., Mbewe, R., Banda, B., Mpamba, C., Hamomba, F., Pilingana, P., Zulu, A., Chanda-Kapata, P., Biemba, G., Thea, D.M., Macleod, W.B., Simon, J.L. & Hamer, D.H. (2016). Effectiveness of 4%

chlorhexidine umbilical cord care on neonatal mortality in Southern Province, Zambia (ZamCAT): a cluster-randomised controlled trial. *Lancet Global Health*, 4, e827-36.

Stewart, D., Benitz, W. & AAP Committee on fetus and newborn. (2016). Umbilical Cord Care in the Newborn Infant. *Pediatrics*, 138 (3), e 20162149

World Health Organization. (2014). WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn.

World Health Organization (2020). Newborns: improving survival and well-being. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>

Yaghoobi, M., Bolandi, B., Namaei, M. & Faal, G. (2019). Comparing the effect of Topical Application of Breast Milk, Chlorhexidine and Dry Cord Care Methods on Bacterial Colonization in Umbilical Cord of Preterm Neonates in NICU: a randomized clinical trial. *Electronic Physician*, 11 (2), 7482-7488.

Zupan, J., Garner, P. & Omari, A.A.A. (2004). Topical umbilical cord care at birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD001057.