



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Instituto Politécnico
de Castelo Branco

Promoção do Conforto no Recém-nascido, Criança, Jovem e Família: Atuação do Enfermeiro Especialista em Contexto de Saúde- Doença

Marlene Teixeira Domingues

Orientação: Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico Portalegre

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



IPS Instituto Politécnico de Setúbal

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Promoção do Conforto no Recém-nascido, Criança, Jovem e Família: Atuação do Enfermeiro Especialista em Contexto de Saúde- Doença

Marlene Teixeira Domingues

Orientação: Professora Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Évora, 2018

AGRADECIMENTOS

Os trabalhos académicos desta dimensão, implicam um grande esforço e espírito de sacrífico e ajuda que não se restringe apenas ao autor do trabalho, pelo que neste sentido, gostaríamos de deixar o nosso agradecimento em particular:

Ao Ricardo, que encontrou sempre a melhor maneira de dar mais sentido à minha vida,

À minha mãe, que foi uma rede de suporte a todos os níveis,

Ao meu irmão, que mesmo longe esteve sempre perto,

À Lisa e ao Carlos, que procuraram dar-me sempre o melhor conforto possível,

À Professora Ana Lúcia Ramos, que me inspirou mantendo um espírito crítico,

À Enf.^a e amiga Fernanda Loureiro, que me conduzindo neste percurso de aprendizagens,

Às colegas Inês Serôdio, Ana Rita Gomes, Cláudia Tapadas, Susana Ribeiro, Neuza Alves, Ana Cláudia, Ana Flor, Carla Bessa, que viveram comigo, mais de perto, as dificuldades em gerir o tempo académico com o tempo profissional e familiar,

Aos enfermeiros que me receberam nas suas equipas,

E às crianças com quem me cruzei profissionalmente, e me inspiraram para ser melhor

A todos, muito obrigado!

RESUMO

O conforto e o bem-estar da criança e família são essenciais ao longo dos processos de saúde-doença, pelo que o mesmo deve ser promovido nos diversos contextos de saúde, desde os cuidados de saúde primários até aos cuidados hospitalares.

Deste modo a temática do projeto desenvolvido, integrado na linha de investigação “Segurança e Qualidade de Vida”, consistiu na promoção do conforto no recém-nascido, criança, jovem e família: Atuação do enfermeiro especialista em contexto de saúde e doença.

O presente relatório pretende dar a conhecer as atividades desenvolvidas em contexto de estágio no âmbito da aquisição e desenvolvimento de competências de mestre e de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e jovem, bem como o trabalho realizado na área da promoção do conforto da criança e família, através da metodologia de projeto, tendo em conta as necessidades específicas de cada contexto.

A realização deste relatório permitiu-nos refletir sobre o percurso de aprendizagens realizado, nomeadamente na área temática do projeto, dando resposta ao objetivo principal a que nos tínhamos proposto na realização do presente trabalho.

Palavras-chave: Conforto, criança, enfermagem de saúde infantil e pediátrica

ABSTRACT

Promoting the comfort of the newborn, child, young person and family: Nursing and specialist performance in health and illness context

The comfort and well-being of the child and family are essential throughout the health-disease processes, and the same should be promoted in the different health contexts, from primary health care to hospital care.

In this way, the theme of the project developed, integrated in the line of research "Safety and Quality of Life", consisted in promoting the comfort of the newborn, child, young person and family: Nursing and specialist performance in health and illness context.

This report intends to present the activities carried out in the context of internship in the scope of the acquisition and development of master's competences and common competences of the specialist nurse and specific nurse specialist in child and youth health nursing, as well as the work done in the area of promoting the comfort of the child and family, through the project methodology, taking into account the specific needs of each context.

The realization of this report allowed us to reflect on the learning process carried out, namely in the thematic area of the project, responding to the main objective that we had proposed in the accomplishment of the present work.

Key words: Comfort, child, pediatric and child health nursing

ÍNDICE DE ANEXOS | APÊNDICES

ANEXOS	86
ANEXO I – Estrutura Taxonómica do Conforto, da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba	87
ANEXO II – Parecer da Comissão de Ética da UE para a realização do projeto “Promoção do conforto no recém-nascido, criança, jovem e família: Atuação do enfermeiro especialista em contexto de saúde-doença”	89
ANEXO III – Escala de dor NIPS.....	91
APÊNDICES	93
APÊNDICE I – Questionário de aplicação às equipas de enfermagem	94
APÊNDICE II – A promoção do conforto no recém-nascido	97
APÊNDICE III – Folheto: A promoção do conforto no recém-nascido no domicílio.....	111
APÊNDICE IV – Resultados dos questionários: Caracterização da equipa de enfermagem de neonatologia	114
APÊNDICE V – Resultados dos questionários: Análise de conteúdo dos dados obtidos no serviço de neonatologia	116
APÊNDICE VI – Estudo de Caso.....	123
APÊNDICE VII – Norma de Procedimento: Consultas de Enfermagem do primeiro mês de vida	175
APÊNDICE VIII – Resultados dos questionários: Caracterização da equipa de Enfermagem da UCSP	190
APÊNDICE IX – Resultados dos questionários: Análise de conteúdo dos dados obtidos na UCSP	192

APÊNDICE X – Promoção do conforto na criança e família: Uso de fardas de enfermagem coloridas nos contextos saúde-doença - Revisão sistemática.....196

APÊNDICE XI – Resultados dos questionários: Caracterização da equipa de Enfermagem do serviço de internamento de pediatria.....198

APÊNDICE XII – Resultados dos questionários: Análise de conteúdo dos dados obtidos no serviço de internamento de pediatria.....200

ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – American Psychological Association

DGS - Direção-Geral de Saúde

EACH – European Association for Children in Hospital

ECTS – European Credit Transfer System

EMLA - Eutectic Mixture of Local Anesthetics

NIPS - Neonatal Infant Pain Scale

OE – Ordem dos Enfermeiros

RN – Recém-Nascido

TP – Teste do Pezinho

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – Universidade de Évora

UNICEF – United Nations Children’s Fund

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	9
1. PROMOÇÃO DO CONFORTO NO RECÉM-NASCIDO, CRIANÇA, JOVEM e família: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM CONTEXTO DE SAÚDE-DOENÇA.....	13
1.1. CONFORTO E A TEORIA DO CONFORTO DE KOLCABA	13
1.2. CONCEITOS E MODELOS DO CUIDAR EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA.....	15
1.3. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM CONTEXTO DE SAÚDE E DOENÇA	17
2. PERCURSO DE APRENDIZAGENS: DOS OBJETIVOS ÀS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	21
2.1. METODOLOGIA DE PROJETO.....	21
2.2. ANÁLISE DAS ATIVIDADES DE APRENDIZAGEM	24
2.2.1. Serviço de Neonatologia	26
2.2.2. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	37
2.2.3. Serviço de Internamento de Pediatria	46
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS.....	60
4. CONCLUSÃO	78
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80

0. INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio foi desenvolvido no âmbito do primeiro Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica, criado pelo aviso n.º5622 de 2 de Maio de 2016, 2ª série, nº84 do Diário da República, e tem como objetivo demonstrar o percurso efetuado ao longo do curso e contextos clínicos de estágio, dando resposta ao desenvolvimento e aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010a), competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem da saúde da criança e do jovem (OE, 2010b), e competências de mestre (Decreto-Lei nº63/2016 de 13 de Setembro, 2016).

Com base nos objetivos traçados no ciclo de estudos do Mestrado em Enfermagem em Associação, desenvolvemos o percurso de aquisição de competências. De acordo com o regulamento e funcionamento do Mestrado em Enfermagem, os objetivos são (Universidade de Évora [UE], 2016:4):

- “a. Desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada num domínio de enfermagem, evidenciados em níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde;
- b. Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, com recurso à investigação, a uma prática baseada na evidência e a referenciais éticos e deontológicos;
- c. Capacitar para a governação clínica, a liderança de equipas e projetos, nos diferentes contextos da prática de cuidados;
- d. Contribuir para o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada.”

Concluído o período de estágios importa efetuar uma análise reflexiva sobre o percurso realizado, que proporcionou um crescimento pessoal e profissional, nomeadamente na área temática do projeto realizado ao longo dos contextos de estágio. A **linha de investigação** escolhida foi **“Segurança e Qualidade de Vida”**, e o título do projeto é **“Promoção do Conforto no Recém-nascido, Criança, Jovem e Família: Atuação do Enfermeiro Especialista em Contexto de Saúde-Doença”**.

A promoção da qualidade de vida, nomeadamente das crianças e famílias, é um dever do enfermeiro, segundo o estatuto da OE, no artigo 103º. Este artigo aborda os direitos à vida e à qualidade de vida, através do respeito à “integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual da pessoa”, intervindo na valorização da vida e qualidade de vida, recusando a “participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante” e defendendo a vida humana em todas as circunstâncias. (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015: 8079).

Neste sentido entendemos que a promoção do conforto ao recém-nascido, criança, jovem e família, encontra-se inerente à promoção da qualidade de vida dos mesmos.

O conforto encontra-se intrínseco aos cuidados de enfermagem, e existem várias teorias que abordam o seu conceito, mas existe maior ênfase nas teorias de Leininger, Watson, Morse e Kolcaba. Leininger e Watson, definem o conforto como uma componente do cuidar, enquanto Watson considera que cuidar é um resultado do conforto. Morse e Kolcaba referem que a ação de confortar é uma intervenção de enfermagem, sendo que o resultado esperado é o conforto. Kolcaba criou a teoria de médio alcance na qual o conceito de conforto é operacionalizado (Apóstolo, 2009), tendo sido esta a linha orientadora e equadora do projeto desenvolvido no âmbito dos estágios e que agora apresentamos.

Na teoria do conforto de Katharine Kolcaba “o conforto é definido como a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto” (Dowd, 2002:484), definidas como intervenções de enfermagem realizadas para promover as necessidades de conforto específicas de cada pessoa, numa dimensão holística, através da satisfação dos três tipos de conforto – alívio, tranquilidade e transcendência, nos quatro contextos da experiência – físico, psico-espiritual, social e ambiente (Dowd, 2002). É com base nesta teoria que se fundamenta a realização deste projeto.

A escolha da área temática prendeu-se com o interesse pessoal da estudante, decorrente da experiência pessoal e profissional adquirida até então, no cuidar em pediatria. O bem-estar da criança e família é essencial ao longo do processo de saúde-doença, pelo que o conforto deve ser promovido nos diversos contextos de saúde, desde os cuidados de saúde primários até aos cuidados hospitalares. Promover o conforto à criança/família, é garantir uma maximização do bem-estar do núcleo familiar, potencializando o desenvolvimento infantil saudável, e uma melhoria significativa num processo de doença.

Este projeto apresenta duas vertentes de atuação, tendo como foco as competências de mestre e de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, e foi aplicado no estágio I e estágio final, que decorreram de 2 de maio a 16 de junho de 2017, e de 18 de setembro de 2017 a 27 de janeiro de 2018, respetivamente. O estágio I decorreu num serviço de neonatologia e o estágio final foi realizado em 2 contextos diferentes, a primeira fase (18 de setembro a 29 de outubro de 2017) numa unidade de cuidados de saúde personalizados, e a segunda fase (30 outubro de 2017 a 27 de janeiro de 2018), num serviço de internamento de pediatria.

Uma vertente do projeto foi direcionada aos enfermeiros, tendo sido uma **atividade transversal aos contextos de estágio**, com o objetivo de promover a reflexão individual e coletiva na equipa de enfermagem, relativa à temática, abordando o conhecimento da equipa sobre a promoção do conforto no recém-nascido, criança, jovem e família, bem como a sua atuação em contexto, de modo a identificarem as necessidades de mudança nesta área temática, privilegiando a qualidade dos cuidados prestados ao recém-nascido, criança, jovem e família. Para obter estes resultados, aplicou-se um questionário aos enfermeiros dos diferentes contextos de estágio, acautelando as preocupações éticas inerentes a este tipo de estudo.

A outra vertente do projeto, promoveu a atuação direta da estudante, através do desenvolvimento de **atividades específicas em cada contexto de estágio**, relacionada com os cuidados promotores do conforto no recém-nascido, criança e jovem. Em cada contexto de estágio, seguiram-se as etapas da metodologia de projeto, tendo sido efetuado o diagnóstico de situação através do levantamento de um problema, definidos os objetivos específicos, realizado o planeamento das atividades, implementada uma medida promotora do conforto, com vista à maximização da saúde do recém-nascido, criança e jovem, no núcleo familiar, garantindo uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao longo do processo de saúde-doença.

A organização deste documento obedece às indicações dispostas no regulamento do estágio final e relatório do mestrado em enfermagem, fornecido aos estudantes, e a sua redação e formatação está de acordo com a norma *American Psychological Association (APA)*.

O relatório encontra-se dividido em três grandes partes: introdução, onde são descritos os objetivos do relatório, os objetivos do mestrado, a contextualização do tema e apresentação sucinta do projeto contextualizado o tema e a problemática em estudo; desenvolvimento, que se encontra subdividido em três capítulos: no primeiro capítulo – Promoção do conforto do recém-nascido, criança,

jovem e família: Atuação do enfermeiro especialista em contexto de saúde-doença, apresenta-se o enquadramento e fundamentação teórica sobre a temática escolhida; no segundo capítulo – Percurso de aprendizagens: dos objetivos às atividades desenvolvidas, encontra-se descrito a metodologia de projeto e análises dos contextos tendo em conta os objetivos e as atividades desenvolvidas; no terceiro capítulo – Análise reflexiva sobre as competências adquiridas e desenvolvidas, é realizado uma análise reflexiva sobre a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, bem como as competências de mestre; na conclusão, é realizada a síntese do percurso, analisada a consecução dos objetivos iniciais e são traçados caminhos futuros de desenvolvimento.

1. PROMOÇÃO DO CONFORTO NO RECÉM-NASCIDO, CRIANÇA, JOVEM E FAMÍLIA: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM CONTEXTO DE SAÚDE-DOENÇA

Neste capítulo apresentamos de forma sumária, a fundamentação teórica que norteou o nosso percurso ao longo do estágio. Definimos o conceito de conforto e a teórica que sustenta este projeto, articulando com os conceitos e modelos de cuidados de enfermagem pediátrica, bem como outras referências teóricas que consideramos complementares a este percurso.

1.1. CONFORTO E A TEORIA DO CONFORTO DE KOLCABA

A literatura demonstra que o conforto é um conceito que tem sido identificado como um elemento inerente aos cuidados de enfermagem, pois encontra-se vinculado com a sua origem e tem vindo a assumir ao longo do tempo, uma importância significativa nas ciências da saúde e da enfermagem em particular (Apóstolo, 2009).

O termo conforto deriva do latim confortare, que significa “restituir as forças físicas, o vigor e a energia; tornar forte, fortalecer, revigorar” (Apóstolo, 2009: 62).

Antes da década de 50, o conforto havia sido reconhecido como uma estratégia fundamental nos cuidados de enfermagem, no entanto, nas décadas de 60, 70 e 80 o conforto tornou-se cada vez menos um objetivo dos cuidados de enfermagem, elevando os cuidados físicos como prioridade. Os estudos indicam que talvez os avanços da técnica que permitiram melhorar a medicina, tenham sido os responsáveis pela menor importância dada ao conforto até à década de 80, uma vez que o foco era a cura dos doentes (Apóstolo, 2009).

Ainda assim, em 1980 Janice Morse, iniciou um conjunto de estudos que deram visibilidade ao conceito de conforto no contexto de enfermagem, e **Katharine Kolcaba** em 1990, dedica-se à sua concetualização e operacionalização, criando a **teoria de enfermagem sobre o conforto**, a qual tem sido cada vez mais conhecida e utilizada pelos enfermeiros (Apóstolo, 2009).

Sousa (2014), refere que o estado de conforto é mais do que o alívio do desconforto, destaca que o conforto é promovido através das intervenções de enfermagem, sendo que confortar é a ação e o

conforto é o resultado da intervenção. O conforto tem um significado diferente para cada pessoa, mas apresenta uma definição comum que é a procura da satisfação das suas necessidades individuais (Sousa, 2014).

A definição de conforto e bem-estar por vezes podem ser utilizados como sinónimos, pelo que importa clarificar o significado de cada conceito. O bem-estar é a ausência de doença, sintomas e problemas/desconfortos, resultando num “estado de satisfação plena em resposta às exigências do corpo e/ou espírito, e uma sensação de segurança, conforto e tranquilidade” (Sousa, 2014: 43). O conforto é a medida de alívio desses desconfortos (Sousa, 2014).

A Teoria do Conforto de Kolcaba é uma teoria de médio alcance, na qual Kolcaba definiu os conceitos metapradigmáticos de Enfermagem, Doente, Ambiente e Saúde. A Enfermagem é definida como “a apreciação intencional das necessidades de conforto, a concepção das medidas de conforto para abordar essas necessidades e a reapreciação dos níveis de conforto (...)”, o Doente é definido como “quem recebe os cuidados, podem ser indivíduos, famílias, instituições ou comunidades que necessitem de cuidados de saúde”, o Ambiente é definido como “qualquer aspeto do doente, família, ou meios institucionais que podem ser manipulados pela(s) enfermeira(s) ou pelos entes queridos para melhorar o conforto” e por fim a Saúde é definida como “o funcionamento ótimo, conforme definido pelo paciente ou grupo (...)” (Dowd, 2002: 485-486).

Kolcaba define o conforto como a condição experimentada pelas pessoas que recebem medidas de conforto (Dowd, 2004), sendo um estado em que as necessidades básicas relativas aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência, estão satisfeitas (Kolcaba & DiMarco, 2005). O alívio é considerado o estado em que uma necessidade foi satisfeita, restabelecendo a pessoa no seu funcionamento habitual. A tranquilidade é designada como o estado de calma e satisfação, para a promoção de um desempenho eficiente. A transcendência define-se como um estado em que a pessoa sente que tem competências para planear, controlar a sua vida e resolver os seus problemas. Este tipo de conforto é também designado de renovação (Kolcaba & DiMarco, 2005).

Estes três estados de conforto definidos por Kolcaba, desenvolvem-se em **quatro contextos**: contexto **físico** que diz respeito às sensações corporais; contexto **sociocultural** que envolve as relações interpessoais, familiares e sociais; contexto **“psicoespíritual”** que inclui a autoestima, autoconceito, sexualidade; e contexto **ambiental** que envolve aspetos como a luz, barulho, equipamento tipo mobiliário, cor, temperatura, e elementos naturais ou artificiais do meio (Kolcaba & DiMarco, 2005).

Posto isto, Kolcaba utiliza uma estrutura taxonômica do conforto (ANEXO I), onde estão inseridos os três tipos de conforto e os quatro contextos nos quais ocorre o conforto, que revela a forma total do conforto holístico (Dowd, 2002).

Segundo Kolcaba & DiMarco (2005), a aplicação da estrutura taxonômica da Teoria de Conforto de Kolcaba em pediatria é possível e satisfatória para a criança, família e enfermeiros.

O confortar é um dos princípios científicos e humanístico realizado pelos enfermeiros (Apóstolo, 2009), que se vêem no dever de prestar atenção aos pormenores que influenciam o conforto das pessoas (Dowd, 2002), intervindo neste sentido com o objetivo de aumentar o conforto a quem cuidam, promovendo a tranquilidade e o alívio de stress, de modo a que o cliente se sinta confortado (Apóstolo, 2009), pois o conforto é o resultado dos cuidados de enfermagem universalmente desejável, pelas pessoas (Dowd, 2002).

O Enfermeiro deve procurar conhecer as necessidades físicas, socioculturais, psicoespirituais e ambientais da criança e família, de modo a conceber intervenções de conforto, com vista à obtenção do conforto da criança e família nos estados que Kolcaba define como alívio, tranquilidade e transcendência, nos contextos de intervenção de saúde e doença.

A promoção do conforto nas crianças e famílias, é uma preocupação dos enfermeiros, na medida em que procuram implementar estratégias de prevenção e diminuição do desconforto. A saúde da criança é de extrema importância para a família, pelo que em caso de crise de doença, vivem-se momentos de grande ansiedade, e a maior necessidade da criança e família é encontrar o conforto, pelo que este é um resultado positivo que se encontra intimamente ligado à satisfação das pessoas relativamente às instituições de saúde (Kolcaba & DiMarco, 2005).

1.2. CONCEITOS E MODELOS DO CUIDAR EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

Para além da teoria do conforto, consideramos fundamental fazer referência a outros modelos de cuidados à criança e família: o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, a teoria de cuidados centrados na família e o modelo de cuidados não traumáticos.

A Convenção dos Direitos da **Criança** define criança “*como todo o ser humano com menos de dezoito anos*” (United Nations Children's Fund, [UNICEF], 1990:6) e destaca a importância da **família**

como sendo “elemento natural e fundamental da sociedade e meio natural para o crescimento e bem-estar de todos os seus membros, e em particular das crianças”, pelo que “deve receber a proteção e a assistência necessárias para desempenhar plenamente o seu papel na comunidade” (UNICEF, 1990:3).

Neste sentido a família deve constituir-se como parceira nos cuidados de enfermagem. O **Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey**, apresentado em 1988, refere que os pais são os melhores prestadores de cuidados da criança, no sentido que podem proporcionar o seu crescimento e desenvolvimento, protegendo-o com afeto (Casey, 1993).

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem tem como propósito “o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre, hospitais, centros de saúde, escola, comunidade, instituições de acolhimento, cuidados continuados e casa, de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível” (OE, 2011:10).

No **conceito do cuidado centrado na família**, o enfermeiro é um parceiro no cuidado, pelo que são desafiados a integrar as preferências da família e da criança, com a finalidade de diminuir a tensão, os efeitos negativos da hospitalização, maximizando os seus benefícios, proporcionando o conforto e apoio total (Sanders, 2014).

Com os cuidados centrados na família pretende-se alcançar os resultados desejados para a criança, através da colaboração entre a equipa de cuidados de saúde e a família, pois sabe-se que a família é essencial para a saúde e bem-estar das pessoas (Sanders, 2014).

O **conceito de cuidados não traumáticos**, muito utilizado no cuidar em pediatria, defende que os profissionais devem fornecer cuidados terapêuticos, através de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pelas crianças e família, em contexto de saúde e/ou doença. O desconforto psicológico inclui a ansiedade, medo, raiva, desânimo, tristeza, vergonha ou culpa. O desconforto físico inclui sonolência, imobilização, distúrbios desencadeados por estímulos sensoriais como dor, temperaturas extremas, ruídos fortes, luzes brilhantes ou escuridão (Hockenberry, Barrera, 2014).

Para atingir o objetivo primordial da prestação de cuidados não traumáticos, deve-se ter em conta os três princípios que sustentam este conceito: prevenir ou minimizar a separação da criança e da

sua família, promover uma sensação de controle, e prevenir ou minimizar a lesão corporal e a dor (Hockenberry, Barrera, 2014).

Com base nestes conceitos, procuramos encontrar o cuidar de enfermagem, sensível e competente às crianças e suas famílias, promovendo o seu bem-estar e conforto nos diferentes contextos de saúde e doença, que possam vivenciar, tal como a ida ao centro de saúde para consulta de desenvolvimento infantil, bem como uma crise de doença com necessidade de hospitalização.

1.3. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM CONTEXTO DE SAÚDE E DOENÇA

As crianças são particularmente vulneráveis ao processo de hospitalização, pois as crises de doença representam uma mudança do estado de saúde habitual o que gera stress e alteração da rotina habitual, e as crianças têm menos mecanismos de defesa para gerir o stress, que o adulto (Sanders, 2014).

Kolcaba, considerou o conforto como um estado resultante das intervenções de enfermagem para aliviar ou eliminar o stress. No caso da criança e família é necessário o conforto ser avaliado, uma vez que o processo de hospitalização é gerador de grande ansiedade e desconforto para os mesmos (Kolcaba & DiMarco, 2005).

Os principais fatores que promovem o stress e o desconforto à criança durante o processo de hospitalização são a ansiedade de separação dos pais, o medo do desconhecido, a perda do controle e autonomia, a lesão corporal que resulta em desconforto e dor, e o medo da morte (Sanders, 2014).

A família nuclear também é afetada durante o processo de hospitalização, pois a doença infantil e a hospitalização são das maiores fontes de stress para os pais, que expressam como sentimentos comuns o medo, ansiedade e frustração (Sanders, 2014).

O enfermeiro em pediatria é responsável pela promoção do bem-estar e conforto da criança e família, pelo que deve atuar nesse sentido, diminuindo os efeitos negativos da hospitalização, através dos recursos disponíveis, promovendo os benefícios desta experiência (Hockenberry, Barrera, 2014).

Os processos de saúde-doença na criança são caracterizados inevitavelmente por vivências de medo. Estes medos são relativos à informação do seu prognóstico, do seu processo de hospitalização, do desconhecido e dos enfermeiros e médicos - também conhecido como a síndrome da bata branca (Diogo, Vilelas, Rodrigues, Almeida, 2016).

Os enfermeiros ajudam a gerir os medos, através de estratégias confortantes e privilegiam o envolvimento e a presença dos pais na gestão dos medos, pois é relevante garantir um processo de cuidados humanizados e afetivo, com intervenções que minimizem o desconforto e o sofrimento físico e emocional à criança e família, (Diogo, Vilelas, Rodrigues, Almeida, 2016), sustentadas no conceito do cuidado centrado à família e no conceito dos cuidados não traumáticos.

Carnevale & Gaudreault (2013), realizaram um estudo numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), de um hospital pediátrico no Canadá, onde questionaram as crianças quais eram as fontes de desconforto e conforto para as mesmas. A amostra foi de 12 crianças entre os 3 e 17 anos de idade.

Relativamente às **fontes de desconfortos** as crianças referiram, os medos e preocupações, que relacionaram com a existência de monstros, a não compreensão do que estava a acontecer, pesadelos, mudanças na própria aparência, preocupação com as outras crianças doentes e consigo próprias, dor, a existência de “tubos” na própria criança e unidade, mobilidade limitada, falta de pessoas significativas, principalmente ausência dos pais, ruídos (choro de bebe, alarmes), restrições alimentares, o tédio, sintomas físicos (náuseas, tonturas). Os adolescentes englobaram, ainda, nas fontes de desconforto, não ver os amigos, não ter acesso a tecnologias de comunicação como as mensagens de texto ou facebook (Carnevale & Gaudreault, 2013).

As **fontes de conforto**, por sua vez, encontravam-se diretamente relacionadas com a resolução dos desconfortos supramencionados. As fontes de conforto mais referidas foram as relações interpessoais, nomeadamente com os pais, visitantes e amigos, bem como a equipa do hospital, principalmente enfermeiros, pela sua presença, bondade, prestação de cuidados de qualidade e humanizados, administração de analgesia, oferecer alimentação e até mesmo presentes. Outras fontes de conforto relacionadas com o hospital foram os doutores palhaços, musicoterapia, terapeutas e médicos. A permissão da criança poder ficar com o seu peluche preferido, também foi mencionada como uma fonte de conforto (Carnevale & Gaudreault, 2013).

No caso do recém-nascido (RN), os cuidados devem responder às necessidades do mesmo, que envolve a promoção do conforto e estabilidade, reduzindo o stress causado por intervenções ambientais e terapêuticas (OE 2013). “A identificação de fatores de desconforto e a sua minimização deve ser valorizada.” (OE, 2013:18).

A promoção do conforto encontra-se muitas vezes relacionado com o alívio da dor no RN (OE, 2013), mas segundo a teoria de Kolcaba, envolve outros contextos, para além do físico, para atingir o alívio, a tranquilidade e a transcendência que descrevem o conforto, tais como o contexto psico-espiritual, social e ambiental (Dowd, 2002).

Assim, destaca-se como intervenções promotoras do conforto do RN: Redução da incidência de luzes sobre o RN; (OE, 2013; Roldão, 2017); Redução do ruído ambiental – promover silêncio, evitando conversas desnecessárias e diminuindo alarmes sonoros dos monitores em caso de hospitalização; (OE, 2013; Roldão, 2017); Preservação dos períodos prolongados de sono e repouso; (OE, 2013; Roldão 2017); Posicionamento adequado do RN – colocação de contenção em “ninhos” que promovem a sua organização comportamental e utilização de rolos de posicionamento; (OE, 2013; Roldão, 2017); Organização e concentração das manipulações no RN – organizar os cuidados a prestar ao RN, evitando constantes manipulações; (OE, 2013; Roldão 2017); Massagem terapêutica; (OE, 2013; Cruz & Caromano, 2005); Embalo e “colinho”; (OE, 2013; Wheeler, 2014); Contacto físico dos pais com o RN (OE, 2013; Wheeler, 2014); Método canguru – reduz significativamente a duração do choro, a atividade comportamental e diminuição da frequência cardíaca em RN prematuros; (OE, 2013; Roldão, 2017; Wheeler, 2014); Sucção não nutritiva – está descrito que o uso da chupeta inibe a hiperatividade e modula o desconforto do RN (OE, 2013; Roldão, 2017); Sacarose a 24% - utilizada durante a punção venosa para colheitas ou para colocação de perfusão. Verifica-se expressão facial tranquila e diminuição do tempo de choro no RN (OE, 2013; Roldão, 2017); O leite materno – além dos benefícios nutricionais e afetivos para o RN, também pode ser utilizado na promoção do conforto (OE, 2013, Roldão, 2017).

Como enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde da criança e jovem, as intervenções promotoras do conforto, são uma preocupação, na maximização do potencial de desenvolvimento e na gestão do bem-estar da criança e família em situações de especial complexidade, em qualquer altura do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e jovem. Os cuidados especializados implicam uma gestão diferenciada do bem-estar e da dor da criança/jovem, assistindo a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde (OE, 2010b).

A carta da criança hospitalizada (1988) defende que as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo no processo de hospitalização, pois os melhores cuidados são um direito fundamental (European Association for Children in Hospital [EACH], 1988). Enquanto enfermeiros devemos garantir que esse direito seja salvaguardado, através da prestação de cuidados humanizados e não-traumáticos.

Na procura da excelência dos cuidados prestados, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, determina os mais elevados níveis de satisfação da criança, jovem e família. Neste sentido os especialistas devem procurar concretizar atividades que visem a minimização do impacto dos fatores stressores relacionados com a hospitalização, bem como intervenções que contribuam para o aumento do bem-estar da criança/jovem e da gestão da dor, através de medidas farmacológicas e não-farmacológicas, como descrito no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados especializados em Enfermagem da saúde da criança e do jovem (OE, 2011).

2. PERCURSO DE APRENDIZAGENS: DOS OBJETIVOS ÀS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Neste capítulo iremos apresentar o percurso desenvolvido desde o estágio I ao estágio final. Pretendemos definir a metodologia de projeto utilizada, explicando a atividade transversal ao longo dos diferentes contextos e as atividades específicas de cada contexto. Para além da metodologia de projeto, pretendemos demonstrar o percurso de aprendizagens realizado em cada local de estágio, que nos permitiu a aquisição e desenvolvimento das competências de mestre e especialista em enfermagem da saúde da criança e jovem.

2.1. METODOLOGIA DE PROJETO

A metodologia de projeto tem como objetivo principal promover uma resolução eficaz do problema levantado, permitindo a aquisição de capacidades e competências, pela elaboração e concretização de projetos em contexto real. O trabalho de projeto é de extrema importância para o estudante nos contextos de estágio pois permite uma ligação dinâmica entre a teoria e a prática, contribuindo para o desenvolvimento específico das suas competências (Ferrito, Nunes, Ruivo, 2010).

As fases da metodologia de projeto são o **diagnóstico e definição de objetivos; planeamento; execução; avaliação e divulgação** (Ferrito, Nunes, Ruivo, 2010). Foi com base nestas etapas que foram desenvolvidas as atividades específicas em cada contexto de estágio.

A primeira etapa da metodologia de projeto é então o **diagnóstico da situação**, que visa a elaboração da descrição da situação-problema identificada da realidade sobre a qual se pretende intervir e criar mudanças. O levantamento da área temática deverá ser abrangente, e nos contextos o pretendido será desenvolver o projeto relacionado com a área temática, identificando as necessidades de mudança do contexto real (Ferrito, Nunes, Ruivo, 2010).

A **definição dos objetivos** inclui desde o objetivo geral ao mais específico. Estes assumem-se como ações a realizar, e devem ser elaborados de forma clara, consoante os problemas identificados. Os objetivos gerais fornecem indicação acerca daquilo que o formando deverá ser capaz de realizar após o seu percurso formativo. Os objetivos específicos são indicadores de conhecimentos e aptidões que os formandos devem adquirir ao longo do seu processo formativo (Ferrito, Nunes, Ruivo, 2010).

Na fase do **planeamento**, é elaborado um plano detalhado do projeto, onde inclui a calendarização das atividades, o desenvolvimento do cronograma do projeto, é um processo interativo que determina as datas de início e de fim planeadas para as respetivas atividades a desenvolver durante o projeto, que podem ser alteradas consoante o necessário (Ferrito, Nunes, Ruivo, 2010).

A etapa da **execução** da metodologia de projeto, coloca em prática tudo o que foi planeado. É realizado uma colheita de dados, que posteriormente serão tratados, preparando-se a ação a desenvolver, com a finalidade de encontrar a resolução do problema previamente levantado (Ferrito, Nunes, Ruivo, 2010).

A fase de **avaliação** do projeto poderá ter vários momentos. A avaliação intermédia que decorre simultaneamente com a fase da execução do projeto, sendo que o orientador e professor têm um papel importante para a concretização do mesmo. E a avaliação final, que decorre em simultâneo com a avaliação de todo o processo e do produto do projeto (Ferrito, Nunes, Ruivo, 2010).

A **divulgação dos resultados** obtidos, é uma fase bastante importante do projeto e será realizada através da redação desde relatório, pois iremos dar a conhecer a pertinência do projeto e as fases percorridas no encontro da resolução do problema identificado.

A área temática deste projeto foi a “Promoção do Conforto no Recém-nascido, Criança, Jovem e Família: Atuação do Enfermeiro Especialista em Contexto de Saúde-Doença”. Neste âmbito, decidimos desenvolver uma atividade transversal nos diferentes contextos de estágio, e atividades específicas para cada local de estágio, respeitando todas as fases da metodologia de projeto.

A **atividade transversal aos diferentes contextos de estágio**, consistiu no conhecimento da perspetiva da equipa de enfermagem sobre a área temática e operacionalização do conceito de conforto, segundo a teoria de Katharine Kolcaba. O problema levantado prende-se com o facto do conforto ser uma condição compreendida como inerente aos cuidados de enfermagem, o que por vezes faz com que não seja bem definido e operacionalizado, promovendo a não visibilidade da promoção do conforto como resultado positivo das intervenções de enfermagem.

O objetivo geral desta atividade foi promover a reflexão individual e coletiva relativa à temática na equipa de enfermagem, abordando o conhecimento da equipa de enfermagem sobre a promoção do conforto no recém-nascido, criança e jovem e família, bem como a identificação das intervenções

promotoras de conforto, de modo a compreender as necessidades de mudança nesta área temática, em cada contexto específico, privilegiando a qualidade dos cuidados prestados ao recém-nascido, criança, jovem e família.

Neste sentido, os objetivos específicos deste questionário foram: identificar o conhecimento da equipa de enfermagem sobre o conforto (questão 1); compreender a importância do conforto no recém-nascido, criança, jovem e família na perspetiva do enfermeiro (questão 3) e as intervenções utilizadas na prestação de cuidados, tendo em conta os quatro contextos do conforto definidos por Kolcaba na teoria do conforto (questão 2); e conhecer o impacto desta área temática na qualidade dos cuidados prestados ao recém-nascido, criança, jovem e família na perspetiva do enfermeiro (questão 4).

Para obter estes resultados, aplicámos um questionário (APÊNDICE I) às equipas de enfermagem nos diferentes contextos de estágio. As questões presentes no questionário foram desenhadas com base no enquadramento teórico sobre a temática do conforto na criança e família, a priori à colheita de dados, suportadas pela teoria do conforto operacionalizada por Katharine Kolcaba.

O seu preenchimento foi de carácter voluntário, não existindo qualquer malefício e/ou prejuízo para os participantes. Os dados obtidos destinaram-se a ser utilizados exclusivamente para este projeto e às atividades académicas e de investigação relacionadas com o mesmo. O anonimato e confidencialidade dos participantes foram assegurados, e a aplicação dos questionários, devidamente autorizados pelas instituições e com parecer favorável da comissão de ética da UE (ANEXO II).

Os dados obtidos na caracterização da equipa foram submetidos a tratamento estatístico descritivo com recurso ao programa Microsoft Office Excel®, e os resultados obtidos das quatro questões abertas, foram submetidos a análise de conteúdo.

A análise de conteúdo é uma técnica de organização e análise dos dados qualitativos, obtidos num processo de comunicação, seja ele verbal ou por escrito (Cavalcante, Calixto, Pinheiro, 2014). O objetivo consiste em qualificar as vivências do inquirido, bem como as suas perceções sobre determinado objeto e fenómenos (Bardin, 1977).

A técnica de análise de conteúdo escolhida foi a análise categorial. “A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e,

seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia) ” (Bardin, 1977: 117) As categorias, são classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registo) sob um título genérico (Bardin, 1977).

As **atividades específicas de cada local de estágio**, diz respeito à outra vertente do projeto, que implicou atuação direta da estudante na promoção de cuidados de conforto ao recém-nascido, criança, jovem e família. Em cada local de estágio reunimos com o professor, enfermeiro chefe e orientador, para validar a importância de ser trabalhada esta temática, bem como a pertinência para o contexto, o que veio complementar o diagnóstico de situação realizado através da observação e revisão de literatura realizada.

Após esta fase foram delineados os objetivos específicos da atividade e planeadas as intervenções a desenvolver para implementar uma medida promotora do conforto, com vista à maximização da saúde do recém-nascido, criança e jovem, no núcleo familiar, garantindo uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao longo do processo de saúde-doença.

Este projeto foi desenvolvido no estágio I e estágio final, que decorreram de 2 de maio a 16 de junho de 2017, e de 18 de setembro de 2017 a 27 de janeiro de 2018, respetivamente. O estágio I decorreu num serviço de neonatologia e o estágio final foi realizado em 2 contextos distintos. A primeira fase (18 de setembro a 29 de outubro de 2017) numa unidade de cuidados de saúde personalizados, e a segunda fase (30 outubro de 2017 a 27 de Janeiro de 2018), num serviço de internamento.

2.2. ANÁLISE DAS ATIVIDADES DE APRENDIZAGEM

A unidade curricular de estágio I, foi desenvolvida num contexto de unidade de neonatologia, com uma carga horária de 216 horas de trabalho, sendo que 129 horas foram de contacto (5h de orientação tutorial e 124 horas de estágio), que corresponde a um total de 8 *European Credit Transfer System* (ECTS). Este contexto decorreu de 2 de maio a 16 de junho de 2017 (UE, 2017a).

A unidade curricular de estágio final, foi desenvolvida em dois contextos diferentes, com uma carga horária de 648 horas de trabalho, sendo que 388 horas foram de contacto (336 horas de estágio, 14 horas de orientação tutorial e 38 horas de orientação do relatório), que corresponde a um total de 24 ECTS. O primeiro contexto de estágio foi numa unidade de cuidados de saúde personalizados no período de 18 de setembro a 29 de outubro de 2017, e o segundo contexto de estágio foi num serviço de internamento de pediatria no período de 30 de outubro de 2017 a 27 de Janeiro de 2018 (EU, 2017b)

Estas unidades curriculares fazem parte integrante do curso de mestrado em enfermagem e ocorre em contexto de prestação de cuidados, complementando a formação teórica anteriormente realizada e oferecendo oportunidade ao estudante de contactar com diferentes realidades do cuidar em pediatria.

As unidades curriculares de estágio I e estágio II foram delineadas “no cumprimento dos requisitos que se colocam para a aquisição do grau de mestre e da atribuição, pela Ordem dos Enfermeiros, do título de especialista” (UE, 2017a:1). Assim, os objetivos de aprendizagem formulados foram (UE, 2017b:1):

“Evidenciar capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica; Fundamentar as decisões com base na teorização e na evidência científica; Descrever e avaliar o desenho e a implementação de um projeto; Apresentar um relatório, com consequente discussão em provas públicas”

Nestas unidades curriculares pretende-se (UE, 2017b:1):

Desenvolver o conhecimento e competências científicas, técnicas e humanas que visem a abordagem da criança/jovem e família ao longo do seu ciclo de vida, numa perspetiva de prestação de cuidados em resposta ao processo de crescimento e desenvolvimento e à maximização da sua saúde; Desenvolver, mobilizar e integrar as competências científicas, técnicas e humanas para o planeamento, execução e gestão de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade.

Fundamentados nos objetivos das unidades curriculares e nos objetivos de aprendizagem, delineados pelo Mestrado em Enfermagem em Associação, bem como das competências definidas pela OE para o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica a atingir, definimos como **objetivos gerais** transversais aos três contextos de estágio: **Desenvolver competências como enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica na prestação de cuidados especializados à criança e família, em contextos de intervenção distintos; Integrar a promoção do conforto nos cuidados de enfermagem ao recém-nascido, criança, jovem e família, de acordo com a teoria do conforto de Katharine Kolcaba, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.**

Em seguida, abordaremos os diferentes contextos de estágio, apresentando o motivo da escolha dos locais, o diagnóstico de situação efetuado na fase inicial de cada contexto, que inclui a caracterização sumária de cada contexto no que se refere à organização e aos cuidados de enfermagem no âmbito da promoção do conforto. De seguida expomos os objetivos específicos e atividades desenvolvidas atendendo às necessidades formativas pessoais e às particularidades específicas de cada contexto. Por fim realizamos uma síntese do percurso efetuado em cada local de estágio.

2.2.1. Serviço de Neonatologia

Após o nascimento, é expectável pelos pais, que o filho regressasse ao domicílio, após um curto espaço de tempo de internamento. Quando isso não acontece, e existe necessidade de internamento do recém-nascido numa unidade de neonatologia, a família necessita de reestruturar a sua nova realidade e o recém-nascido de se adaptar a um infindável número de fatores externos. O enfermeiro especialista apresenta um importante papel para que este processo decorra com o menor número de complicações, e da forma mais adequada e tranquila possível.

A escolha deste contexto de estágio prendeu-se com o facto de a neonatologia ser uma área particular da pediatria, que requer conhecimentos muito específicos. Fazendo parte das nossas competências o cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (E2), considerámos que este contexto poderia permitir a aquisição e desenvolvimento de competências no cuidar, neste caso ao recém-nascido e família, em situação especial e de complexidade.

Do ponto de vista estrutural, o serviço encontra-se localizado no 4º piso do hospital, dispondo de quatro áreas distintas no seu interior: uma pequena área na entrada, com lavatório para que os pais e visitais dos RN possam lavar as mãos e colocar o equipamento de proteção individual; uma sala para preparação de terapêutica e do material para a realização dos procedimentos; um espaço com 6 unidades com berço e cadeirão para os pais, dois fraldários e uma banheira para os RN; um espaço onde se encontram 4 incubadoras, sendo 1 delas reservada para utilização em casa de emergência e/ou RN em situação instável, o carro de urgência, o carro com material de enfermagem, o arquivo dos processos dos RN, as secretárias e computadores, que visam auxiliar o trabalho de equipa multidisciplinar, ao mesmo tempo que é possível visualizar a unidade com os berços. Fora do serviço é disponibilizada uma casa de banho com uso único pelos pais, onde podem tomar banho, o “cantinho da amamentação”, onde as mães podem retirar o seu leite, e entregarem no serviço para sua conservação.

A unidade de neonatologia recebe RN até aos 28 dias de vida que provêm maioritariamente da sala de partos, mas também da obstetrícia e do serviço de urgência.

A equipa de enfermagem é composta por 11 enfermeiros, sendo que 9 são enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica. No turno da manhã apresentavam-se três ou dois enfermeiros, no turno da tarde e noite, dois ou um enfermeiro. O método de trabalho utilizado é individual.

No serviço é permitido a mãe permanecer 24 horas e o pai das 8h às 22h. O período das visitas ocorre das 17h00 às 18h00, sendo que apenas é possível a presença de duas pessoas de cada vez, por recém-nascido, incluindo os pais. As visitas só podem ser dos avós e dos irmãos do recém-nascido, não sendo permitidas visitas de outras pessoas.

2.2.1.1. Objetivo específico e atividades desenvolvidas em contexto

O objetivo específico que estipulamos para este contexto foi **“Prestar cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido pré-termo/recém-nascido termo e família, em situação de doença, evidenciando a promoção do conforto”**

Para atingir este objetivo específico, foram planeadas e operacionalizadas as seguintes atividades ao longo do estágio: a) Realização de reunião junto da enfermeira chefe e/ou enfermeira especialista de modo a identificar a necessidade específica do serviço dentro da temática da promoção do conforto no recém-nascido e família; b) Pesquisa bibliográfica na área da promoção de conforto integrada na prestação de cuidados ao RN pré-termo e termo; c) Identificação das estratégias de promoção de conforto utilizadas pela equipa; d) Colaboração e dinamização de atividades inerentes à promoção de conforto; e) Prestação de cuidados diretos ao RN pré-termo / RN em situação de doença, evidenciando a promoção do conforto; f) Elaboração de um estudo de caso recém-nascido e família, evidenciando a promoção do conforto; g) Aplicação do questionário dirigido à equipa de enfermagem, relativo à temática.

Atividades desenvolvidas no âmbito do projeto

Na primeira semana de estágio após conhecer o serviço, consultamos as normas, protocolos e manuais institucionais para conhecer as dinâmicas do serviço, nomeadamente na área da promoção do conforto ao recém-nascido e família. Foram analisados os projetos atuais em vigor e observados os cuidados prestados aos recém-nascidos e família pela equipa de enfermagem, e verificamos que a esta temática era bastante valorizada.

É notória a grande preocupação de toda a equipa na área da promoção do conforto e bem-estar do recém-nascido e família. É privilegiada a integração dos pais nos cuidados ao recém-nascido, existe flexibilidade dos cuidados, vigilância sistemática do conforto no recém-nascido, através da alternância de posicionamentos com rolos e ninhos, no cuidado na redução da luminosidade e ruído, no aquecimento de roupas e fraldas na incubadora para posteriormente serem utilizadas no RN, na organização dos cuidados para diminuir o número de vezes que o RN é estimulado, avaliação e registo da dor do RN bem como medidas não farmacológicas utilizadas.

Existe também uma grande preocupação com a preparação para alta, a qual se inicia precocemente desde a admissão.

“O momento da alta hospitalar simboliza uma nova fase, rica em inseguranças e dúvidas, e, por mais capacitados que os pais estejam, a partir desse momento, eles estarão sozinhos na responsabilidade de cuidar do filho e no desempenho do seu papel parental.” (Roque & Costa, 2014:48). Neste sentido, é importante promover a autonomia dos pais nos cuidados ao RN durante o internamento, de modo a reduzir a ansiedade e a melhorar a autoconfiança dos mesmos, através dos ensinamentos (Raquel & Costa, 2014).

De referir que a unidade tem um manual de procedimentos que se intitula de “promoção do bem-estar do recém-nascido internado na unidade de neonatologia”, onde se encontram normas de procedimento, como: Método de canguru; diminuição do ruído e luminosidade; posicionamento do recém-nascido; massagem do recém-nascido prematuro; promoção de um ambiente favorável ao desenvolvimento do recém-nascido.

Foi realizada uma reunião com a professora, enfermeira responsável e enfermeira orientadora, onde foi apresentado o projeto, e após validação da importância da área temática, foi delineada a

atividade específica que iria ser desenvolvida **neste contexto de estágio**, traçando assim o diagnóstico de situação.

A situação-problema identificada foi relativa à continuidade dos cuidados promotores o conforto ao recém-nascido no domicílio. Neste sentido entendemos que seria necessário uniformizar os ensinamentos aos pais, no momento da alta, sobre a promoção do conforto ao recém-nascido no domicílio. Como objetivos definimos: uniformizar os ensinamentos aos pais sobre a promoção do conforto ao recém-nascido no domicílio; promover o conforto ao recém-nascido no domicílio.

Após o levantamento do diagnóstico de situação e da definição dos objetivos, traçamos um plano das atividades a desenvolver para passarmos à execução do mesmo. Para atingir os objetivos planeou-se a elaboração de uma pesquisa bibliográfica com realização de um trabalho escrito, que serviu de suporte à realização do folheto informativo sobre a promoção do conforto ao recém-nascido no domicílio.

Quanto à execução do trabalho, entre a segunda e a quarta semana de estágio foi realizado uma pesquisa sobre diversas temáticas complementares à promoção do conforto no RN e família, tais como os cuidados centrados na família, a importância do planejamento para a alta, as características do recém-nascido e os cuidados para o desenvolvimento. Depois de elaborar uma fundamentação teórica sobre a temática central e as temáticas complementares, foi desenvolvida uma pesquisa sobre os cuidados promotores de conforto no recém-nascido.

Ao longo da execução deste trabalho, foi apresentado à equipa de enfermagem e discutido melhorias para o projeto, juntamente com a enfermeira orientadora e a professora orientadora, o que foi bastante benéfico para atingir os objetivos.

Entre a quinta e sexta semana de estágio foi desenvolvido uma proposta de folheto sobre a promoção do conforto ao recém-nascido no domicílio, sendo que foi aprovado pela professora orientadora, enfermeira orientadora e enfermeira chefe do serviço.

Ao longo da execução do projeto foram realizados momentos de avaliação, através de uma reunião de avaliação intermédia e uma reunião de avaliação final com a professora orientadora e a enfermeira orientadora, tendo sido importante para a orientação e concretização do projeto.

Na avaliação final foi entregue o produto final do trabalho escrito (APÊNDICE II) e folheto (APÊNDICE III) informativo à enfermeira chefe para poder divulgar o trabalho realizado, seguindo o circuito existente relativo à comunicação e imagem da instituição, e assim conseguimos contribuir para a melhoria dos cuidados prestados no âmbito do conforto ao recém-nascido.

Neste local de estágio, foi elaborado o questionário com a finalidade de ser aplicado às equipas de enfermagem de cada contexto onde iríamos realizar estágio, sendo esta a **atividade transversal ao longo dos contextos**. A aplicação do questionário neste contexto realizou-se na terceira semana de estágio, pois foram necessárias as primeiras duas semanas para a sua elaboração e aprovação.

Dos 11 questionários entregues foram devolvidos 9 (taxa de retorno de 82%). No que diz respeito à **caracterização geral da equipa** (APÊNDICE IV), apresenta uma média de idade de 45 anos, sendo na totalidade do género feminino. Verificamos que 66,7% (n=6) dos inquiridos detêm especialidade em saúde infantil e pediátrica e uma média de 22,2 anos em tempo de experiência profissional e 16,1 anos de tempo de exercício profissional no serviço de neonatologia.

Quanto à **definição de conforto** a equipa é unânime em considerar que o conforto está relacionado com o bem-estar da criança. No entanto existem elementos que também consideram que o conforto se encontra relacionado com o posicionamento e o contacto físico, desenvolvimento neuro-sensorial, relação com os pais e fáceis do RN.

“bem-estar.” (QI:2, QII:2, QIII:2, QIV:2, QV:2, QVI:2, QVII:2, QVIII:2-3, QIX: 2)

“(…)posicionamento correto, bem aninhado(…)” (QII:2-3)

“(…) toque (…)” (QVI:3)

“(…) promoção do desenvolvimento neuro-sensorial adequado ao RN” (QIII:2-3)

“(…), de modo a promover um desenvolvimento neurosensorial adequado” (QV:3-4)

“(…) presença dos pais, empatia na relação terapêutica, disponibilidade e suporte nos cuidados (QVI:3-5);

“(…)bom relacionamento da tríade RN/Pais” (QVII:3-4)

“(…)facies de conforto.” (QII:3)

Quando questionada sobre as intervenções de enfermagem promotoras de conforto, nos diferentes contextos do conforto, a equipa de enfermagem, referiu que a promoção do conforto no contexto **físico** é realizada através do posicionamento, contacto pele-a-pele, higiene, sucção não nutritiva e temperatura corporal.

“posicionamento” (QII:8, QIII:8, QIV:8, QV:8, QVI:8, QVII:8, QIX:8)

““(...) método canguru” (QI:8)

“massagem, (...)canguru” (QI:8)

“(...) higiene (...)” (QI:8)

“Dar banho” (QVIII:8)

“(...) chucha, sacarose,” (QI:8)

“(...)aquecimento de roupa e fraldas, (...)” (QIV:8)

“(...)ambiente” (QVII:8)

No contexto **psicoespiritual** as intervenções referidas foram o contacto pele-a-pele, relaxamento, cuidados aos pais e permissão de visitas. Neste contexto não se obteve resposta do inquirido que pertence o QI.

“Método canguru” (QIII:9, QV:9)

“Técnica de relaxamento (...)” (QVII:9, QVIII:9, QIX:9)

“diálogo” (QII:9)

“Respeito pela cultura/religião da família, promoção da esperança” (QIV:9)

“(...) diálogo com os pais” (QVII:9)

“(...) conversa com os pais” (QIX:9)

“(...)visita dos irmãos(...)” (QVI:9)

No contexto **ambiental** as intervenções são as técnicas de relaxamento ambiental, diminuição da luz e ruído e conforto ambiental.

“Música” (QI:10)

“(…) música calma” (QVI:10)

“Diminuição luz e ruído” (QII:10)

“Diminuição do ruído e luminosidade” (QIII:10)

“Diminuição do ruído e luminosidade” (QIV:10)

“Diminuição do ruído e luminosidade” (QV:10)

“Ruído, luminosidade” (QVII:10)

“Promover conforto” (QVIII:10)

“luminosidade, ruído” (QIX:10)

“Promover conforto” (QVIII:10)

No contexto **social** as intervenções mencionadas foram o apoio aos pais e família, organização dos cuidados, contacto físico, visitas da família e trabalho em equipa.

“Apoio aos pais” (QI:11)

“Encaminhamento” (QII:11)

“Promoção da permanência e participação dos pais nos cuidados (...)” (QIV:11)

“Atenta às necessidades do RN/família” (QVII:11)

“Preparar família para a alta” (QVIII:11)

“necessidades da família e do RN” (QIX:11)

“Manipulação mínima” (QIII:11, QV:11)

“(…) massagem” (QIII:11)

“(…)Permissão da visita dos irmãos e avó” (QIV:11)

“Intervenção multidisciplinar com os parceiros (...)” (QVI:11)

Quanto à **relevância do contexto no qual ocorre o conforto** a equipa divide-se entre o físico e todos, sendo que dois elementos referem o ambiental como mais relevante.

“Físico, porque um internamento nestas unidades acarretam muitas intervenções dolorosas” (QI:14)

“Físico porque promove conforto e bem-estar” (QII:14-15)

“(…) física (...), pelos benefícios que acarreta o desenvolvimento neurocomportamental” (QIV:15-16)

“Físico pela idade prematura” (QVII:14)

“Todos. Eles contribuem de igual forma para a promoção do desenvolvimento neurosensorial do RN, que por sua vez promove conforto/bem-estar” (QIII:14-15)

“(…) todos, contribuem de igual forma para a promoção do bem estar e conforto do RN e sua família de modo a conduzir a uma alta mais precoce possível” (QV:14-17)

“(…) todos os contextos se complementam entre si, ou seja, um RN confortável tem os pais presentes confortáveis tendo em conta as intervenções de enfermagem a nível físico, espiritual, ambiental e social.” (QVI:14-17)

“Todos eles são importantes, porque se complementam” (QVIII:14-15)

“(…)e ambiental, pelos benefícios que acarreta o desenvolvimento neurocomportamental” (QIV:15-16)

“ambiental, pois o ruído é muito prejudicial para o desenvolvimento psicomotor do RN assim como a luminosidade” (QIX:14-16)

A equipa foi unânime em considerar que a **promoção do conforto é um ganho em saúde na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem** prestados ao recém-nascido, criança, jovem e família, justificando que apresenta vantagens no desenvolvimento do RN, vantagens no

desenvolvimento das competências parentais, nos cuidados de enfermagem de excelência, e na redução do sofrimento no RN (APÊNDICE V).

“Promove um desenvolvimento neurosensorial correto” (QII:22-23)

“Diminuição dos dias de internamento. Diminuição das comorbilidades. Promove alta precoce(...)” (QIII:22-23)

“O aumento do conforto promove o bem-estar e conseqüente desenvolvimento neurológico. Permite um maior aumento do peso e autonomia.” (QIV:22-24)

“Através do conforto existe uma promoção do desenvolvimento adequados; diminuindo as alterações subjacentes à patologia(...)” (QV:22-24)

“Principalmente no RN pré-termo que cada vez mais os cuidados para o desenvolvimento e a diminuição de sequelas são uma prioridade, o conforto é um bem que devemos ter sempre em consideração numa situação de internamento e em RN/crianças com necessidades especiais.” (22-25)

“Com a presença do conforto o RN vai ter um bem estar permitindo um desenvolvimento mais harmonioso.” (QIX:22-24)

“Promove (...) a autonomia do RN/pais” (QIII:24)

“Promove a esperança e as competências parentais.” (QIV:24-25)

“(...) promovendo a vinculação pais/RN. Deste modo dotar os pais de competências, aumentando a autoconfiança dos pais no cuidar, contribuindo para os ganhos em saúde.” (QV:24-25)

“(...)conduzindo a prestação de cuidados para a excelência do cuidar.” (QV:25)

“O conforto é essencial para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.” (24-25)

“Porque reduz o sofrimento” (QI:22)

“O utente quando está confortável, sente-se melhor no seu todo.” (QVIII:22-23)

Os resultados obtidos no questionário, são influenciados pela experiência dos inquiridos na especialidade de neonatologia, pois verificasse que as respostas obtidas quanto à definição do conforto, às intervenções de enfermagem promotoras do conforto, à relevância do contexto de conforto e à importância do conforto na qualidade dos cuidados de enfermagem, são direcionadas para a população específica do serviço de neonatologia, os recém-nascidos pré-termo, termo e a família.

Foi possível compreender que alguns inquiridos consideram as mesmas intervenções para diferentes contextos de conforto, o que nos demonstra que os inquiridos poderão ter diferentes definições sobre os contextos de conforto definidos por Kolcaba.

O fato da equipa ter na sua maioria a especialidade em saúde infantil e pediatria, e uma média elevada de tempo de experiência profissional influencia a qualidade dos cuidados prestados, bem como a visão holística no cuidar do recém-nascido e família, como é notável nas respostas obtidas.

Aprendizagens clínicas e outras atividades desenvolvidas

A prestação de cuidados ao RN e família em situação de doença, foi uma atividade planeada para realizar ao longo deste estágio. A unidade de neonatologia é um serviço com características muito específicas, pelo que existiu necessidade de ir desenvolvendo pesquisas bibliográficas sobre várias patologias, de modo a conseguir mobilizar os conhecimentos prévios adquiridos nas aulas de mestrado, e melhorar a prestação de cuidados ao RN e família.

“O recém-nascido de alto risco é definido como um recém-nascido que apresenta uma maior morbidade e mortalidade do que a média dos recém-nascidos, independentemente da sua idade gestacional e peso ao nascer, geralmente devido às condições ou circunstâncias sobre impostas pelo curso normal dos acontecimentos associados ao nascimento e adaptação à vida extrauterina” (Askin & Wilson, 2014:332)

A transferência de um RN para a neonatologia é uma situação traumática para os pais, pois não é uma situação expectável para os mesmos, e necessitam de se adaptar ao local onde existe múltiplos equipamentos desconhecidos (ventiladores, monitores, incubadoras), e aos cuidados ao RN em situação de doença.

Durante o período de internamento, os pais experimentam emoções como o medo, ansiedade e frustração (Sanders, 2014), sendo um fator de elevado stress para os mesmos e família. Neste sentido torna-se importante adequar os cuidados às necessidades individuais do RN e família, elaborando uma avaliação inicial, planeamento, implementação e avaliação dos cuidados em clima de negociação e parceria com a família, de acordo com os princípios do modelo de parceria de cuidados de Anne Casey (Casey, 1993).

Neste processo importa capacitar os pais na prestação de cuidados específica do RN em situação de doença, evidenciando a promoção do conforto do RN e família, como uma mais-valia na melhoria do estado de saúde do RN.

Durante a prestação de cuidados foi evidenciada a promoção do conforto, através dos cuidados realizados ao RN e aos ensinamentos realizados aos pais, para que os mesmos ficassem despertos para esta temática, e poderem dar continuidade aos cuidados no domicílio.

A prestação de cuidados ao recém-nascido deve ser organizada, e deve-se criar rotinas em função ao desenvolvimento específico do RN, tendo em conta as suas necessidades específicas, e o ambiente que o envolve, promovendo um desenvolvimento contínuo nas melhores condições de conforto e bem-estar do recém-nascido (Barros, 2006).

Nos registos efetuados dos RN e família no sistema de informação *Sclínico*, levantávamos sempre o diagnóstico de conforto comprometido, dadas as características específicas que uma unidade de neonatologia potencia no desconforto dos mesmos. Neste sentido era associada a intervenção de avaliação do conforto que continha: avaliar a presença dos pais/prestador de cuidados; desejo/capacidade dos pais/prestador de cuidados para participar; Presença de condição especial que não permita o desenvolvimento das atividades normais/habituais; recém-nascido calmo/tranquilo; presença de sinais evidentes de higiene.

Assim era possível a equipa poder avaliar o conforto em todos os turnos, registar e dar a conhecer as medidas de conforto utilizadas, incentivando a continuidade e melhoria das medidas implementadas.

De modo a consolidar os conhecimentos e competências desenvolvidas na prestação de cuidados ao RN em situação de doença, foi elaborado um estudo de caso (APÊNDICE VI) que “consiste

numa metodologia que procura aprofundar, de forma detalhada, os conhecimentos relativos à pessoa, grupo ou comunidade. A realização do estudo de caso permite que o profissional observe, entenda, analise e descreva uma determinada situação real, adquirindo conhecimento e experiência que podem ser úteis na tomada de decisão frente a outras situações” (Galdeano, e tal, 2003, p.373, cit por Nova, e tal, 2017).

O estudo de caso foi realizado a dois recém-nascidos pré-termo gemelares e família. Neste estudo de caso foi realizada uma apreciação inicial dos recém-nascidos, que incluiu o histórico de saúde, o instrumento de colheita de dados utilizado, aprofundamento dos dados recolhidos e da situação, confrontação entre os dados apresentados e a literatura existente, e síntese das alterações identificadas ou dos focos de intervenção. Foi também elaborado um plano de cuidados, com levantamento de diagnósticos de enfermagem, planeamento e implementação dos cuidados, que demonstrou a tomada de decisão das intervenções face ao problema identificado, de acordo com as competências do enfermeiro mestre e especialista, e a avaliação das mesmas.

A elaboração deste estudo de caso permitiu-nos, o desenvolvimento do olhar holístico nos cuidados de enfermagem ao recém-nascido e família. Foi possível desenvolver uma prestação de cuidados personalizada, devido ao conhecimento aprofundado dos recém-nascidos e família, adquirido na recolha de dados realizada inicialmente e ao longo do internamento, compreendendo as necessidades específicas dos recém-nascidos e da sua família.

Foi possível trabalhar a parceria de cuidados com os pais dos recém-nascidos, através da capacitação da sua autonomia na prestação de cuidados ao recém-nascido, bem como na adaptação dos pais à hospitalização dos filhos, desenvolvendo uma relação terapêutica com os mesmos.

Este trabalho permitiu o desenvolvimento e consolidação de conhecimentos teóricos e práticos, sobre os cuidados específicos ao recém-nascido prematuro, desenvolvendo conhecimentos sobre as patologias características nestes recém-nascidos, compreendendo as necessidades específicas, e os cuidados necessários ao recém-nascido prematuro e à família.

2.2.2. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

A experiência profissional que possuímos na área de pediatria apresenta maior enfoque na doença, pelo que existiu necessidade de aprofundar os conhecimentos na promoção da saúde e

desenvolvimento infantil, para potenciar uma prestação de cuidados holística da criança e família, e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, bem como a maximização da saúde da criança e família, em qualquer contexto de intervenção.

A escolha deste contexto de estágio prendeu-se com o interesse em adquirir conhecimentos e competências na área da promoção da saúde e desenvolvimento infantil. Fazendo parte das nossas competências assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1) e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3), importa compreender a intervenção na área do desenvolvimento infantil. Neste sentido as consultas de saúde infantil, tornam-se pertinentes para a aquisição destes conhecimentos.

Do ponto de vista estrutural a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) divide-se em 2 pisos, sendo que o módulo de saúde infantil se encontra no 1º piso, junto do módulo da vacinação. O módulo de saúde infantil funciona de segunda a sexta-feira das 8h às 17h. A equipa de enfermagem que realiza as consultas de desenvolvimento é composta por 3 elementos, sendo que 2 são enfermeiras especialistas em saúde infantil e pediátrica.

A metodologia da intervenção do enfermeiro tem como atuação base o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, Programa Nacional de Vacinação, Programa de Saúde Escolar (o objetivo principal seria definir as crianças que têm necessidades especiais de ensino e de saúde).

Os registos de enfermagem são realizados através do sistema de informação *Sclínico*.

Em média existe cerca de aproximadamente 500 RN inscritos na UCSP. As crianças seguidas em consulta privada, por norma também recorrem à consulta de enfermagem da unidade.

A unidade recebe o documento de notícia de nascimento, se as puérperas não aparecerem, a equipa de enfermagem, por norma contacta para ter conhecimento da vigilância de saúde da criança. Nem sempre a articulação com o hospital é eficaz, rondando os 80% de eficácia, bem como os recursos humanos disponíveis não permitem que o contacto para as puérperas seja 100% assegurado.

Neste módulo as consultas são sempre agendadas, devido ao elevado número de pessoas inscritas na área de abrangência, sendo assim garantida uma resposta mais eficaz às necessidades da população.

As consultas médicas realizadas antecedem de consulta de enfermagem, tendo em contas as idades-chave previstas no Programa de Saúde Infantil e Juvenil. São realizadas também consultas de enfermagem independentes da consulta médica. Durante o primeiro mês de vida, preferencialmente na primeira semana de vida, é marcada a primeira consulta de enfermagem, onde é realizado o teste de diagnóstico precoce (até ao 6º dia de vida). Durante o primeiro mês de vida é marcada consulta de enfermagem semanal para monitorização do crescimento e desenvolvimento, avaliação ponderal do RN e adaptação dos pais/RN no domicílio, promovendo autonomia e confiança aos pais no cuidar do RN. Após o primeiro mês, as consultas marcadas fora das idades-chave previstas no Programa de Saúde Infantil e Juvenil, são realizadas consoante as necessidades das crianças e família.

2.2.2.1. Objetivo específico e atividades desenvolvidas

O objetivo específico que estipulamos para este contexto foi **“Prestar cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido, criança, jovem e família, em contexto de consulta de enfermagem, dando resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento do recém-nascido, criança e jovem, evidenciando a promoção do conforto.”**

Para atingir este objetivo específico, foram planeadas e operacionalizadas as seguintes atividades ao longo do estágio: a) Realização de reunião junto da enfermeira chefe e/ou enfermeira especialista de modo a identificar a necessidade específica do serviço dentro da temática da promoção do conforto no recém-nascido, criança, jovem e família; b) Pesquisa bibliográfica na área da promoção de conforto integrada na prestação de cuidados na consulta de enfermagem de desenvolvimento infantil; c) Identificação das estratégias de promoção de conforto utilizadas pela equipa, nomeadamente na vacinação e no teste de diagnóstico precoce; d) Colaboração e dinamização de atividades inerentes à promoção de conforto; e) Evidenciar a promoção do conforto no recém-nascido, criança e jovem, através dos ensinamentos realizados aos pais, em consulta de desenvolvimento infantil; f) Aplicação do questionário dirigido à equipa de enfermagem, relativo à temática.

Atividades desenvolvidas no âmbito do projeto

Durante a primeira semana de estágio procurei conhecer o serviço e as suas dinâmicas, tendo como vantagem já ter realizado estágio neste contexto durante o curso de licenciatura, pelo que já me era familiar o contexto e alguns elementos da equipa. Sendo uma unidade de cuidados de saúde

personalizados, procurei compreender de que modo o conforto era trabalhado com as crianças e famílias.

Neste sentido foi realizada uma reunião com a enfermeira responsável pelo módulo de saúde infantil e enfermeira orientadora, onde foi apresentado o projeto, e após validação da importância da área temática, foi delineada a **atividade específica** que iria ser desenvolvida **neste contexto de estágio**, traçando assim o diagnóstico de situação.

A situação-problema identificada foi relativa à uniformização dos cuidados e ensinamentos de enfermagem prestados ao recém-nascido durante o primeiro mês de vida, evidenciando a promoção do conforto no desenvolvimento infantil. Deste modo definimos como objetivos: definir os dados necessários para realização da avaliação familiar; definir os parâmetros a avaliar no recém-nascido; definir os cuidados antecipatórios descritos no programa nacional de saúde infantil e juvenil, através do ensino dirigido aos pais/pessoa significativa; definir os cuidados promotores de conforto no recém-nascido; definir estratégias de alívio da dor, no recém-nascido, durante a punção do calcanhar na sequência do rasteio neonatal: programa nacional de diagnóstico precoce.

Após o levantamento do diagnóstico de situação e da definição dos objetivos, traçamos um plano das atividades a desenvolver para passarmos à execução do mesmo. Para atingir os objetivos planeou-se a elaboração de uma pesquisa bibliográfica com vista à realização de uma norma de procedimento relativa às consultas de enfermagem durante o primeiro mês de vida. (APÊNDICE VII).

Na segunda semana de estágio foi realizada uma reunião com a enfermeira responsável da UCSP, que deu autorização para a realização de uma norma de procedimento institucional para posterior validação e implementação. Foi nos entregue o modelo institucional de uma norma de procedimento, para que pudéssemos desenvolver em conformidade com as regras institucionais.

Quanto à execução do trabalho, entre a segunda e a quinta semana de estágio foi realizado uma pesquisa de literatura sobre as temáticas definidas para a elaboração da norma de procedimento: descrição do agregado familiar, parâmetros de avaliação no recém-nascido, cuidados antecipatórios com base no programa nacional de saúde infantil e juvenil, cuidados promotores de conforto no recém-nascido, estratégias de alívio da dor no recém-nascido durante a punção do calcanhar.

Ao longo da execução do projeto foram realizados momentos de avaliação, com a enfermeira orientadora, a enfermeira responsável pelo módulo de saúde infantil e as colegas da saúde infantil e do módulo de vacinação, o que foi bastante benefício para atingir os objetivos pretendidos.

Na avaliação final foi entregue o produto final da norma de procedimento à enfermeira orientadora para poder divulgar o trabalho realizado, e assim conseguimos contribuir para a melhoria dos cuidados prestados no âmbito do conforto ao recém-nascido.

A elaboração desta norma de procedimento, permitiu o desenvolvimento e consolidação dos cuidados ao recém-nascido no primeiro mês de vida, o que possibilitou a realização de ensinamentos aos pais e família de forma segura, durante as consultas de desenvolvimento. Neste sentido foi também possível evidenciar a promoção do conforto no cuidar ao recém-nascido, com vista à maximização da sua saúde.

Neste local de estágio, também foi aplicado o questionário relativo à **atividade transversal realizada ao longo dos contextos**.

Dos 3 questionários entregues foram devolvidos 2 (taxa de retorno de 67%). No que diz respeito à **caracterização geral da equipa** (APÊNDICE VIII), apresenta uma média de idade de 40,5 anos, sendo na totalidade do género feminino. Verificamos que 50% (n=1) dos inquiridos detêm especialidade em saúde infantil e pediátrica e uma média de 19,5 anos em tempo de experiência profissional e 6 anos de tempo de exercício profissional na UCSP.

Quanto à **definição de conforto** a equipa foi unânime em considerar que o conforto é o bem-estar da criança.

“conjunto de ações/cuidados que promovem o bem estar geral, holístico” (QI:2-3)

“Bem estar físico (condições de temperatura, níveis de dor, roupa cama, etc...), bem estar psíquico (ambiente sem stress, sem pensamentos negativos, sem preocupações, sem medo), bem estar social (ambiente calmo, seguro, carinho, amor, abraços, amizade” (QII:2-5)

Quando questionados sobre as **intervenções de enfermagem nos diferentes contextos do conforto**, a equipa de enfermagem, refere que a promoção do conforto no contexto **físico** é realizada através da avaliação das competências parentais e da observação física do RN.

“Avaliar conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil/promover o auto-cuidado, avaliar o conhecimento dos pais sobre prevenção acidentes” (QI:8)

“Avaliar dor, temperatura, integridade da pele, sintomas de doença, condições de saúde” (QII:8)

No contexto **psicoespiritual** as intervenções realizadas são a vinculação e a avaliação das competências parentais.

“Promover e incentivar os pais para cuidados vinculativos” (QI: 9)

“Avaliar a vinculação com a pessoa de referência” (QII:9)

“Avaliar papel parental” (QII:9)

No contexto **ambiental** as intervenções mencionadas são a promoção da segurança ambiental e avaliação das condições habitacionais.

“Promoção de um ambiente seguro” (QI:10)

“Avaliar o ambiente seguro” (QII:10)

“Avaliar (...) condições de habitação” (QII:10)

No contexto **social** as intervenções destacadas são os ensinamentos aos pais, avaliação de competências parentais e condições socioeconómicas.

“Ensinar os pais/cuidadores sobre desenvolvimento infantil” (QI: 11)

“Avaliar o papel parental” (QII:11)

“Avaliar condições socioeconómicas” (QII:11)

Quanto à **relevância do contexto no qual ocorre o conforto** a equipa é unânime e considera que todos os contextos no qual ocorre o conforto são importantes.

“Todos (...) aplicando as suas competências profissionais os enfermeiros planificam os cuidados a desenvolver no sentido de responder às necessidades dos utentes/famílias” (QI: 14-16)

“(...) todos os contextos são relevantes pois avaliam-se as crianças inseridas nas suas famílias e na comunidade em contexto de saúde/doença” (QII:14-17)

A equipa é unânime em considerar que a **promoção do conforto é um ganho em saúde na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem** prestados ao recém-nascido, criança, jovem e família, justificando que existe a satisfação das necessidades básicas das crianças e a humanização dos cuidados (APÊNDICE IX).

“O conforto é um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas, se uma necessidade for satisfeita ou seja restabeleceu a tranquilidade o seu funcionamento habitual, o desempenho foi eficiente – ganho em saúde” (QI: 22-25)

“A criança deve ser vista no seu todo, inserida no ambiente familiar, cultural e na comunidade que a rodeia e a promoção do conforto nas suas vertentes permite a humanização dos cuidados de enfermagem e conseqüente melhoria da qualidade” (QII: 22-25)

Os resultados obtidos no questionário, foram influenciados pela realidade profissional dos inquiridos, na área dos cuidados de saúde primários, como se pode verificar nas respostas obtidas, nomeadamente nas intervenções de enfermagem promotoras do conforto. As intervenções de enfermagem que os inquiridos referiram foram baseadas no avaliar e no ensinar, ou seja na promoção da saúde.

Aprendizagens clínicas e outras atividades desenvolvidas

O acolhimento à criança/ jovem e família, a colheita de dados, a observação física, com avaliação de dados antropométricos, do crescimento, do desenvolvimento, os ensinamentos realizados nas diferentes faixas etárias e o esclarecimento de questões colocadas pelos pais ou pessoas significativas, durante a consulta de enfermagem, foram algumas intervenções desenvolvidas, que implicaram mobilização de conhecimentos, para saber estar num contexto diferente.

Observámos e analisámos, com particular atenção, dois momentos das consultas de saúde infantil, dois procedimentos dolorosos, que promovem angústia e medo às crianças e famílias: a punção do calcanhar, no teste do diagnóstico precoce realizado entre o 3º e 6º dia de vida; e a vacinação nas idades chave previstas no Programa Nacional de Vacinação. Em ambos os procedimentos é valorizado a promoção do conforto da criança e família.

O rastreio neonatal do programa nacional de diagnóstico precoce, mais conhecido como teste do pezinho (TP), é um exame laboratorial, que deteta doenças metabólicas, genéticas e/ou infecciosas, antes que os sintomas se tornem evidentes, facilitando a intervenção precoce no RN em tratamentos específicos, diminuindo ou eliminando sequelas associadas a cada doença, permitindo a melhoria da qualidade de vida da criança (Marqui, 2016).

Deve ser realizado depois das 24 horas de vida ou depois do início da alimentação, antes dos 7 dias de vida. Idealmente deve ser realizado entre o 3º e o 6º dia de vida, mas este rastreio pode ser realizado posteriormente, o mais importante é ser realizado (Wheeler, 2014).

O procedimento de colheita de sangue é realizado através da punção do calcanhar. Deve ser colhida uma amostra suficiente de sangue para preencher por completo dois dos quatro espaços disponíveis para colocação da amostra de sangue (Wheeler, 2014).

Sendo este procedimento, doloroso, importou-nos compreender as estratégias utilizadas para o alívio da dor, durante a punção do calcanhar, garantindo o conforto para o recém-nascido e família.

O recém-nascido sem dor apresenta uma expressão fácil relaxada, choro ausente, respiração relaxada, braços e pernas relaxados/controlados e encontra-se a dormir/calmo. Estes parâmetros de avaliação equivalem a uma dor igual a zero na escala de NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) (ANEXO III),

que segundo a Direção-Geral de Saúde é a escala de dor mais apropriada para recém-nascidos pré-termo e de termo., (DGS, 2010).

A dor no período neonatal, é uma experiência precoce, e se repetida, pode influenciar as experiências posteriores de dor, quer em termos de sensibilidade dolorosa, quer na forma como lida com o stress (DGS, 2010).

Segundo Wheeler (2014), as estratégias de alívio da dor durante a punção do calcanhar são: utilização de lancetas automáticas, pois causa menos dor e requer menos punções que as lancetas manuais; administração de 2ml de Sacarose oral 24% através de seringa ou com a chupeta, 2 minutos antes do procedimento doloroso; sucção não nutritiva; contacto pele-a-pele entre a mãe e o recém-nascido; amamentação; e música. A aplicação do EMLA (Eutectic Mixture of Local Anesthetics) não demonstrou evidência, neste estudo, como sendo significativa na diminuição da dor durante a punção do calcanhar.

Estas estratégias foram utilizadas durante o procedimento, com resultado eficaz, verificado através da utilização da escala de dor NIPS, sugerida por nós na avaliação da dor do recém-nascido.

Na consulta de saúde infantil com vacinação, ou na consulta de vacinação, a promoção do conforto da criança e da família deve começar no primeiro contacto através do acolhimento. Através de uma comunicação afetuosa e uma postura carinhosa com expressões de afeto dos enfermeiros para a criança e família, é possível gerar um ambiente seguro e familiar (Diogo, 2012).

Sendo o ambiente um fator importante na promoção do conforto, durante o estágio procurámos igualmente analisar este aspeto. A sala de vacinação apresentava-se adequada a um ambiente pediátrico, com desenhos coloridos e atraentes na parede, o que era utilizado como instrumento de distração para a criança. Este elemento ambiental físico, promove um ambiente seguro e afetuoso (Diogo, 2012).

Durante o ato de vacinar, sugeriu-se o colo dos pais como o melhor meio de conforto e segurança para as crianças, e foram promovidas estratégias não farmacológicas para a promoção do conforto da criança durante o procedimento tais como a sucção não nutritiva (OE, 2013), objeto de apego (Carnevale & Gaudreault, 2013), pegar ao colo, embalar ou acariciar (OE, 2013).

Os pais receberam muito bem as medidas não farmacológicas para o alívio da dor, pois um dos maiores medos dos pais é que os seus filhos sofram, pelo que foi notório a colaboração dos pais para que estas medidas fossem implementadas com sucesso.

Recordamos uma situação de primeira consulta de enfermagem, onde foi realizado o teste de diagnóstico precoce. A mãe colocou o seu RN no fraldário, e deixou-o no local, pronto para fazer o teste, pois já era o terceiro filho e a mãe verbalizou que sabia como era realizado o teste. Sugerimos que a mãe colocasse o RN ao colo, e ficasse tranquilamente sentada com ele, e o colocasse à mama. A mãe demonstrou preocupação se ao realizar o teste ao mesmo tempo que o RN estivesse a fazer aleitamento materno, não poderia provocar um engasgamento. Foi desmistificada esta preocupação da mãe, que aceitou e colaborou para que o procedimento corresse bem. Foi realizado o teste, e o RN manteve-se calmo e tranquilo, a mamar. A mãe ficou bastante surpreendida e satisfeita com esta medida, e demonstrou-se grata pela preocupação do bem-estar e conforto do seu filho.

2.2.3. Serviço de Internamento de Pediatria

A hospitalização é um processo de grande angústia e medos para os pais e crianças, pois encontram-se fora do seu ambiente habitual, cheio de equipamentos e barulhos diferentes, desconhecidos que potenciam o medo e o desconforto nas crianças. O enfermeiro especialista apresenta um importante papel para que a experiência da hospitalização seja aproveitada de forma positiva no processo de saúde e doença das crianças.

A escolha deste local de estágio prendeu-se com o facto de ser um serviço que se articula com o local onde exercemos funções (urgência pediátrica). Consideramos que esta característica, nos deu oportunidade de compreender o circuito da criança na instituição. Conhecer a articulação entre serviços foi um aspeto facilitador na integração e implementação de atividades. O facto do serviço se situar na instituição onde exercemos funções, também foi um aspeto facilitador na medida em que nos permitiu manter o projeto para além dos limites temporais do mestrado.

Sendo do nosso interesse a aquisição e consolidação das competências do assistir criança/jovem com a família, na maximização da saúde (E1), cuidar da criança/jovem e famílias nas situações de especial complexidade (E2) e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3), compreendemos que neste contexto seria pertinente, através da vivência da hospitalização da criança e família.

Do ponto de vista estrutural, o serviço localiza-se no quinto piso do hospital e a população alvo de cuidados são utentes pediátricos, com idades compreendidas entre os zero e os dezassete anos e trezentos e sessenta e quatro dias.

Atualmente, este serviço divide-se em duas valências, média e cirúrgica, e tem um total de vinte e duas camas, dispondo de dezasseis camas, destinadas às crianças e adolescentes com patologia médica (pediatria médica), existindo quartos individuais e partilhados, sendo que a distribuição é feita consoante a faixa etária, patologia ou necessidade de isolamento. As restantes 6 camas destinam-se ao internamento de crianças e adolescentes com patologia cirúrgica, desde ortopedia infantil, otorrinolaringologia, cirurgia geral, estomatologia e oftalmologia, e ainda cirurgias de ambulatório.

O primeiro quarto do serviço, são as instalações do Hospital de Dia, que funciona diariamente das 9h às 21h, e tem como objetivo disponibilizar um atendimento especializado em regime de ambulatório, salvaguardando a continuidade dos cuidados ao utente pediátrico e família. Esta valência permite a redução dos internamentos prolongados e recorrências ao serviço de urgência, permitindo que as crianças e jovens estejam no conforto do seu lar, ao mesmo tempo que garante respostas às suas necessidades patológicas, restabelecendo a saúde e bem-estar até ao momento da alta.

Durante o internamento, é permitido o acompanhamento da criança e/ou adolescente por duas pessoas, pais/pessoas significativas ou cuidadores principais, das 9h às 22h. Das 22h às 9h só é permitida a permanência de um acompanhante. O envolvimento da família é fundamental para o bem-estar e evolução favorável da criança e jovem, pelo que podem colaborar na vigilância e prestação de cuidados. A família tem consentimento para trazer para o hospital os objetos de segurança das crianças e adolescentes, bem como vestuário e produtos de higiene pessoais.

O período das restantes visitas são das 17h às 18h para visitantes com idade igual ou superior a 12 anos, e o período das 18h às 20h destina-se à visita dos irmãos (independentemente da idade), sendo que só pode entrar uma pessoa de cada vez.

A equipa de enfermagem é constituída por dezasseis elementos, e o rácio por turno são de três/quatro elementos na manhã, dois/três elementos na tarde e dois elementos na noite, para um número variável de crianças/adolescentes. Dos dezasseis enfermeiros, cinco são especialistas em saúde e infantil e pediátrica.

2.2.3.1. Objetivo específico e atividades desenvolvidas

O objetivo específico que estipulamos para este contexto foi “**Prestar cuidados de enfermagem especializados ao recém-nascido, criança, jovem e família, em situação de doença, evidenciando a promoção do conforto**”

Para atingir este objetivo específico, foram planeadas e operacionalizadas as seguintes atividades ao longo do estágio: a) Realização de reunião junto do enfermeiro chefe e/ou enfermeira especialista de modo a identificar a necessidade específica do serviço dentro da temática da promoção do conforto no recém-nascido, criança, jovem e família; b) Pesquisa bibliográfica na área da promoção de conforto integrada na prestação de cuidados ao recém-nascido, criança, jovem e família, em situação de hospitalização; c) Prestação de cuidados diretos ao RN, criança, jovem e família, em situação de doença, evidenciando a promoção do conforto; d) Identificação das estratégias de promoção de conforto utilizadas pela equipa; e) Colaboração e dinamização de atividades inerentes à promoção de conforto; f) Aplicação do questionário dirigido à equipa de enfermagem, relativo à temática.

Atividades desenvolvidas no âmbito do projeto

Na primeira semana de estágio após conhecer o serviço, consultamos as normas, protocolos e manuais institucionais para conhecer as dinâmicas do serviço, nomeadamente na área da promoção do conforto ao recém-nascido e família. Foram analisados os projetos atuais em vigor e observados os cuidados prestados aos recém-nascidos e família pela equipa de enfermagem.

A promoção do conforto da criança e família, é uma preocupação da equipa, que privilegia a integração dos pais nos cuidados, promove fontes de conforto às crianças e um ambiente confortável para a criança e os pais. O serviço apresenta desenhos nas paredes que servem de distração para as crianças, adequando-se a um ambiente pediátrico confortável.

Na primeira semana foi realizada uma reunião com o enfermeiro chefe do serviço e posteriormente com a professora, e enfermeira orientadora, onde foi apresentado o projeto, e após validação da importância da área temática, foi delineada a **atividade específica** que iria ser desenvolvida **neste contexto de estágio**, traçando assim o diagnóstico de situação.

A situação-problema identificada foi relativa ao conforto ambiental das crianças e pais, através da utilização de fardas de enfermagem coloridas. As fardas de enfermagem utilizadas na instituição são

iguais em todos os serviços, o que não se adapta ao universo da pediatria, que requer estratégias personalizadas e adequadas à população-alvo.

Como objetivos definimos: elaborar uma revisão sistemática de literatura relativa à importância do uso das fardas de enfermagem coloridas na promoção do conforto da criança e família; promover o conforto da criança e família durante o processo de hospitalização; implementação do uso de fardas de enfermagem coloridas no departamento de pediatria da instituição.

Após o levantamento do diagnóstico de situação e da definição dos objetivos, traçamos um plano das atividades a desenvolver para passarmos à execução do mesmo. Para atingir os objetivos planeou-se a elaboração de uma pesquisa em bases de dados, com extração de artigos científicos, para análise e interpretação de resultados, para elaboração de uma revisão sistemática de literatura (APÊNDICE X).

Quanto à execução do trabalho, entre a segunda e a quinta semana de estágio foi realizado uma pesquisa bibliográfica sobre a temática e pesquisa em várias bases de dados, estudos que respondam à questão elaborada. Posteriormente foi realizada uma análise e extração de resultados dos artigos obtidos, para elaboração da revisão sistemática.

O tema abordado foi a promoção do conforto na criança e família: Uso de fardas de enfermagem coloridas nos contextos de saúde-doença, tendo como questão norteadora da revisão: Qual o impacto do uso de fardas de enfermagem coloridas, na promoção do conforto na criança e família, em contexto de saúde-doença?

Como tal, o objetivo deste estudo foi identificar o impacto do uso de fardas de enfermagem coloridas, na promoção do conforto na criança e família, em contexto de saúde-doença.

Os processos de saúde-doença na criança são caracterizados inevitavelmente por vivências de medo. Estes medos são relativos à informação do seu prognóstico, do seu processo de hospitalização, do desconhecido e dos enfermeiros e médicos - também conhecido como a síndrome da bata branca (Diogo, Vilelas, Rodrigues, Almeida, 2016).

O uso de farda na enfermagem tem um papel importante na prevenção e controlo de infeções, bem como reflete a imagem da profissão, quanto à competência e profissionalismo do enfermeiro, na percepção do cliente (OE, 2009).

Devido às medidas relativas à higiene e controlo de infeção hospitalar, o uso de farda torna-se imprescindível, mas a cor e o modelo não têm de ser rígidos, podendo ser adaptados ao contexto de cuidados (OE, 2009).

Num estudo realizado sobre a percepção da criança acerca dos enfermeiros, expressa através dos seus desenhos, mais de metade das crianças desenharam enfermeiras com roupas coloridas (Correia, Correia, Santos, Lourenço, 2010).

Em 2007, um estudo realizado sobre as expectativas das crianças, das pessoas que aparecem num hospital ideal, através do desenho, relatou que as enfermeiras apareciam nos desenhos, a sorrir e com um fardamento colorido (Pelander, Lehtonen, Kilpi, 2007).

O ambiente hospitalar, é um fator de elevado stress e ansiedade, pois é um ambiente desconhecido, onde a criança se encontra rodeada de procedimentos e equipamentos que lhe causam desconforto e dor (Diogo, Vilelas, Rodrigues, Almeida, 2016).

Os enfermeiros ajudam a gerir os medos, através de estratégias confortantes e privilegiam o envolvimento e a presença dos pais na gestão dos medos, pois é relevante garantir um processo de cuidados humanizados e afetivo, com intervenções que minimizem o desconforto e o sofrimento físico e emocional à criança e família (Diogo, Vilelas, Rodrigues, Almeida, 2016).

O enfermeiro em pediatria é responsável pela promoção do bem-estar e conforto da criança e família, pelo que deve atuar nesse sentido, diminuindo os efeitos negativos da hospitalização, através dos recursos disponíveis (Hockenberry, Barrera, 2014).

A pesquisa foi realizada em várias bases de dados, sendo que a base de dados onde obtivemos melhores resultados foi a biblioteca do conhecimento online (B-on).

Para a seleção dos artigos foram utilizados os seguintes descritores e as suas combinações na língua inglesa: nurse' attire, nurse' uniform, nurse' clothing, child, comfort e health care, com recurso à

interseção entre nurse' attire, nurse' uniform, nurse' clothing, do operador boleando – OR, e entre child, comfort, health care, do operador – AND. Os descritores foram confirmados na plataforma DeCS.

Foram estabelecidos como delimitadores de busca: os descritores pesquisados aparecerem no título, artigos com texto completo, num intervalo temporal de 2007 a 2017, publicados em inglês.

Os critérios de inclusão foram: estudos empíricos que apresentem nos seus resultados, os impactos do uso de fardas de enfermagem coloridas, na promoção do conforto na criança em contextos de saúde-doença.

Como critérios de exclusão foram definidos: estudos não-empíricos; estudos onde a população em estudo seja adulta; estudos que não apresentem resultados sobre o impacto do uso de fardas de enfermagem coloridas, na promoção do conforto na criança em contextos de saúde-doença.

Da pesquisa efetuada na base de dados mencionada, com os descritores selecionados e tendo em conta os delimitadores de busca, obtiveram-se 87 artigos, dos quais foram selecionados 5, através da leitura dos títulos e resumo e após exclusão dos artigos repetidos. Após leitura dos artigos na íntegra, e aplicadas as grelhas de referência Joanna Briggs Institute, para avaliação da qualidade metodológica dos artigos, tendo-se excluído 1 artigo, ficando um total de 4 artigos.

Ao longo da execução do projeto foram realizados momentos de avaliação, através de uma reunião de avaliação intermédia e uma reunião de avaliação final com a professora orientadora e a enfermeira orientadora, tendo sido importante para a orientação e concretização do projeto.

Na última semana foi concluída a revisão sistemática de literatura, em formato de artigo, após parecer pela professora, enfermeira orientadora e enfermeiro chefe do serviço, ficando acordado a possível publicação do artigo e entrega do mesmo à Enfermeira Diretora do Hospital, como síntese do conhecimento atual relativo a esta temática, para análise e possível implementação de fardas de enfermagem coloridas no departamento de pediatria da instituição.

Com a elaboração deste artigo de revisão sistemática, foi comprovado que o uso de fardas de enfermagem coloridas, é uma mais – valia na prestação de cuidados em pediatria, tendo um impacto positivo na promoção do conforto da criança e família em contexto saúde-doença.

Os enfermeiros têm como objetivo a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, promovendo o conforto à criança e família em contexto de saúde e doença. Para uma prestação de cuidados de qualidade, é necessário estabelecer uma relação terapêutica com a criança e família, promovendo um cuidado centrado na família, caracterizado como a filosofia dos cuidados em pediatria.

O conforto é um resultado esperado nas intervenções de enfermagem, que pode ser promovido em diferentes contextos. O uso de fardas de enfermagem coloridas, promove o conforto em contexto ambiental, transmitindo um ambiente mais infantil e adequado às crianças e família. Os pais, como parceiros nos cuidados, compreendem a importância da utilização de fardas coloridas nos enfermeiros, como uma medida adequada e tranquilizadora no cuidar em pediatria.

É necessário realizar mais estudos nesta área, para que as instituições alterem as regras de fardamento no departamento da criança, garantindo uma perspectiva holística no cuidar da criança e família, e elevando os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Neste local de estágio, foi também aplicado o questionário relativo à **atividade transversal realizada ao longo dos contextos**.

Dos 16 questionários entregues foram devolvidos 6 (taxa de retorno de 37,5%). No que diz respeito à **caracterização geral da equipa** (APÊNDICE XI), apresenta uma média de idade de 41 anos, sendo a maioria do género feminino 66,6% (n=4). De referir que um inquirido não preencheu o espaço da idade, pelo que a média das idades foi feita a 5 elementos. Verificamos que 66,6% (n=4) dos inquiridos detêm especialidade em saúde infantil e pediátrica e uma média de 11,2 anos em tempo de experiência profissional e anos de tempo de exercício profissional no serviço de internamento.

Para a equipa o **conforto** é o bem-estar, a promoção de saúde e a satisfação das necessidades da criança e família.

“Estado de bem estar onde a criança/adolescente internada encontra o seu equilíbrio durante o internamento” (QI:2-4)

“Sensação de bem-estar” (QIII:2)

“Bem estar, tranquilidade, satisfação, sorriso”(QIV:2)

“Bem-estar da criança/família” (QVI:2)

“Proporciona medidas e intervenções que facilitem a adesão ao regime terapêutico, facilitando a recuperação ou manutenção da saúde” (QII:2-3)

“Conjunto de estratégias que tem como finalidade satisfazer as necessidades do “outro” relativamente ao aspeto afetivo de forma a que este se sinta bem ou cuidado” (QV:2-5)

Quando questionados sobre as **intervenções de enfermagem nos diferentes contextos do conforto**, a equipa de enfermagem, refere que a promoção do conforto no contexto **físico** é realizada através do posicionamento, controlo da dor, temperatura, contacto físico, satisfação das necessidades básicas e a privacidade.

“Proporcionar uma almofada para um melhor posicionamento” (QI:8)

“Aplicação de estratégias para controlo da dor” (QII:8)

“(…) EMLA” (QIII:8)

“Calor, (…), frio” (QIII:8)

“(…) massagem abdominal(…)” (QIII:8)

“Aconchego, contenção” (QIV:8)

“Higiene, alimentação, vestir, sono/repouso” (QV:8)

“Respeitar o espaço” (QVI:8)

No contexto **psicoespíritual** as intervenções mencionadas são o respeito pelas crenças e religião, estabelecimento de comunicação e relação terapêutica e estratégias de comunicação.

“Chamar o capelão aquela família” (QI:9)

“Respeitar as suas crenças” (QVI:9)

“Comunicação. Relação de ajuda” (QII:9)

“Falar com a criança. Distração” (QIII:9)

“Respeito, perceber a criança e pais” (QV:9)

“ (...) diminuição do tom de voz” (QIV:9)

No contexto **ambiental** as intervenções são a redução das luzes, gestão dos ruídos e promoção de um ambiente infantil.

“Reduzir a intensidade da luz” (QI:10)

“Gerir luzes” (QII:10)

“(...) intensidade luzes(...)” (QIII:10)

“Reduzir luzes(...)” (QIV:10)

“Gerir som/ruídos, (...)” (QII:10)

“(...) alarmes” (QIII:10)

“Reduzir (...) ruído” (QIV:10)

“Calmo, silêncio, musicoterapia, tranquilidade na comunicação” (QV:10)

“Promover conforto” (QVIII:10)

“Balões (...)” (QIII:10)

“Ambiente adequado” (QVI:10)

No contexto **social** é realizada através da gestão das visitas, da avaliação da condição social familiar, da empatia e de estratégias de diversão.

“Permitir uma visita fora de horas” (QI:11)

“Permitir visitas e incentivá-las” (QIII:11)

“Proporcionar visita de amigos, pessoas significativas” (QIV:11)

“Diagnóstico da situação social em que a família vive” (QII:11)

“O seu estatuto e estado” (QVI:11)

“Segurança, compreensão, (...)” (QV:11)

“Entretenimento, brincar (...)” (QV:11)

Quanto à **relevância do contexto no qual ocorre o conforto** a maior parte da equipa considera que todos os contextos são relevantes, e um elemento da equipa considera o físico o contexto mais relevante.

“São todos relevantes para cada um, terão, certamente, diferentes relevâncias (...) equilíbrio entre os diferentes contextos do conforto” (QI: 14-16)

“Todos têm de estar presentes num todo para proporcionar o conforto, conforme cada situação há que priorizar o contexto.” (QII: 14-15)

“São todos importantes.” (QIII:14)

“(...) todos eles são importantes dependendo do contexto de doença e social” (QIV:14-16)

“(...) todos os contextos são importantes uma vez que eles estão interligados e concorrem simultaneamente para confortar o outro. Contudo

“Todos, porque tem que se ver a criança/família como um todo” (QVI:14-15)

“(...) contudo escolhia o contexto físico, porque estando satisfeito as necessidades básicas do ser humano pressupõe conforto” (QV:14-17)

A equipa é unânime em considerar que a **promoção do conforto é um ganho em saúde na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem** prestados ao recém-nascido, criança, jovem e família, justificando que minimiza os efeitos negativos do internamento, que promove a saúde e é uma necessidade do ser humano (APÊNDICE XII).

“Resultante de um estado de conforto a recuperação será mais rápida. A criança/família sentirá uma maior satisfação e menor impacto do internamento(…)” (QI:22-24)

“Proporcionar conforto diminui dor, ansiedade e conseqüente redução do tempo de internamento ou de terapêutica, com reflexo nos ganhos em saúde” (QII:22-24)

“Porque por estarem fora do ambiente se promovermos o conforto vai ajudar” (QIII:22-23)

“Proporciona melhor adaptação à situação de doença e hospitalização” (QIV:22-23)

“O ser humano é um ser social logo necessita de ser amado, respeitado, confortado, cuidado como fortes constituintes do nosso crescimento e desenvolvimento (...) (QV:22-24)

“(…) é sem dúvida um ganho em saúde para recuperação e melhoria do utente” (QV:25)

“Porque quanto maior for a qualidade de cuidados prestados melhores resultados e melhorias da promoção da saúde” (QVI:22-24)

Os resultados obtidos nestes questionários, demonstram uma grande preocupação quanto à melhoria do estado de saúde da criança, e a sua recuperação, como vista à obtenção do conforto. Os inquiridos consideram, na sua maioria, que a promoção do conforto é uma medida que visa diminuir os efeitos negativos da hospitalização, bem como a redução do tempo de internamento da criança.

Aprendizagens clínicas e outras atividades desenvolvidas

Durante a prestação de cuidados às crianças, jovens e famílias em processo de hospitalização, foi evidenciado a promoção do conforto dos mesmos. Procurámos compreender as fontes de desconforto das crianças, jovens e famílias, de modo a encontrar uma resolução eficaz para minimizar os efeitos negativos da hospitalização.

Compreendemos que a não compreensão da situação de doença era uma fonte de desconforto para as crianças, jovens e famílias, pelo que foi sempre demonstrada disponibilidade para esclarecimento de dúvidas dentro da esfera de competências. Quando as questões apresentadas não se apresentavam dentro das nossas competências, procurávamos advogar o profissional de saúde

adequado para responder às mesmas questões, promovendo a redução da ansiedade e stress nas crianças, jovens e famílias. Carnevale & Gaudreault (2013), afirmam que uma das fontes de desconforto para as crianças, são os medos e preocupações, por não compreenderem o que estava a acontecer.

A dor, é o desconforto mais mencionado pelas crianças, que receiam as intervenções invasivas, com medo que lhes provoque dor ou desconforto. A intervenção invasiva realizada maior parte das vezes em contexto foi a punção venosa.

O ato de puncionar é considerado um processo invasivo, que provoca dor, causado pela entrada de uma agulha através da pele (Oliveira, 2008). As crianças mencionam a dor como promoção do desconforto (Carnevale & Gaudreault, 2013).

Sendo o alívio da dor um desafio para a enfermagem, procurou-se estratégias para o alívio e diminuição da dor nestas intervenções. A maior parte das vezes, esta intervenção não foi realizada em situação de urgência, nem com necessidade de ser realizada de imediato, pelo que foi possível planeá-la tendo em conta o alívio da dor da criança.

Neste sentido procurou-se utilizar a anestesia tópica, com o objetivo de prevenir a dor – o EMLA, que é uma mistura de anestésicos locais (lidocaína a 2,5% e prilocaína a 2,5%) para aplicação cutânea, que deve ser aplicado no mínimo 60 minutos antes da punção cutânea, e nunca num tempo superior a 5 horas. Existe em duas formas de apresentação – creme e penso impregnado (INFARMED, 2010).

A hospitalização na criança, constitui por si só, um processo traumático para a mesma e para a sua família, sendo que determinados procedimentos que possam ser dolorosos para a criança devem ser realizados concomitantemente com estratégias que permitam a ausência ou diminuição da dor durante a realização dos mesmos.

A prevenção da dor na criança, tem sido alvo de estudo por vários autores, quer avaliando o efeito de estratégias farmacológicas ou não farmacológicas, quer comparando diferentes métodos de prevenção e diminuição da dor. A prevenção e diminuição da dor nomeadamente durante a realização de procedimento dolorosos é também uma competência do enfermeiro, sendo que, deve existir uma preocupação na implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas sempre que possível, que permitam um controlo eficaz da dor.

O horário alargado de permanência dos pais ou pessoas significativas, bem como os horários de visitas, são fontes de conforto para as crianças e jovens hospitalizados.

A falta das pessoas significativas, são identificadas como sendo desconforto, resultante de ser impedido o acesso a pessoas significativas na vida das crianças. Com maior significado, as crianças apresentam uma perturbação significativa quando os pais não se encontravam presentes. Os adolescentes também englobam como fonte de desconforto, o não ver os amigos (Carnevale & Gaudreault, 2013).

Neste sentido procurámos promover o conforto social junto da criança/adolescente, com a permissão das visitas fora do horário estipulado, pois foi do nosso entendimento que esta medida seria benéfica para o estado de saúde da criança.

Recordamos uma adolescente que passou a maior parte do internamento sem os pais, pois os mesmos não tinham disponibilidade para comparecer e/ou pernoitar com a mesma, segundo a informação dos mesmos. Esta situação, era vivenciada pela adolescente como uma situação negativa, o que potenciava a tristeza na mesma e o sentimento de solidão, mencionado pela mesma. Das poucas pessoas que a podia visitar, era uma amiga que só conseguia ir depois das 22h, horário não permitido para outras visitas, no entanto, verificávamos que esta visita era bastante benéfica para o adolescente, pelo que em equipa foi decidido que iria ser permitida esta visita fora de horas. Esta medida potenciou o conforto social da adolescente, bem como contribuiu para a melhoria do estado de saúde pois a adolescente encontrava-se mais bem-disposta.

Os sintomas fisiológicos para além da dor, como as náuseas, vômitos, tonturas, etc, são condições que causam desconforto às crianças e jovens. Os métodos não farmacológicos e farmacológicos para combater estes sintomas fisiológicos são medidas de conforto para as crianças e jovens, que ao não terem estes sintomas fisiológicos conseguem alcançar o conforto.

Os profissionais do hospital são mencionados como fontes de conforto, destacando-se os enfermeiros. Destacam a presença do enfermeiro quando os pais não estão presentes, bem como a sua bondade e a prestação de cuidados de qualidade e humanizado. Outros cuidados de enfermagem referidos foi a administração de analgesia, disponibilizar alimentos e até mesmo presentes (Carnevale & Gaudreault, 2013).

O cuidar, o estar atento às necessidades específicas de cada criança e família, por si só, já constitui uma medida de promoção do conforto dos mesmos, pelo que devemos estar atentos às necessidades específicas de cada criança para que seja possível proporcionar um processo de hospitalização, com menos consequências negativas.

A permissão da criança poder ficar com o seu peluche e cobertores preferido, também foi mencionada como uma fonte de conforto. A disponibilização das tecnologias de comunicação, principalmente o telemóvel, foi tida como importante em algumas crianças nomeadamente os adolescentes (Carnevale & Gaudreault, 2013).

No serviço era permitido a presença dos objetos pessoais das crianças, pelo que a quando do acolhimento era mencionado a permissão da vinda de brinquedos, peluches, jogos e outros objetos pessoais que a criança mencionasse preferir, para a manter num ambiente mais acolhedor e confortável possível.

A diversão e o entretenimento com jogos e atividades também foram consideradas fontes de conforto. As mais mencionadas foram as tecnologias eletrónicas, tais como a televisão, leitor de DVD e videojogos, na companhia de um adulto, principalmente os pais (Carnevale & Gaudreault, 2013).

No serviço existia uma sala de brincadeira, com uma educadora de infância, que promovia atividades para as crianças, que eram recebidas pelas mesmas de uma maneira bastante alegre. Neste sentido, durante o turno da manhã, a quando a organização do turno, era tida em conta o horário das atividades para que as crianças pudessem ter a possibilidade de ir brincar, sem ficarem restritas com os sistemas de soro, com a medicação, com o penso que tinham para trocar, entre outros.

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Uma das finalidades destes estágios, das atividades desenvolvidas no mesmo e da elaboração deste relatório, é a aquisição, desenvolvimento e consolidação das competências de enfermeiro especialista e mestre.

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, este é definido como o “enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem” que “decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais” (OE, 2010a:2).

De acordo com Benner (2001), o enfermeiro especialista deve deter conhecimentos técnicos, ter capacidade de tomada de decisão, comunicar eficazmente, ser flexível, responsável e criativo, ter espírito crítico e de iniciativa, apresentando uma conduta ética e deontológica. Todo este percurso é construído ao longo da nossa vida profissional.

“O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa, ...), para 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.” (OE, 2010b:2)

Neste sentido, iremos realizar uma avaliação de cada competência, fundamentando com fatos ocorridos e evidência científica, concluindo com clareza o grau de alcance e desenvolvimento das competências de mestre e especialista.

Atendendo que existem competências de mestre que pertencem ao mesmo domínio que as competências de especialista, e que grande parte das atividades desenvolvidas em estágio são comuns e indissociáveis, existem competências que surgem agrupadas e toda a fundamentação poderá ser apresentada em conjunto.

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal
Competências comuns do enfermeiro especialista
A1 – Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção
A2 – Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.
Competências de mestre
C) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem

Constituem como princípios gerais do código deontológico do enfermeiro, previsto no artigo 99º, que “as intervenções de enfermagem são realizadas com preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.” (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015: 8078).

Foi com base neste princípio que desenvolvemos a nossa prestação de cuidados, respeitando os valores universais na relação profissional e os princípios orientadores da atividade dos enfermeiros.

O código deontológico serviu de guia para as tomadas de decisão realizadas ao longo da nossa prestação de cuidados, procurando antecipar algumas situações que pudessem ocorrer durante a prática clínica. Todas as premissas previstas no código deontológico do enfermeiro são imprescindíveis, no entanto, destacámos os artigos 102º - Dos valores humanos; artigo 105º - Do dever de informação; artigo 109º - Da excelência do exercício; artigo 110º - Da humanização dos cuidados, devido às características particulares da população-alvo a quem prestámos cuidados – criança, que é reconhecida como vulnerável (OE, 2010c).

No decorrer dos estágios mantivemos uma postura sensível ao envolvimento dos pais nos cuidados à criança, pois os pais são os melhores prestadores de cuidados da criança, no sentido que podem proporcionar o seu crescimento e desenvolvimento, como descreve Anne Casey no seu modelo de parceria de cuidados (CASEY, 1993). O desenvolvimento dos cuidados em parceria com os pais/família, deve desenvolver benefícios para a criança, protegendo-a dos seus direitos, descritos na declaração universal dos direitos das crianças da UNICEF.

“Reconhecem à criança o direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos (...) tomando medidas como “assegurar a assistência médica e os cuidados de saúde necessários a todas as crianças, enfatizando o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários” (UNICEF, 1990:17).

Na UCSP, recebíamos as notícias de nascimento proveniente do hospital, da população inscrita nesta unidade, e caso os pais/familiares não comparecessem a nenhuma consulta no primeiro mês de vida, era realizado um contacto via telefone, para compreender o porquê da não comparência a nenhuma consulta de saúde da criança. A maior parte das vezes a não comparência havia sido por opção da criança ser seguida em consulta de desenvolvimento em regime particular. Em caso de não comparência por desconhecimento ou por outro motivo, era marcada consulta com a maior brevidade possível de modo a garantir que a criança usufruisse do seu direito de beneficiar de cuidados de enfermagem e médicos, numa perspetiva de potenciar o melhor estado de saúde possível.

Procurámos promover a proteção dos direitos relativos à criança, recorrendo à carta da criança hospitalizada, garantindo que as agressões físicas ou emocionais e a dor fossem reduzidas ao mínimo, bem como foi evitado qualquer exame ou tratamento que não fosse indispensável (EACH, 1988).

As intervenções de enfermagem e tratamentos realizados às crianças, foram sempre antecedidas de um consentimento livre e esclarecido por parte dos pais, e tendo em conta sempre a opinião e preferência das crianças com discernimento para tal. Exemplo disso, é o procedimento da punção venosa, quando possível, damos a escolher à criança a preferência do local anatómico tendo em conta o conforto para a mesma, sendo que a maior parte das vezes foi possível aceder ao pedido das mesmas, pois não implicava na impossibilidade de realizar a punção naquele local.

O CDE prevê no seu artigo 105º, o dever de informação, o respeito pelo direito à autodeterminação, assumindo como dever dos enfermeiros, informar a pessoa e família no que respeita aos cuidados de enfermagem (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015).

Segundo o artigo 12, da Convenção sobre os Direitos da Criança, as crianças “com capacidade de discernimento, têm o direito de exprimir livremente a sua opinião sobre as questões que lhe respeitem, sendo devidamente tomadas em consideração as opiniões da criança, de acordo com a sua idade e maturidade” (EACH, 2009).

Neste sentido procurámos envolver as crianças nos cuidados, escutando os seus desejos e preferências, no entanto, nos casos em que a evidência científica demonstrasse como maior beneficência a intervenção oposta ao manifestado pela criança, era necessário ajustar a capacidade de tomada de decisão das crianças com o seu estadio de desenvolvimento, e adaptar a intervenção realizada para benefício da criança, pois do ponto de vista ético, evidencia-se o superior interesse da criança, e atribui-se a decisão da intervenção exclusivamente ao tutor legal, salvo exceções previstas na lei (Vale & Oliveira). No caso de uma criança se recusar a um tratamento necessário à sua saúde, mantém-se o superior interesse da criança, e a decisão absoluta aos pais/família.

É possível manter uma prática eticamente correta, existindo um balanço entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência, com a principal finalidade de agir sobre o superior interesse da criança.

O regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem apresenta como visão “que todas as crianças/jovens e suas famílias/pessoa significativa/prestador informal tenham acesso equitativo a cuidados de Enfermagem especializados em Saúde da Criança e do Jovem, numa perspetiva (...) que respeite os (...) direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível (OE, 2011:10).

Foi com respeito e promoção dos direitos das crianças, que a temática da promoção do conforto, foi abordada. A convenção sobre os direitos da criança defende o bem-estar como um direito da criança e visa “garantir à criança a proteção e os cuidados necessários ao seu bem-estar (...)” (UNICEF, 1990:6), promovendo o superior interesse da criança.

Na área do conforto, foi tida em conta as preferências das crianças, de modo a promover um ambiente mais confortável e adequado possível. A permissão da criança ter o seu brinquedo preferido ou adolescente ter o telemóvel durante um processo de hospitalização vai ao encontro dos seus direitos de exprimir a sua opinião e preferências, com a finalidade de atingir um estado pleno de conforto.

Na UCSP, na sala de espera, encontrava-se um cantinho com brinquedos, promovendo à criança um ambiente de lazer e distração a quando aguardavam a consulta de enfermagem ou consulta médica. No serviço de internamento existia uma sala de atividades, com uma educadora de infância que promovia atividades de lazer, de modo a tornar o processo de hospitalização menos prejudicial possível. A promoção da brincadeira, dos momentos de lazer e diversão, foram uma preocupação na nossa

prestação de cuidados, pois uma criança bem-disposta, divertida, num ambiente adequado à sua faixa etária e às suas necessidades de lazer, torna-se uma criança mais acessível aos nossos cuidados, o que se torna benéfico em qualquer processo de saúde e doença.

A convenção dos direitos da criança defende o direito “ao repouso e aos tempos livres, o direito de participar em jogos e atividades recreativas próprias da sua idade” (UNICEF, 1990:22).

No serviço de internamento, uma medida promotora do conforto, que evidenciamos foi a hora da sesta; após o almoço, eram reduzidas as luzes do serviço bem como os ruídos, dentro do possível, promovendo o repouso da criança e família, fundamental para a sua recuperação e maximização da sua saúde.

Como futuros enfermeiros especialistas é importante desenvolver competências no âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, tendo como base a epistemologia em enfermagem. Esta esfera de competências implica uma prática ética, com respeito pelos direitos humanos, e uma responsabilidade profissional acrescida, pois é nosso dever demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, com base em tomadas de decisão ético-deontológicas, pelo superior interesse da pessoa (OE, 2010a).

Domínio da melhoria contínua da qualidade
Competências comuns do enfermeiro especialista
B1 – Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica
B2 – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade
Competências de mestre
D) Ser capazes 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.

Como estudantes na área da especialidade, procurámos ser um agente dinamizador no desenvolvimento de iniciativas e projetos, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

O desenvolvimento da análise e planeamento de projetos na área da melhoria da qualidade, foi conseguida através da identificação de oportunidades de melhoria nos locais de estágio, operacionalizado através do desenvolvimento de atividades específicas em cada local de estágio e da

atividade transversal aos estágios, tendo como suporte os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem, que “constitui-se, para os enfermeiros especialistas nesta área de especialização como uma oportunidade e referencial para a prática especializada, que estimule a reflexão contínua sobre a qualidade do exercício profissional e apoie os processos de melhoria contínua da qualidade” (OE, 2009:5).

No serviço de neonatologia o projeto da promoção do conforto do recém-nascido no domicílio, dirigido aos pais, permitiu o envolvimento e parceria de cuidados, previstos nos cuidados de enfermagem especializados, a partir da filosofia de cuidados centrados na família. “Concebendo a família como contexto da criança/jovem, os cuidados de enfermagem implicam o estabelecimento de uma comunicação efectiva, tendo em conta as intervenções ao nível dos seguintes domínios de actuação: envolvimento; participação e parceria de cuidados; capacitação; negociação dos cuidados” (OE, 2009:14).

Os ensinamentos aos pais sobre os cuidados promotores de conforto no domicílio procuraram “a participação dos pais ou pessoa significativa/prestador informal de cuidados, (...)” nos cuidados ao recém-nascido “através de um paradigma integrativo e holístico” estabelecendo “uma comunicação onde predomine a partilha de conhecimentos” (OE,2009:15-16).

Neste sentido contribuímos para a promoção das competências parentais, previsto no enunciado descritivo do bem-estar e o auto-cuidado dos padrões de qualidade da área de especialização.

Na UCSP a elaboração da norma da consulta de enfermagem de desenvolvimento infantil no primeiro mês de vida, permitiu a colaboração na “concretização de projectos institucionais na área da qualidade (...)” permitindo a implementação de “programas de melhoria contínua” (OE, 2010a:6), como descrito no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista.

É importante procurar as áreas prioritárias de intervenções, para que seja possível desenvolver projetos, de modo a melhorar a qualidade dos cuidados às crianças e famílias. O envolvimento em projetos de melhoria contínua é indispensável, para a uniformização dos cuidados, com base na evidência científica. Este projeto foi visto pelos enfermeiros da UCSP como uma oportunidade para introduzir mudanças, inclusivamente do ponto de vista organizacional, permitindo que o serviço pudesse responder adequadamente às necessidades das crianças e suas famílias.

No serviço de internamento de pediatria, a elaboração de uma revisão sistemática de literatura sobre a utilização de fardas de enfermagem coloridas na promoção do conforto na criança e família em contextos de saúde e doença, ofereceu-nos resultados pertinentes suportados na evidência científica, para aplicação de novas diretrizes quanto ao fardamento hospitalar no departamento de pediatria.

A comunicação dos resultados obtidos à equipa de enfermagem, enfermeiro chefe e enfermeira diretora, permitiu-nos uma oportunidade de mudança na área do conforto da criança e infantil, personalizando os cuidados e a postura nesta população, que apresenta características específicas e importantes em ter em conta, na prestação dos cuidados holística.

A atividade transversal aos contextos de estágio sobre a perspetiva do enfermeiro na promoção do conforto ao recém-nascido, criança e jovem, foi uma estratégia de melhoria, através da reflexão em equipa sobre esta temática, permitindo desenvolver conclusões sobre a perspetiva dos enfermeiros de cada serviço sobre a área temática abordada. Esta reflexão potenciou a procura de novos conhecimentos na área, bem como o desenvolvimento de raciocínio a eles subjacentes.

Ao longo dos estágios procurámos prestar cuidados segundo as normas e protocolos institucionais, fazendo cumprir as indicações decorrentes de informação científica. A reflexão sobre os cuidados prestados ao recém-nascido, criança, jovem e família, foi transversal em todos os locais de estágio, promovendo desta forma uma avaliação da qualidade dos cuidados prestados, identificando oportunidades de melhoria. As orientadoras clínicas e a docente supervisora através de reuniões intermédias, auxiliaram-nos no desenvolvimento de uma reflexão correta, para obtenção de uma resposta correta, tendo em conta as evidências científicas existentes.

Os trabalhos realizados no contexto teórico do mestrado, permitiu o desenvolvimento e consolidação de conhecimentos específicos passíveis de serem aplicados no contexto de prestação de cuidados, mantendo assim o conhecimento atualizado, e garantindo uma prestação de cuidados efetiva e de qualidade.

Domínio da melhoria contínua da qualidade

Competências comuns do enfermeiro especialista

B3 – Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro

Ao longo do estágio procuramos criar um ambiente terapêutico e seguro, respeitando as diferenças e individualidades de cada criança família, no que respeita à sua cultura, necessidades espirituais e as suas crenças. Os cuidados centrados na família foram um modelo que esteve sempre inerente à prestação dos cuidados, permitindo o envolvimento da família na resposta às necessidades das crianças e jovens.

A prestação de cuidados e a segurança do cliente é uma componente imprescindível para a qualidade nos cuidados de saúde à pessoa. Nos últimos tempos, a segurança do cliente assumiu uma grande importância, tanto para os clientes e seus familiares, como para os profissionais de saúde, que cada vez mais o assumem como principal missão (Sousa, Uva, & Serranheira, 2010).

A segurança infantil é uma temática bastante importante e imprescindível de ser abordada para a promoção do conforto e saúde das crianças e famílias. Nos diferentes contextos de estágio, foi providenciado um ambiente seguro às crianças, através da utilização de grades nos berços e camas, da adequação dos brinquedos a cada faixa etária, na identificação das crianças para prevenir o erro, e na identificação das visitas com autorização dos pais.

Os ensinamentos sobre a segurança infantil também foram realizados nos diferentes contextos, como é exemplo, no serviço de neonatologia, a quando a alta, era solicitado aos pais que trouxessem a contenção onde iriam transportar o recém-nascido, realizando o ensino de como colocar a contenção corretamente, e como devem ser transportados no carro. Foi reforçado o ensino da importância de transportar a criança sempre num meio de contenção adequado, sempre com a colocação do cinto de segurança por mais curtas considerassem ser as distâncias a deslocar. Na UCSP foram realizados os ensinamentos consoante as idades-chave das consultas de desenvolvimento infantil. No serviço de internamento procuramos oportunidades de ensinamentos às famílias e às próprias crianças para o risco do acidente, e a sua prevenção, desenvolvendo momentos de partilha de conhecimentos e experiências vivenciadas.

O controlo de infeção foi uma medida que procurámos implementar na promoção da segurança das crianças em meio hospitalar. O serviço de neonatologia, apresentava duas salas com incubadoras, pelo que procuramos dividir as crianças, colocando as crianças com necessidade de isolamento numa sala e outras noutra sala, para promover o controlo de infeção e o risco de disseminação.

Os métodos de trabalho no serviço de neonatologia e internamento, era o método de trabalho individual, que permitia reduzir a probabilidade de erro durante a prestação de cuidados, nomeadamente na administração de terapêutica. Na terapêutica administrada nos contextos de estágio procuramos cumprir com as regras de segurança evitando a incidência de erro terapêutico, garantindo a segurança das crianças.

A segurança dos dados foi mantida, nomeadamente no desenvolvimento de trabalhos académicos, como é exemplo o estudo de caso onde foi garantido o anonimato dos recém-nascidos e família envolvida, bem como o questionário aplicado aos enfermeiros foi garantida o anonimato e confidencialidade. A elaboração deste relatório também protege os dados institucionais e dos casos relatados.

Domínio da gestão dos cuidados

Competências comuns do enfermeiro especialista

C1 – Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

C2 – Adapta a liderança e a gestão aos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.

Ao longo dos estágios pude compreender todas as funções, responsabilidades e deveres de um enfermeiro chefe de equipa, colaborando e refletindo em tomadas de decisão com a enfermeira orientadora. A escuta atenta da passagem de turno, é o ponto de partida para ter conhecimento da situação geral do serviço. Esta tomada de conhecimento é fundamental para tomar decisões ponderadas sobre situações que possam acontecer ao longo do turno, relacionadas com a prestação de cuidados.

No serviço de internamento, a enfermeira orientadora, foi a maior parte dos turnos, a chefe de equipa, pelo que foi possível colaborar e refletir com a mesma sobre as decisões a tomar ao longo do turno. Detínhamos conhecimento sobre todas as crianças internadas, bem como os recursos físicos,

materiais e humanos existentes. Era realizada a distribuição das crianças internadas pelos enfermeiros do turno, tendo em conta a sua situação e a necessidade de cuidados específicos de cada criança e família, de modo a que a distribuição pudesse ser equilibrada na equipa e responder, eficazmente, a cada situação em particular.

Após a passagem de turnos eram organizados os cuidados em equipa, sendo que a chefe de equipa sugeria as prioridades, e a decisão era tomada em equipa. Sendo um serviço de internamento, a qualquer momento poderia surgir a necessidade de transferência de uma criança do serviço da urgência pediátrica para o internamento. Neste sentido, procurávamos observar todas as crianças no início do turno, compreendendo o estado de saúde e as necessidades específicas de cada criança e família, de modo a antecipar os cuidados e as medidas necessárias ao longo do turno.

Organizando o turno desde o início, é possível gerir situações inesperadas que possam vir a acontecer, e este trabalho foi realizado em conjunto com a enfermeira orientadora, refletindo sobre a priorização dos cuidados, a importância da gestão dos cuidados, numa perspetiva holística, e no caminho para a qualidade da prestação de cuidados.

A equipa de enfermagem do serviço de internamento, passou por uma fase com falta de recursos, o que levou à exaustão da equipa, pela carga de trabalho existente e a falta de elementos. A elevada carga horária a que os trabalhadores da área da saúde estão sujeitos, para além de favorecer o aparecimento de doenças mentais e/ou físicas, está também relacionada com a ocorrência de acidentes de trabalho, erros de medicação, exaustão, sobrecarga laboral e ausência de lazer (Dalri, Silva, Mendes, & Robazzi, 2014).

O ambiente laboral fica pesado, e conduz ao aparecimento de conflitos. A enfermeira orientadora, enquanto chefe de equipa, responsabilizava-se pela gestão desses conflitos, de modo a garantir que não fosse prejudicada a prestação de cuidados às crianças e famílias, através da promoção de um ambiente positivo e favorável à prática, e aplicando estratégias de motivação na equipa para um desempenho eficiente.

A delegação de tarefas pelos elementos da equipa, foi uma estratégia utilizada, demonstrando confiança pelos mesmos, e reconhecendo e valorizando o esforço e empenho de cada elemento da equipa. O elogio da qualidade, eficácia e eficiência da prestação de cuidados dos elementos da equipa, foi outra estratégia adotada para a promoção de um ambiente positivo no serviço.

A liderança é uma competência importante para alcançar as metas organizacionais e coletivas da organização do trabalho. As práticas de liderança podem influenciar o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro no seio da equipa, promovendo a qualidade dos cuidados (Silva, Camelom Soares, Resck, Chaves, Santos, Leal, 2016).

As medidas de gestão e liderança devem procurar a harmonia, o equilíbrio, o bem-estar e a motivação na equipa, pelo que devem ser ponderadas e antecipadas, evitando as decisões à pressão que podem gerar falhas e desagradados na equipa.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais
Competências comuns do enfermeiro especialista
D1 – Desenvolve o auto-conhecimento e a assertividade.
D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.
Competências de mestre
a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação.
b) 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, ainda que relacionados com a sua área de estudo.
e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

A decisão de investir na formação profissional e pessoal, é uma premissa na procura da excelência do exercício profissional. “O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de (...) manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015: 8080).

Foi com base nesta premissa que decidimos frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Benner (2001) através do seu trabalho “De iniciado a perito: Excelência e Poder na Prática de Enfermagem” estudou a aquisição de competências baseada na aprendizagem clínica e o conhecimento inerente à prática de enfermagem, desenvolvendo um modelo de aquisição de competências tendo por base o Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus, identificando cinco níveis de competências na prática clínica de enfermagem: iniciado, avançado, competente, proficiente e perito.

Segundo o mencionado, e projetando a nossa experiência profissional adquirida em contexto de urgência pediátrica há 2 anos e 4 meses, enquadramo-nos harmoniosamente no estágio 3: Competente. “A enfermeira competente trabalha no mesmo serviço há dois ou três anos” (Benner, 2001: 53).

No estágio que nos encontramos, segundo a Benner (2001), as intervenções são desenvolvidas de acordo com os objetivos ou planos a longo prazo dos quais está consciente. Planeia as intervenções com recurso à análise do que considera mais importante, priorizando assim as intervenções. Contudo, não desenvolveu a “rapidez nem a maleabilidade da enfermeira proficiente, mas tem o sentimento que sabe bem as coisas e que é capaz de fazer frente a muitos imprevistos que são o normal na prática de enfermagem” (Benner, 2001: 54).

No entanto, “a planificação consciente e deliberada que caracteriza este nível de competência, ajuda a ganhar eficiência e organização” (Benner, 2001:54).

Posto isto, conhecendo o estágio de desenvolvimento de competências que nos encontramos, e tendo em conta a experiência individual e profissional já adquirida, podemos afirmar que detemos de uma elevada consciência de nós mesmos enquanto pessoa e enfermeiro, reconhecendo os limites pessoais e profissionais que possuímos.

O desenvolvimento do auto-conhecimento permitiu-nos mobilizar os conhecimentos e competências adquiridas na área da urgência, para os contextos de desenvolvimento e aquisição de competências de mestre e especialista, responsabilizando-nos de sermos facilitadores da aprendizagem na área da especialidade.

Ao longo dos estágios, observamos os enfermeiros especialistas tendo em conta os seus comportamentos e posturas perante as crianças e famílias e a equipa multidisciplinar, refletindo que tendo em conta a nossa experiência, ainda temos muito que aprender e trabalhar, nomeadamente no à vontade para nos afirmarmos e assumir as competências, que desenvolvemos nestes contextos. Os anos

de experiência profissional são muito importantes, mas o investimento na aquisição de novos conhecimentos, com base na evidência científica, na investigação e na aplicação durante a prestação de cuidados, potencia o crescimento pessoal e profissional na excelência do exercício em enfermagem.

As competências adquiridas na área da investigação, ofereceram-nos ferramentas que permitem uma aprendizagem contínua ao longo da vida, de um modo autónomo. Neste sentido compreendemos a importância de investir na procura de novos conhecimentos, para aplicar na prática, garantido uma prestação de cuidados com base na informação mais correta e atual.

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem da saúde da criança e do jovem

1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.

A maximização da saúde da criança/jovem e família, é um dos grandes objetivos do enfermeiro especialista em enfermagem da saúde da criança e do jovem.

Para conseguir trabalhar na promoção da saúde das crianças, temos que obrigatoriamente incluir os pais/pessoas significativas, tendo em conta as necessidades específicas das crianças, e da importância dos pais na vida das crianças. Trabalhando em parceria, neste binómio criança/família, conseguimos alcançar a optimização da saúde, e o desenvolvimento das competências parentais na promoção da saúde dos seus filhos. É com base no modelo de parceria de Anne Casey, que se fundamenta o já referido.

No seguimento do anteriormente referido, a parceria de cuidados com os pais torna-se essencial. Atualmente, o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, encontra-se bastante sensível ao envolvimento e participação ativa dos pais na prática do cuidar à criança, desenvolvendo um processo de parceria de cuidados. Este pressuposto requer uma interação integral da família de modo a que sejam criadas condições que potenciem o desenvolvimento global da criança (Moita, 2015).

A promoção de um desenvolvimento infantil saudável, consiste em coadjuvar a criança em parceria com a família, a desenvolver-se dentro dos padrões esperados para a sua idade, respeitando os seus determinantes sociais. Para isso, deve existir uma equidade no acesso aos serviços de saúde, assim como o reconhecimento e a capacitação dos pais/pessoa significativa, enquanto primeiros prestadores de cuidados (DGS, 2012).

O artigo 101º do estatuto da OE, do dever para com a comunidade, prevê que “o enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de: a) conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está profissionalmente inserido; b) participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados; c) colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade” (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, 2015: 81).

O enfermeiro especialista em ESCJ é responsável pela promoção da saúde e do bem-estar da criança/família. Tem o dever de compreender a importância da prevenção da doença e a promoção da saúde, para elaborar um plano de cuidados nesse contexto, tendo por base as diferentes fases de desenvolvimento da criança, que deve conter a nutrição, vacinação, segurança, higiene oral, socialização, disciplina e educação (Hockenberry & Barrera, 2014).

Para otimizar a saúde das nossas crianças, é importante conhecer quais são as necessidades específicas de cada uma tendo em conta a faixa etária em que se encontram. Neste sentido ao longo do processo de aprendizagens, procurámos consolidar o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e as características de cada faixa etária, para encontrarmos respostas adequadas a cada situação de saúde e doença, com as quais nos fomos confrontando.

Nos diferentes contextos, nomeadamente no serviço de neonatologia e internamento, deparamo-nos com crianças, cujas patologias não tínhamos conhecimentos ou que não nos sentíamos tão à vontade, o que promoveu a procura e a pesquisa sobre essas patologias, para implementar as respostas de enfermagem apropriadas à situação de doença.

Possuindo conhecimento sobre as situações de doença, com maior segurança são proporcionados os conhecimentos e promoção de aprendizagens de habilidades especializadas e individuais às crianças e famílias na gestão de processos específicos de doença.

No serviço de internamento encontravam-se com alguma regularidade crianças internadas em processo de doença de diabetes tipo 1, inaugurais ou em fase aguda.

A diabetes é um mundo e detém características específicas, onde é necessário conhecer muito bem todas as suas particularidades, para que o ensino às crianças e aos pais seja eficiente.

Dependendo da faixa etária e da compreensão dos pais, deve-se adequar os ensinamentos, de modo a que compreendam os conhecimentos transmitidos, e que se tornem aptos para gerir a doença no domicílio. Segundo a carta da criança hospitalizada as crianças e os pais têm o direito de receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão (EACH, 1988). Neste sentido tornamo-nos facilitadores da aquisição de conhecimentos relativos à saúde e doença, promovendo segurança à criança/jovem e família.

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem da saúde da criança e do jovem

2. Cuida da criança/jovem e famílias nas situações de especial complexidade

As situações de especial complexidade, que o enfermeiro ECSJ, deve estar habilitado são: criança em situação de urgência/emergência, com capacidade de reconhecer situações de instabilidade hemodinâmica e risco de vida; criança com dor ou desconforto, com capacidade de fazer uma gestão diferenciada procurando otimização nas respostas; criança com necessidade de terapias alternativas suportadas na evidência; criança com doença crónica, oncológicas, deficiência/incapacidade. (OE, 2010b).

A nossa experiência profissional, permite-nos estar mais familiarizados em situações de instabilidade hemodinâmica e risco de vida. No decorrer dos estágios, felizmente, não vivenciamos nenhuma situação de risco de vida iminente ou morte.

O curso de suporte avançado de vida pediátrico realizado em contexto teórico do curso de mestrado, foi uma mais-valia, para o desenvolvimento e aquisição de competências em urgência e emergência, nomeadamente em contexto laboral.

O serviço que mais nos desafiou nesta área foi, a unidade de neonatologia, onde se encontravam recém-nascidos de alto risco, com situações complexas, e por vezes instabilidade hemodinâmica, como é exemplo a prematuridade. Associados à prematuridade, existem problemas que estão relacionados com a adaptação extra-uterina secundária à imaturidade dos sistemas orgânicos, problemas esses que podem ser respiratórios, neurológicos, cardiovasculares, hematológicos, infecciosos, e problemas a longo prazo (Lee, 2010).

A elaboração de um estudo de caso neste serviço permitiu-nos desenvolver as problemáticas inerentes à complexidade de cuidados exigidos a recém-nascidos prematuros gemelares, o que promoveu o desenvolvimento e aquisição de conhecimentos numa perspetiva holística. Foi possível desenvolver uma prestação de cuidados personalizada, devido ao conhecimento aprofundado dos recém-nascidos e família, adquirido na recolha de dados realizada inicialmente e ao longo do internamento, compreendendo as necessidades especificadas dos recém-nascidos e da sua família.

A gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem e família e procura da otimização de respostas, foi a máxima neste percurso de aprendizagens. O desenvolvimento do projeto na área da promoção do conforto no recém-nascido, criança, jovem e família permitiu-nos aplicar conhecimentos sobre saúde e conforto nos quatro contextos definidos por Kolcaba, em situações de saúde e doença, garantindo uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar, com recurso a habilidades em terapias não farmacológicas baseadas na evidência.

O conforto e bem-estar do recém-nascido, criança e família é essencial para nos processo saúde-doença, pelo que devem ser promovidos nos diversos contextos de saúde, desde os cuidados de saúde primários até aos cuidados hospitalares. Promover o conforto à criança/família, é garantir uma maximização do bem-estar do núcleo familiar, potencializando o desenvolvimento infantil saudável, e uma melhoria significativa num processo de doença.

Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem da saúde da criança e do jovem

3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

Nas consultas de saúde infanto-juvenil na UCSP, a avaliação do desenvolvimento infantil era suportada pela Escala de Avaliação de Mary Sheridan, referenciada no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, constituindo-se como um instrumento de avaliação do desenvolvimento fiável e seguro, e preconizado pela Direção Geral de Saúde.

Para uma intervenção eficaz na promoção do desenvolvimento infantil, o enfermeiro deve conhecer as diferentes fases de desenvolvimento da criança, e associar ao seu conhecimento, um instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização (OE, 2010c).

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) é um programa-tipo de atuação em saúde infantil e juvenil, criado em 1992, através da Circular Normativa 9/DSI, de 6 de outubro, da Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, que tem vindo a sofrer alterações, de modo a garantir cuidados de saúde adequados e eficazes, através da sua aplicação. Este programa é um instrumento de apoio à saúde infantil e juvenil, garantindo a igualdade de oportunidades de desenvolvimento a todas as crianças e jovens, independentemente dos contextos socioeconómicos em que se encontram inseridos. (DGS, 2013)

Todas as crianças devem ser submetidas a um acompanhamento através de consultas e rastreios, de modo a ser possível identificar precocemente atrasos de ritmo ou incapacidades de desenvolvimento. Assim, é possível intervir adequadamente numa fase inicial, minimizando as consequências para a criança/família, favorecendo a sua qualidade de vida (OE, 2010c).

Estas consultas são uma excelente oportunidade para partilhar conhecimentos com os pais, no sentido de adequá-los na gestão da parentalidade.

Nas consultas saúde infantil, inicialmente o olhar a criança em contexto de doença encontrava-se presente, devido à nossa experiência profissional. Existiu uma situação em que verificámos que um lactente se encontrava com sinais evidentes de dificuldade respiratória, e procurámos junto da enfermeira orientadora compreender como atuávamos nesta situação, sugerindo o encaminhamento e contacto ao serviço de urgência, para que estivessem prontos a receber esta criança. Este processo fez-nos refletir sobre a importância da rede de recursos comunitários de suporte à criança e família, tanto em contexto de saúde como em contexto de doença.

Os conhecimentos adquiridos na área do desenvolvimento infantil e promoção da saúde na criança e família, permitiu-nos estar mais atentos às questões inerentes ao desenvolvimento infantil, o que nos trouxe benefícios no nosso contexto laboral. Na unidade de urgência pediátrica, nem sempre as questões do desenvolvimento infantil são trabalhadas, pois em situações complexas de saúde da criança, existe uma priorização dos cuidados que nem sempre nos dá tempo de trabalhar a promoção da saúde.

Depois de passarmos pelo contexto das consultas de saúde infantil, sentimos a diferença no olhar para a criança na perspetiva da promoção da saúde. Por vezes, durante a noite os pais recorrem ao serviço de urgência com os seus recém-nascidos, pois não compreendem o choro do recém-nascido,

ou não conseguem amamentar, ou o recém-nascido encontra-se com problemas em evacuar. Estas idas a meio da noite por estas situações, demonstram a provável insegurança dos pais no cuidar ao recém-nascido, pelo que se torna imprescindível promover os ensinamentos adequados e necessários para que a parentalidade seja desenvolvida.

O desenvolvimento de competências nos ensinamentos do cuidar ao recém-nascido, como estratégias para a amamentação eficaz, massagem abdominal e estimulação para evacuar, limpeza e desinfecção do coto-umbilical, entre outros, melhorou em grande escala, por sentir a segurança nos conhecimentos desenvolvidos nesta área.

Em síntese, avaliando a fundamentação realizada, consideramos que foi efetivado o desenvolvimento e consolidação de competências exigido neste curso de mestrado. Deste modo, restamos comprometidos a manter este desenvolvimento constante, mantendo a aprendizagem ao longo da vida, de modo a adquirir novos conhecimentos e a consolidar as competências até então desenvolvidas.

4. CONCLUSÃO

A realização deste relatório permitiu-nos refletir sobre o percurso de aprendizagens realizado, nomeadamente na área temática do projeto: Promoção do conforto no recém-nascido, criança, jovem e família: Atuação do enfermeiro especialista em contexto de saúde-doença, demonstrando o percurso efetuado ao longo do curso e contextos clínicos de estágio, dando resposta ao desenvolvimento e aquisição de competências de mestre, competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em saúde da criança e jovem.

A palavra conforto é utilizada recorrentemente pelos enfermeiros de uma forma vaga e mal definida, inerente aos cuidados prestados, como é exemplo “a criança encontra-se aparentemente confortável”, o que nos questionou sobre o que é uma criança aparentemente confortável? O conforto tem um significado muito mais holístico e complexo, do que apenas a aparência confortável ou a ausência de dor, como é muitas vezes definido. O conforto resulta de um resultado positivo das intervenções de enfermagem, num processo dinâmico e holístico do cuidar.

Promover a reflexão sobre a temática do conforto junto das equipas de enfermagem dos diferentes contextos, foi um dos grandes objetivos alcançados. Os enfermeiros consideraram muito importante a promoção do conforto, e foi notável a preocupação e colaboração na implementação de estratégias para o conforto da criança e família, na procura da melhoria da qualidade dos cuidados prestados. A teoria do conforto de Kolcaba, foi um suporte importante e crucial para operacionalizar o conceito de conforto nos diferentes contextos, promovendo na equipa de enfermagem a vontade de dar visibilidade aos cuidados prestados no âmbito do conforto. A estrutura taxonómica que a teoria confere, foi um aspeto facilitador que permitiu um correto levantamento e planeamento das necessidades específicas de cada criança e família nos diferentes tipos de conforto.

O desenvolvimento das atividades específicas, tendo em conta o diagnóstico de situação específico de cada contexto, permitiu evidenciar a promoção do conforto nos cuidados prestados, tendo em conta as necessidades específicas de cada local de estágio. Acreditamos que o balanço destas atividades foi positivo, e que conseguimos fazer a diferença com a implementação de novos desafios no cuidar em enfermagem, evidenciando as competências de mestre e enfermeiro especialista, as quais desenvolvemos ao longo deste percurso.

Todas as atividades desenvolvidas nos locais de estágio, foram suportadas num pensamento crítico e reflexivo, fundamentando na investigação, só assim é que o Mestre em Enfermagem na sua área de especialização, poderá fazer a diferença no cuidar em enfermagem.

O carácter temporal dos estágios, não permitiu desenvolver projetos em larga escala, pelo que consideramos ter conseguido colmatar essa dificuldade com o desenvolvimento de projetos exequíveis e necessários, de acordo com o diagnóstico de situação realizado em cada local de estágio. Também devido ao cumprimento de prazos e ao carácter limitativo, não foi possível avaliar junto das crianças e famílias as fontes de conforto e desconforto, que consideramos que fosse um projeto rico e interessante na área da promoção do conforto, pelo que consideramos que existe possibilidade de ser dada continuidade ao projeto agora, por nós, iniciado.

É extremamente gratificante refletir sobre o percurso de aprendizagens desenvolvido, que promoveu um conjunto de competências promotoras de mudança, no saber - ser, saber - estar, saber - fazer e saber – saber, enquanto enfermeira de saúde infantil e pediátrica. Atualmente, esta aquisição de competências permitiu-nos ter outro olhar para a criança e família, muito mais abrangente, muito mais holístico. Saber que poderemos fazer a diferença na vida de uma criança e família, já faz valer a pena termos alcançado este objetivo.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, João Luís Alves (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – Análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência, Série II nº 9 Março* pp. 61-67
- Askin, Debbie Fraser, Wilson, David (2014) – Recém-Nascido de Alto Risco e a Família. In Hockenberry, Marilyn J.& Wilson, David, Wong, Enfermagem da Criança e Adolescente (9ª edição - pp. 331-411). Loures: Lusociência.
- Bardin, Laurence (1977). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70 Lda. ISBN 972-44-08-98-1
- Barros, L. (2006) – A Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia como Unidade Promotora do Desenvolvimento. In Canavarro, Maria Cristina, *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (2ª edição - pp. 235-254). Coimbra: Quarteto
- Benner, Patrícia (2001). *De Iniciado a Perito*. (Inglês Estados Unidos da América) Coimbra: Quarteto.
- Carnevale, Franco A., Gaudreault, Josée (2013). The experience of critically ill children: A phenomenological study of discomfort and comfort. *Dynamics*, 24 (1), 19-27
- Casey, Anne (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In GLASPER, Edward; TUCKER, Ann. “*Advances in Child Health Nursing*”. Oxford: Scutari Press. ISBN1-871364-91-4
- Cavalcante, Ricardo Bezerra, Calixto, Pedro, Pinheiro, Marta Macedo Kerr (2014). ANÁLISE DE CONTEÚDO: Considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. Artigo de revisão. *Inf. & Soc.:Est., João Pessoa*, v.24, n.1, p. 13-18, jan./abr. 2014. Acedido a 20 de Outubro de 2017 em http://basessibi.c3sl.ufpr.br/brapci/_repositorio/2015/12/pdf_ba8d5805e9_0000018457.pdf
- Correia, M., Correia, S., Santos, M. F., Lourenço, A. (2010) – A Enfermeira no desenho da Criança. *Revista Referência, Série II, (12)*. 83-92
- Cruz, Cláudia; Caromano, Fátima (2005). Características das técnicas de massagem para bebés. Artigo de Revisão. *Revista Ter. Ocup, Universidade São Paulo*. Vol 16, nº1, p 47-53, Jan/abr de 2005.

Promoção do conforto no Recém-nascido, Criança e Jovem: Atuação do Enfermeiro Especialista em Contexto de saúde-doença.

Dalri, R., Silva, L., Mendes, A., & Robazzi, M. (2014). Carga Horária de Trabalho dos Enfermeiros e sua Relação com as Reações Fisiológicas do Estresse, *22(6)*. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3292.2503>

Decreto-Lei nº63/2016 de 13 de Setembro (2016). Graus académicos e diplomas do ensino superior. Diário da República I Série, nº176 (2016-09-13) 3159 – 3191. Acedido a 13 de Janeiro de 2018 em <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>

Diogo, Paula. (2012). Trabalho com as emoções em Enfermagem Pediátrica - Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar. Loures: Lusociência

Diogo, Paula; Vilelas, José; Rodrigues, Luiza; Almeida, Tânia (2016) – Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, Vol. 20 (2) 26-47

Direção Geral de Saúde [DGS] (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Nº014/2010 (14/12/2012). Acedido a 26 Outubro de 2017 em http://www.aped-dor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Avaliacao_da_Dor_nas_Crianças.pdf

Direção Geral de Saúde [DGS] (2012). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa. Acedido a 17 de abril de 2017 em: <http://www.dgs.pt/pns-e-programas/programas-de-saude/saude-infantil-e-juvenil.aspx>

Direção-Geral de Saúde [DGS] (2013) – Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil. Norma da direção-geral da saúde nº 010/2013.

Dowd, Thérèse. (2002). Teoria do Conforto. In Tomey, A., *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª edição – pp. 699 – 715). Loures: Lusociência.

European Association for Children in Hospital [EACH] (1988). *Carta da Criança Hospitalizada*: Instituto de Apoio à criança.

Ferrito, Cândida; Nunes, Lucília; Ruivo, Mª Alice (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de etapas. Revista percursos nº15, Janeiro – Março 2010

Promoção do conforto no Recém-nascido, Criança e Jovem: Atuação do Enfermeiro Especialista em Contexto de saúde-doença.

Galdeano LE, Rossi LA, Zago MMF. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. Rev Latino-am Enfermagem 2003 maio-junho; 11(3):371-5]. In Casa Nova, António; Ramos, Ana Lúcia; Chora, Antónia; Calado, Gabriela (2017) – Ficha da Unidade Curricular do Estágio I.

Hockenberry, M. J., Barrera, P. (2014) – Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In Hockenberry, Marilyn J. & Wilson, David, Wong, Enfermagem da Criança e Adolescente (9ª edição – pp., 1-20). Loures: Lusociência

INFARMED (2010). Folheto Informativo: Informação para Utilizador - Emla penso, 25 mg/g + 25 mg/g, Penso impregnado.

INFARMED (2010). Folheto Informativo: Informação para utilizador - EMLA, 25mg/g + 25 mg/g, creme.

Kolcaba, Katharine; dimarco, Marguerite A. (2005). Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. Pediatric Nursing, may – june, vol. 31, nº 3, pp. 187-194

Lee, Kimberly G. (2014). Identificação do recém-nascido de alto risco e avaliação da idade gestacional, prematuridade, pós-maturidade e neonatos grandes para a idade gestacional e pequenos para a idade gestacional. In Hockenberry, Marilyn J.& Wilson, David, Wong, Enfermagem da Criança e Adolescente (9ª edição - pp. 331-411). Loures: Lusociência.

Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando -o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro. Diário da República I série, n.º 181 (2015-09-16) 8059 – 8105. Acedido a 10 de Março de 2018 em <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>

Marqui, Alessandra Bernadete Trovó (2016) – Teste do Pezinho e o Papel da Enfermagem: Uma Reflexão. Estudo teórico. Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde, Ago/Dez 2016, 5(2): 96-103. Acedido a 23 de Outubro de 2017, em: <http://seer.uftm.edu.br/revistaelectronica/index.php/enfer/article/view/1605/pdf>.

Moita, H. (2015). *Um olhar sobre o desenvolvimento das crianças em idade pré-escolar – Uma perspetiva da intervenção do enfermeiro*. Relatório de Estágio apresentado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Instituto Politécnico de Santarém - Escola Superior de Saúde de Santarém. Acedido a 17 de abril de 2017 em:

Promoção do conforto no Recém-nascido, Criança e Jovem: Atuação do Enfermeiro Especialista em Contexto de saúde-doença.

<http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1485/1/Relatorio%20estagio%20II%20mestrado.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2009) – Farda de Enfermagem em Internamento de Psiquiatria Agudos. Parecer nº216/2009. Conselho de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010c). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Cadernos OE*, série I, número 3, volume 1. Acedido a 17 de abril de 2017 em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatica_volume1.pdf

Ordem dos enfermeiros [OE] (2011) – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 18 de Janeiro de 2018 em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>

Ordem dos enfermeiros [OE] (2013) – Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. *Cadernos OE*, série 1, número 6. Acedido a 17 de Abril 2017 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf

Pelander, T., Lehtonen, K., Leino-Kilpi, H. (2007) – Children in the Hospital: Elements of Quality in Drawings. *Journal of Pediatric Nursing*, Vol 22 (4), 333-341

Roldão, Graça (2017)– Dor? Claro que Não!. In Saldanha, Joana; Moniz, Carlos, Machado, Maria do Céu – Nascer pré-termo. Cuidados multidisciplinares. (pp. 113-119). Lisboa: Associação das crianças

Promoção do conforto no Recém-nascido, Criança e Jovem: Atuação do Enfermeiro Especialista em Contexto de saúde-doença.

de Santa Maria. Serviço de neonatologia, departamento de pediatria, Hospital de Santa Maria – CHLN, EPE

Sanders, Jennifer (2014) – Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In Hockenberry, Marilyn J.& Wilson, David, Wong, *Enfermagem da Criança e Adolescente* (9ª edição - pp. 1025-1060). Português (Portugal) Loures: Lusociência.

Silva, Vânea L. S., Camelo, Sílvia H. H. C., Soares, Mirelle I., Resck, Zélia M. R., Chaves, Lucieli D. P., Santos, Fabiana C., Leal, Laura A. (2016). Práticas de liderança em enfermagem hospitalar: uma self de enfermeiros gestores. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 207;51:e03206

Sousa, P., Uva, A., & Serranheira, F. (2010). Investigação e Inovação em Segurança do Doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Temat(10)*, 89–95. Acedido a 23 Março 2018 em [https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/10-Investigacao e inovacao em seguranca do doente.pdf](https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/10-Investigacao_e_inovacao_em_seguranca_do_doente.pdf)

Sousa, Patrícia Pontífice (2014). O conforto da pessoa idosa: projeto de vivência e cuidado co-criado. Lisboa: Universidade Católica Editora, 168 p. ISBN 978-972-54-0440-9

UNICEF (1990). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*.

Universidade de Évora [UE] (2016). Regulamento do Funcionamento do Mestrado de Enfermagem. Évora

Universidade de Évora [UE] (2017a). Unidade Curricular Estágio 1. Évora

Universidade de Évora [UE] (2017b). Unidade Curricular Estágio Final. Évora

Vale, M. & Oliveira, G. (s.d.). Consentimento Informado em Menores. In *Comissão de Ética para a Investigação Clínica [CEIC]*. Acedido a 20 de novembro de 2016 em <http://www.ceic.pt/documents/20727/57508/Consentimento+Informado+em+Menores/3e12fb83-7a05-4632-baf3-f1a885fb23a5>.

Promoção do conforto no Recém-nascido, Criança e Jovem: Atuação do Enfermeiro Especialista em Contexto de saúde-doença.

Wheeler, Barbara J. (2014). Promoção da Saúde do Recém-Nascido e da Família. In Hockenberry, Marilyn J.& Wilson, David, Wong, Enfermagem da Criança e Adolescente (9ª edição - pp. 1025-1060). Loures: Lusociência

Roque, Sónia, Costa, Graça Aparício (2014). Preparação dos Pais para o Cuidar do Recém-Nascido Após a Alta: Avaliação dos Registos de Enfermagem. Millenium, 47 (jun/dez). 47-60

ANEXOS

ANEXO I – Estrutura Taxonómica do Conforto, da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba Dowd, Thérèse. (2002). Teoria do Conforto. In Tomey, A., *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª edição – pp. 699 – 715). Loures: Lusociência.

		Tipo de Conforto		
		Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Contexto no qual ocorre o conforto	Físico			
	Psico-espiritual			
	Ambiental			
	Social			

Tipo de conforto:

Alívio: Estado do doente que viu satisfeita uma necessidade específica.

Tranquilidade: Estado de calma ou contentamento.

Transcendência: Estado no qual alguém suplanta os seus problemas ou sofrimento.

Contexto no qual ocorre o Conforto:

Físico: Pertencente às sensações corporais.

Psico-espiritual: Pertencente à consciência interna do *self*, incluindo a estima, o conceito, o sexual e o significado na vida de alguém; a relação de alguém com uma ordem ou um ser mais elevados.

Ambiental: Pertencente ao meio, às condições e influências externas.

Social: Pertencente às relações interpessoais, familiares e sociais.

ANEXO II – Parecer da Comissão de Ética da UE para a realização do projeto “Promoção do conforto no recém-nascido, criança, jovem e família: Atuação do enfermeiro especialista em contexto de saúde-doença”



Documento	1	8	0	4	6
-----------	---	---	---	---	---

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof.^ª Doutora Margarida Amoedo e Prof. Doutor Manuel Fernandes, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto "*Promoção do conforto no recém-nascido, criança, jovem e família: Atuação do enfermeiro especialista em contexto de saúde-doença*" da investigadora **Marlene Teixeira Domingues** (mestranda) e Prof.^ª Doutora Ana Lúcia Caeiro Ramos (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Jorge Quina Ribeiro de Araújo)

NIPS **(Neonatal Infant Pain Scale)**

DESCRIÇÃO	
Expressão facial	
0 –Relaxada	Face serena, expressão neutra
1 - Careta	Músculos faciais tensos, sobrancelhas, queixo e maxilares enrugados (expressão facial negativa – nariz, boca e sobrancelha).
Choro	
0 – Ausente	Sereno, não chora.
1 – Choramingo	Choraminguo brando, intermitente.
2 – Choro vigoroso	Gritos altos, agudos, contínuos, que vão aumentando de intensidade. (NOTA: O Choro silencioso pode ser detectado se o RN estiver entubado e é evidenciado por um movimento óbvio facial e local.
Respiração	
0 - Relaxada	Padrão normal para o RN.
1 – Mudança na respiração	Inspiração irregular, mais rápida do que o normal, sufocante, que impede a respiração.
Braços	
0 – Relaxados/Controlados	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos dos braços
1 – Flexionados/Estendidos	Braços tensos, esticados e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida.
Pernas	
0 – Relaxadas/controladas	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos das pernas.
1 – Flexionadas/Estendidas	Pernas tensas, esticadas e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida.
Estado de vigília	
0 – Dorme/calmo	Calmo, tranquilo, a dormir ou acordado e estável.
1 - Agitado	Alerta, inquieto e agitado

Lawrence J, Alcock D, Mcgrath P, Kay J, Macmurray SB, Dulberg C. The development of a tool to assess neonatal pain. Neonatal Network 1993; 12: 59-66.

Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Avaliação da dor no período neonatal. Acta Pediat Port 2005; 36(4): 201-7.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Questionário de aplicação às equipas de enfermagem

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Questionário

O CONFORTO DO RECÉM-NASCIDO, CRIANÇA E FAMÍLIA

Marlene Teixeira Domingues, Enfermeira, Mestranda em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, do Mestrado em Associação das Escolas Superiores de Saúde/Enfermagem de Beja, Castelo Branco, Évora, Portalegre e Setúbal, encontra-se a realizar um projeto sobre *"Promoção do conforto no recém-nascido, criança, jovem e família: Atuação do enfermeiro especialista em contexto de saúde-doença"* para implementação nos diferentes locais de estágio a realizar.

A elaboração deste questionário tem como objetivo identificar o conhecimento da equipa de enfermagem sobre o conforto, a importância do conforto no recém-nascido, criança e família na perspetiva do enfermeiro e as intervenções utilizadas na prestação de cuidados ao recém-nascido, criança e família em contexto de saúde-doença.

A participação no preenchimento deste questionário é voluntária, não existindo qualquer malefício e/ou prejuízo para os participantes. Os dados obtidos destinam-se a ser utilizados exclusivamente para este projeto e às atividades relacionadas com o mesmo. O anonimato e confidencialidade dos participantes é assegurado pelo investigador.

Agradeço desde já a sua disponibilidade.

A Estudante

Marlene Teixeira Domingues

A Docente Orientadora

Prof. Doutora Ana Lúcia Ramos

1 – No seu entendimento, o conforto é...

2 – Quais as intervenções de enfermagem que utiliza nos cuidados prestados à criança e família na promoção do conforto, tendo em conta os seguintes contextos?

Físico _____

Psicoespiritual _____

Ambiental _____

Social _____

3 – Na prestação de cuidados de enfermagem, qual dos contextos de conforto supra-mencionados, considera mais relevante. Porquê?

4 – Considera que a promoção do conforto é um ganho em saúde na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao recém-nascido/criança/família?

Sim

Não

Porquê?

Idade: _____	
Gênero: Feminino <input type="checkbox"/>	
Masculino <input type="checkbox"/>	
Habilitações literárias: Bacharelato <input type="checkbox"/>	
Licenciatura <input type="checkbox"/>	
Especialidade <input type="checkbox"/>	_____
Mestrado <input type="checkbox"/>	_____
Doutoramento <input type="checkbox"/>	_____
Tempo de experiência profissional: _____	
Tempo de exercício profissional neste serviço: _____	

Obrigado pela sua colaboração!

APÊNDICE II – A promoção do conforto no recém-nascido

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



**Mestrado em Enfermagem em Associação
Especialização em Enfermagem da Saúde da Criança e Jovem**
Unidade Curricular: Estágio I

A PROMOÇÃO DO CONFORTO NO RECÉM-NASCIDO

EVORA
Maio de 2017

Índice

INTRODUÇÃO.....	5
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	7
1.1. CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA.....	7
1.2. PLANEAMENTO DA ALTA.....	8
1.3. CARACTERÍSTICAS DO RECÉM-NASCIDO.....	9
1.4. CUIDADOS PARA O DESENVOLVIMENTO.....	9
2. CUIDADOS PROMOTORES DE CONFORTO NO RECÉM-NASCIDO.....	11
NOTA CONCLUSIVA.....	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	14

INTRODUÇÃO

O presente trabalho está inserido no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio I do 1º ano, 2º Semestre do curso de Mestrado em Enfermagem em Associação.

No estágio I pretende-se que o estudante desenvolva conhecimento e competências científicas, técnicas e humanas que visem a abordagem da criança/jovem e família ao longo do seu ciclo de vida, numa perspectiva de prestação de cuidados em resposta ao processo de crescimento e desenvolvimento e à maximização da saúde, mobilizando e integrando as competências descritas para o planeamento, execução e gestão de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade.

O contexto onde decorre o estágio I é no Serviço de Neonatologia do Hospital de Maternidade e Neonatologia do Centro Hospitalar de Maternidade e Neonatologia, pelo que a faixa etária que abrange a prestação de cuidados é o recém-nascido.

Em contexto de estágio, a estudante deverá intervir junto da criança/jovem e família, dando resposta ao seu projeto individual, numa perspectiva de vigilância e promoção da saúde ao longo do seu ciclo de vida. O projeto da estudante destina à "Promoção do conforto da criança e família: Atuação do Enfermeiro Especialista em contexto de saúde-doença".

Nos primeiros dias de estágio, verificou-se que a promoção do conforto do recém-nascido é valorizado na prestação de cuidados. Existe um projeto na área da promoção do bem-estar da criança, e um manual da dor do recém-nascido, que valoriza a promoção do conforto do mesmo. Certificou-se ainda que existem inúmeras normas sobre intervenções na promoção do conforto e bem-estar da criança, normas de procedimento "método de canguru", "diminuição do ruído e luminosidade", "posicionamento do recém-nascido", "massagem ao recém-nascido prematuro".

Após o diagnóstico de situação confirmou-se que a promoção do conforto é muito utilizado neste serviço, mas existe a necessidade de uniformizar os ensinamentos aos pais sobre a promoção do conforto ao recém-nascido no domicílio, no momento da alta. Após a realização de reuniões com a Sr.ª Enf.ª orientadora e a docente orientadora, define-se o objetivo de uniformizar, em suporte papel, os cuidados na promoção do conforto ao recém-nascido no domicílio, para ser realizado o ensino aos pais e fornecido o documento respetivo, no momento da alta.

Posto isto, propõe-se como objetivo geral do presente trabalho, realizar um referencial teórico acerca da temática escolhida, bem como a proposta do suporte em papel – folheto. Como objetivos específicos define-se: realizar um enquadramento teórico sobre cuidados centrados na família, planeamento da alta, características do recém-nascido e cuidados para o desenvolvimento; descrever os cuidados para a promoção do conforto no recém-nascido; e apresentar uma proposta de folheto sobre - a promoção do conforto no recém-nascido, dirigido aos pais, com o objetivo de manter a continuidade dos cuidados ao recém-nascido na área do conforto.

Este trabalho divide-se em texto principal e elementos pós-texto. No texto principal consta: Introdução, desenvolvimento e conclusão. O desenvolvimento engloba dois capítulos: No primeiro capítulo encontra-se um breve enquadramento teórico cuidados centrados na família, planeamento da alta, características do recém-nascido e cuidados para o desenvolvimento; e no segundo capítulo encontra-se descrito os cuidados para a promoção do conforto no recém-nascido. No elemento pós-texto encontra-se o apêndice I, com a proposta do folheto sobre a temática escolhida.

Este trabalho foi realizado de acordo com a Norma APA e com o Novo Acordo Ortográfico.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O Projeto "Promoção do conforto da criança e família: Atuação do Enfermeiro Especialista em contexto de saúde-doença" surgiu com o objetivo de promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança e família.

Integrando o projeto neste contexto de estágio – neonatologia, após realização do diagnóstico de situação, pretendem-se contribuir para a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao recém-nascido e à família, através da sensibilização dos pais para a importância da temática no impacto do desenvolvimento saudável do recém-nascido (RN) a termo e pré-termo.

1.1. CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA

A teoria do cuidado centrado na família é definido pela *American Academy of Pediatrics* (2003) como "uma abordagem aos cuidados de saúde que estrutura as políticas de cuidados de saúde, os programas, a organização dos serviços e as interações entre clientes, famílias, médicos e outros profissionais de cuidados de saúde" (Sanders, 2014:1026).

Com os cuidados centrados na família pretende-se alcançar os resultados desejados para o cliente, através da colaboração entre a equipa de cuidados de saúde e a família, pois sabe-se que a família é essencial para a saúde e bem-estar das pessoas (Sanders, 2014).

O modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, apresentado em 1988, refere que os pais são os melhores prestadores de cuidados da criança, no sentido que podem proporcionar o seu crescimento e desenvolvimento, protegendo-o com afeto (CASEY, 1993).

O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica deve desenvolver um processo de negociação partilhada respeitando a família e as seus desejos, necessidades e competências. Importa salvaguardar que não se deve incentivar os pais a realizarem qualquer cuidados técnico em casa que não seja da sua esfera de competências (CASEY, 1993).

Neste sentido o enfermeiro deve capacitar a família, através da promoção da saúde infantil e na prevenção da doença, criando oportunidades e meios adequados ao desenvolvimento das suas competências parentais, bem como a potencialização da interação entre os profissionais de saúde e famílias, no planeamento dos cuidados e no processo de tomada de decisão, formando parcerias com os pais ou famílias. Esta parceria de cuidados permite aos enfermeiros trabalharem em conjunto no tratamento holístico da criança, atendendo a todas as suas necessidades. Os enfermeiros devem assim atender às preferências da família e da criança, minimizando os efeitos negativos da hospitalização, garantir o planeamento e a preparação adequada da alta e proporcionar conforto e apoio à família e criança (Sanders, 2014).

1.2. PLANEAMENTO DA ALTA

No serviço de neonatologia a maioria dos recém-nascidos são internados logo após o nascimento, pelo que os pais podem sentir algum tipo de apreensão na manutenção dos cuidados ao recém-nascido no domicílio, pelo que se deve planejar a alta desde o início da hospitalização.

É necessário existir educação para a família de modo a dar continuidade aos cuidados ao recém-nascido. Preparar a família para isso existe um grau elevado de competência no planeamento e execução do plano da alta. A preparação adequada para o cuidado domiciliário inclui uma abordagem interdisciplinar, com todos os membros da equipa de cuidados de saúde a trabalhar em parceria com a família e recém-nascido (Sanders, 2014).

Os enfermeiros são muitas vezes, os profissionais escolhidos para iniciar o processo de alta, visto reunirem um conjunto de competências que permite o desenvolvimento de relações terapêuticas, promotoras de educação para a saúde, com a família (Sanders, 2014).

Após a realização do ensino através da observação, participação com supervisão e demonstração da aquisição da habilidade, deve-se incentivar os cuidados de transição, dando a responsabilidade à família no cuidado ao recém-nascido (Sanders, 2014).

Os cuidados promotores do conforto do recém-nascido e da família, são valorizados no serviço de neonatologia, e devem de se manter no domicílio, mantendo a qualidade dos cuidados prestados ao recém-nascido, garantindo um desenvolvimento saudável do mesmo.

1.3. CARACTERÍSTICAS DO RECÉM-NASCIDO

Um bebê recém-nascido é confrontado com muito mais do que aprender a falar e costumes. Tem de começar a respirar, comer, adaptar-se ao clima e responde ao confuso ambiente circundante, bastante diferente da vida *in utero* (Papalla, Oids & Feldman, 2006).

Nas primeiras quatro semanas de vida, designado por período neonatal, dá-se a transição da vida no útero, onde o feto é inteiramente apoiado pela sua mãe, para uma existência independente (Papalla, et al, 2006).

As características da vida pré-natal e vida pós-natal são muito diferentes ao nível do ambiente, temperatura, estimulação, nutrição, fornecimento de oxigénio e eliminação metabólica (Papalla, et al, 2006).

Na vida pré-natal o ambiente é o fluido amniótico, com uma temperatura relativamente constante, uma estimulação mínima, com a nutrição apenas dependente do sangue materno, o fornecimento de oxigénio passa através da corrente sanguínea materna (via placenta), tal como a eliminação metabólica (Papalla, et al, 2006).

Na vida pós-natal o ambiente é o ar, a temperatura flutua com a atmosfera, todos os sentidos são estimulados por vários estímulos, e diversas manipulações externas, a nutrição é dependente de alimentos externos e do funcionamento do sistema digestivo, o fornecimento de oxigénio passa através dos pulmões do RN para os vasos sanguíneos pulmonares e a eliminação metabólica descarga através da pele, rins, pulmões e aparelho gastrointestinal (Papalla, et al, 2006).

Ou seja, a transição para a vida pós-natal torna-se um desafio grande para alguém que pesa apenas alguns quilos e cujos sistemas orgânicos não estão completamente amadurecidos (Papalla, et al, 2006).

Neste sentido importa ajudar o RN a adaptar-se à vida extra uterina, incentivando os pais a prestar cuidados com vista à promoção do bem-estar e conforto do RN, garantindo um desenvolvimento favorável e maximização da saúde.

1.4. CUIDADOS PARA O DESENVOLVIMENTO

Na sociedade atual, a família é um elemento fundamental que fortalece o processo de crescimento e desenvolvimento físico, psico, afetivo e social dos seus membros, sendo que nos primeiros anos de vida, tem uma influência fundamental para o desenvolvimento da criança (Papalla, et al, 2006).

O enfermeiro deve incentivar o apoio ao desenvolvimento através dos cuidados centrados na família, promovendo o desenvolvimento do recém-nascido, tendo em conta as suas necessidades neurobiológicas, intervindo no ambiente, de modo a prevenir sequelas, consoante as capacidades do recém-nascido e promovendo a relação dos pais com o seu bebé, sendo estes os principais prestadores de cuidados (Barros, 2006).

A prestação de cuidados ao recém-nascido deve ser organizada, e deve-se criar rotinas em função ao desenvolvimento específico do recém-nascido, tendo em conta as suas necessidades específicas, e o ambiente que o envolve, promovendo um desenvolvimento contínuo nas melhores condições de conforto e bem-estar do recém-nascido (Barros, 2006).

2. CUIDADOS PROMOTORES DE CONFORTO NO RECÉM-NASCIDO

Os cuidados ao recém-nascido devem responder às necessidades do mesmo, que envolve a promoção do conforto e estabilidade, reduzindo o stress causado por intervenções ambientais e terapêuticas. (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2013) "A identificação de fatores de desconforto e a sua minimização deve ser valorizada." (OE, 2013:18)

A promoção do conforto encontra-se muitas vezes relacionado com o alívio da dor no RN (OE, 2013), mas segundo a teoria de Kolcaba, envolve outros contextos, para além do físico, para atingir o alívio, a tranquilidade e a transcendência que descrevem o conforto, tais como o contexto psico-espiritual, social e ambiental. (Dowd, 2002)

Assim, destaca-se como intervenções promotoras do conforto do RN:

- Redução da incidência de luzes sobre o RN (OE, 2013; Roldão, 2017);
- Redução do ruído ambiental – promover silêncio, evitando conversas desnecessárias e diminuindo alarmes sonoros dos monitores em caso de hospitalização (OE, 2013; Roldão, 2017);
- Preservação dos períodos prolongados de sono e repouso (OE, 2013; Roldão 2017);
- Posicionamento adequado do RN – colocação de contenção em "ninhos" que promovem a sua organização comportamental e utilização de rolos de posicionamento (OE, 2013; Roldão, 2017);
- Organização e concentração das manipulações no RN – organizar os cuidados a prestar ao RN, evitando constantes manipulações (OE, 2013; Roldão 2017);
- Massagem terapêutica (OE, 2013; Cláudia & Fátima, 2005);
- Embalo e "colinho" (OE, 2013; Wheeler, 2014);
- Contacto físico dos pais com o RN (OE, 2013; Wheeler, 2014);
- Método canguru – reduz significativamente a duração do choro, a atividade comportamental e diminuição da frequência cardíaca em RN prematuros (OE, 2013; Roldão, 2017; Wheeler, 2014);
- Sucção não nutritiva – está descrito que o uso da chupeta inibe a hiperatividade e modula o desconforto do RN. A solução adocçada diminui o tempo de choro e atenua a facies de dor, através da libertação de endorfinas endógenas. A analgesia promovida pela chupeta parece ocorrer pelas

durantes os movimentos ritmados de sucção, podendo haver um fenômeno de dor a quando a sua interrupção (OE, 2013; Roldão, 2017);

- Sacarose a 24% - utilizada durante a punção venosa para colheitas ou para colocação de perfusão. Verifica-se expressão facial tranquila e diminuição do tempo de choro no RN. A ação analgésica ocorre quando as soluções adoçadas são instiladas na porção anterior da língua, sendo que o efeito antinociceptivo é mediado pelas papilas gustativas (OE, 2013; Roldão, 2017). *“A utilização da sacarose como intervenção não farmacológica é recomendada pela Academia Americana de Pediatria para o alívio da dor aguda em recém-nascidos internados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, durante a realização de procedimentos como a punção venosa para colheita de sangue ou para acesso venoso periférico. O efeito analgésico da solução glicosada é similar ao da sacarose.”* (OE, 2013:39).
- O leite materno – além dos benefício nutricionais e afetivos para o RN, também pode ser utilizado na promoção do conforto (OE, 2013, Roldão, 2017).

NOTA CONCLUSIVA

A elaboração deste trabalho apresenta uma proposta de melhoria na prestação de cuidados de enfermagem no serviço de neonatologia e permitiu desenvolver um projeto dentro da área temática pretendida pela estudante - "Promoção do conforto da criança e família: Atuação do Enfermeiro Especialista em contexto de saúde-doença".

Considera-se que os objetivos propostos foram cumpridos, uma vez que foi elaborado um enquadramento teórico sobre cuidados centrados na família, planeamento da alta, características do recém-nascido e cuidados para o desenvolvimento, bem como foi descrito os cuidados para a promoção do conforto no recém-nascido, e apresentado o folheto sobre a temática.

Os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem descritos pela ordem dos enfermeiros (2011), constituem uma oportunidade e um referencial para a prática especializada dos enfermeiros especialistas nesta área de especialização, estimulando-os a uma reflexão contínua sobre a qualidade do exercício profissional e apoiando-os nos processos de melhoria contínua da qualidade.

Foi com base nos enunciados descritos nos padrões de qualidade especializados em enfermagem de saúde da criança e jovem – a satisfação da criança, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o auto-cuidado, que a estudante elabora uma proposta de melhoria para o serviço de neonatologia, na área da promoção do conforto no recém-nascido: ensino aos pais no momento da alta.

Toma-se importante existir uma uniformização da informação transmitida aos pais, garantindo uma transmissão e aquisição eficaz dos conhecimentos. Os cuidados centrados nos cuidados na família permitem assim uma manutenção dos cuidados e das rotinas do recém-nascido após a alta, garantido a qualidade nos cuidados prestados, e promovendo um desenvolvimento saudável do recém-nascido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barros, L. (2006) – A Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia como Unidade Promotora do Desenvolvimento. In Canavarro, Maria Cristina, *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (2ª edição - pp. 235-254). Inglês (E.U.A.) Coimbra: Quarteto
- Casey, Anne – Development and use of the partnership modelo f nursing care. In GLASPER, Edward; TUCKER, Ann. "Advances In Child Health Nursing". Oxford: Scutarl Press, 1993. ISBN1-871364-91-4.
- Cruz, Cláudia; Caromano, Fátima (2005) – Características das técnicas de massagem para bebés. Artigo de Revisão. *Revista Ter. Ocup, Universidade São Paulo*. Vol 16, nº1, p 47-53, Jan/abr de 2005.
- Dowd, Thérèse. (2002). Teoria do Conforto. In Tomey, A., *Técnicas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª edição – pp. 699 – 715). Português (Portugal) Loures: Lusociência.
- Ordem dos enfermeiros (2011) –Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem . Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 18 de Abril de 2017 em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>
- Ordem dos enfermeiros [OE] (2013) – Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Cadernos OE, série 1, número 6. Acedido a 17 de Abril 2017 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf
- Papalla, Diane; Olds, Saly & Feldman, Ruth (2006). *Desenvolvimento Humano* (8ª edição). Porto Alegre: Artmed.
- Rodão, Graça – Dor? Claro que Não!. In Saldanha, Joana; Moniz, Carlos, Machado, Maria do Céu – *Nascer pré-termo. Cuidados multidisciplinares*. (pp. 113-119). Lisboa: Associação das crianças de santa maria. Serviço de neonatologia, departamento de pediatria, Hospital de Santa Maria – CHLN, EPE

Sanders, Jennifer (2014) – Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In Hockenberry, Marilyn J.& Wilson, David, Wong, *Enfermagem da Criança e Adolescente* (9ª edição - pp. 1025-1060). Loures: Lusociência.

Wheeler, Barbara J. (2014) – Promoção da Saúde do Recém-Nascido e da Família. In Hockenberry, Marilyn J.& Wilson, David, Wong, *Enfermagem da Criança e Adolescente* (9ª edição - pp. 1025-1060). Loures: Lusociência.

APÊNDICE III – Folheto: A promoção do conforto no recém-nascido no domicílio

"Para que o recém-nascido não sinta medo é preciso revelar-lhe o mundo lentamente, de forma progressiva, não oferecendo mais sensações novas do que aquelas que consegue suportar e assimilar."

Leboyer



**Promoção do Conforto no
Recém-Nascido no domicílio**

CARACTERÍSTICAS DO RECÉM-NASCIDO

Um bebê recém-nascido é confrontado com muito mais do que aprender a falar e a andar. Tem de começar a respirar, comer, adaptar-se ao clima e responder ao confuso ambiente que o rodeia, que é bastante diferente da vida dentro da barriga da sua mãe, onde é inteiramente apoiado por ela.

A transição para a vida extra-uterina, torna-se um desafio grande para alguém que pesa apenas alguns quilos e cujos sistemas ainda não estão amadurecidos.

Neste sentido é importante ajudar o recém-nascido a adaptar-se, proporcionando o maior conforto ao longo do seu desenvolvimento, promovendo um crescimento saudável.



ESTRATÉGIAS DOS PAIS PARA PROMOVER O CONFORTO NO RECÉM-NASCIDO

- ❖ Reduzir as luzes sobre o recém-nascido;
- ❖ Reduzir o ruído ambiental;
- ❖ Promover períodos prolongados de sono e repouso;
- ❖ Posicionar corretamente o recém-nascido: em decúbito dorsal, com a cabeça virada para um dos lados;
- ❖ Organizar os cuidados a prestar ao recém-nascido evitando constantes manipulações, e controlando as visitas no primeiro mês de vida em casa;
- ❖ Realizar massagem após higiene;
- ❖ Embalar e dar "colinho";
- ❖ Promover o contato físico dos pais com o recém-nascido;
- ❖ Se o seu filho é prematuro e durante o internamento realizou o método canguru, poderá continuar a fazê-lo em casa;
- ❖ Oferecer chupeta, nos intervalos das refeições;
- ❖ Amamentar



Os pais são os melhores cuidadores da criança, porque podem proporcionar o seu crescimento e desenvolvimento, protegendo-a com amor.

Não deve colocar o recém-nascido na cama dos pais, não é uma medida de conforto, e é um risco para o seu filho!

APÊNDICE IV – Resultados dos questionários: Caracterização da equipa de enfermagem de neonatologia

Promoção do conforto no Recém-nascido, Criança, Jovem e Família: Atuação do Enfermeiro Especialista em Contexto de Saúde-Doença.

QUESTIONÁRIO: O CONFORTO DO RECÉM-NASCIDO, CRIANÇA E FAMÍLIA										
Caracterização da equipa do Serviço de Neonatologia		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9
Idade		52	37	50	37	31	46	56	52	46
Género	Femino	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Maculino									
Habilitações literárias	Bacharelato							X		
	Licenciatura	X							X	X
	Especialidade	SIP	SIP	SIP	SIP	SIP	SIP			
	Mestrado									
	Doutoramento									
Tempo de experiência profissional		28	13	27	14	8	24	32	30	24
Tempo de exercício profissional neste serviço		18	12	15	6	6	20	27	20	21

APÊNDICE V – Resultados dos questionários: Análise de conteúdo dos dados obtidos no serviço de neonatologia

Promoção do conforto no Recém-nascido, Criança, Jovem e Família: Atuação do Enfermeiro Especialista em Contexto de Saúde-Doença.

QUESTIONÁRIO: O CONFORTO DO RECÉM-NASCIDO, CRIANÇA E FAMÍLIA		
Resultados obtidos no serviço de neonatologia		
Categoria	Unidade de contexto	Unidades de registo
Questão 1 Definição de conforto	Bem-estar	R1: “ Sensação de bem-estar.” (QI:2) R2: “Bem-estar, (...)” (QII:2) R3: “Bem-estar, (...)” (QIII:2) R4: “Bem-estar físico-psíquico e espiritual” (QIV:2) R5 “(...)promoção do bem-estar (...)” (QV:2) R6 “Bem estar (...)” (QVI:2) R7: “(...) bem-estar físico, ambiental (...)” (QVII:2) R8: “Bem-estar físico-psíquico e espiritual” (QVIII:2-3) R9: “(...) sensação de bem-estar” (QIX: 2)
	Posicionamento e contacto físico	R2: “(...)posicionamento correto, bem aninhado(...)” (QII:2-3) R6: “(...) toque (...)” (QVI:3)
	Desenvolvimento neuro-sensorial	R3: “(...) promoção do desenvolvimento neuro-sensorial adequado ao RN” (QIII:2-3) R5: “(...), de modo a promover um desenvolvimento neurosensorial adequado” (QV:3-4)
	Relação com os pais	R6: “(...) presença dos pais, empatia na relação terapêutica, disponibilidade e suporte nos cuidados (QVI:3-5) R7: “(...)bom relacionamento da tríade RN/Pais” (QVII:3-4)
	Fácies RN	R2: “(...)facies de conforto.” (QII:3)

Promoção do conforto no Recém-nascido, Criança, Jovem e Família: Atuação do Enfermeiro Especialista em Contexto de Saúde-Doença.

<p>Questão 2 Intervenções de enfermagem nos diferentes contextos do conforto: físico, psicoespiritual, ambiental, social</p>	<p>Físico</p>	<p>Posicionamento</p>	<p>R2: “posicionamentos” (QII:8) R3: “posicionamento adequado (...)” (QIII:8) R4: “(...)posicionamento com alinhamento e flexão dos membros(...)” (QIV:8) R5: “posicionar” (QV:8) R6: “(...) posicionamento, rolos, ninhos,...” (QVI:8) R7: “Posicionamento, (...)” (QVII:8) R9: “Posicionamento” (QIX:8)</p>
		<p>Contacto pele-a-pele</p>	<p>R1: “(...) método canguru” (QI:8) R4: “massagem, (...)canguru” (QI:8)</p>
		<p>Higiene</p>	<p>R1: “(...) higiene (...)” (QI:8) R8: “Dar banho” (QVIII:8)</p>
		<p>Sucção não nutritiva</p>	<p>R1: “(...) chucha, sacarose,” (QI:8)</p>
		<p>Temperatura corporal</p>	<p>R4: “(...)aquecimento de roupa e fraldas, (...)” (QIV:8) R7: “(...)ambiente” (QVII:8)</p>
	<p>Psicoespiritual</p>	<p>Contacto pele-a-pele</p>	<p>R3: “Método canguru” (QIII:9) R5: “Método canguru” (QV:9)</p>
		<p>Relaxamento</p>	<p>R7: “Técnica de relaxamento (...)” (QVII:9) R8: “Executar técnica de relaxamento” (QVIII:9) R9: “Técnica de relaxamento, (...)” (QIX:9)</p>

Promoção do conforto no Recém-nascido, Criança e Jovem: Atuação do Enfermeiro Especialista em Contexto de saúde-doença.

		Cuidados aos pais	R2: "diálogo" (QII:9) R4: "Respeito pela cultura/religião da família, promoção da esperança" (QIV:9) R7: "(...) diálogo com os pais" (QVII:9) R9: "(...) conversa com os pais" (QIX:9)
		Permissão de visitas	R6: "(...)visita dos irmãos(...)" (QVI:9)
	Ambiental	Técnica de relaxamento ambiental	R1: "Música" (QI:10) R6: "(...) música calma" (QVI:10)
		Diminuição da luz e ruído	R2: "Diminuição luz e ruído" (QII:10) R3: "Diminuição do ruído e luminosidade" (QIII:10) R4: "Diminuição do ruído e luminosidade" (QIV:10) R5: "Diminuição do ruído e luminosidade" (QV:10) R7: "Ruído, luminosidade" (QVII:10) R9: "luminosidade, ruído" (QIX:10)
		Conforto ambiental	R8: "Promover conforto" (QVIII:10)

	Social	Apoio aos pais e família	R1: "Apoio aos pais" (QI:11) R2: "Encaminhamento" (QII:11) R4: "Promoção da permanência e participação dos pais nos cuidados.(...)" (QIV:11) R7: "Atenta às necessidades do RN/família" (QVII:11) R8: "Preparar família para a alta" (QVIII:11) R9: "necessidades da família e do RN" (QIX:11)
		Organização dos cuidados	R3: "Manipulação mínima" (QIII:11) R5: "Manipulação mínima" (QV:11)
		Contacto físico	R3: "(...) massagem" (QIII:11)
		Visitas da família	R4: "(...)Permissão da visita dos irmãos e avó" (QIV:11)
		Trabalho em equipa	R6: "Intervenção multidisciplinar com os parceiros (...)" (QVI:11)
Questão 3 Relevância dos diferentes contextos do conforto. Justificando.	Físico	R1: "Físico, porque um internamento nestas unidades acarretam muitas intervenções dolorosas" (Q1:14) R2: "Físico porque promove conforto e bem-estar" (QII:14-15) R4: "(...) física (...), pelos benefícios que acarreta o desenvolvimento neurocomportamental" (QIV:15-16) R7: "Físico pela idade prematura" (QVII:14)	

	<p>Todos</p>	<p>R3: “Todos. Eles contribuem de igual forma para a promoção do desenvolvimento neurosensorial do RN, que por sua vez promove conforto/bem-estar” (QIII:14-15)</p> <p>R5: “(...) todos, contribuem de igual forma para a promoção do bem estar e conforto do RN e sua família de modo a conduzir a uma alta mais precoce possível” (QV:14-17)</p> <p>R6: “(...) todos os contextos se complementam entre si, ou seja, um RN confortável tem os pais presentes confortáveis tendo em conta as intervenções de enfermagem a nível físico, espiritual, ambiental e social.” (QVI:14-17)</p> <p>R8: “Todos eles são importantes, porque se complementam” (QVIII:14-15)</p>
	<p>Ambiental</p>	<p>R4: “(...)e ambiental, pelos benefícios que acarreta o desenvolvimento neurocomportamental” (QIV:15-16)</p> <p>R9: “ambiental, pois o ruído é muito prejudicial para o desenvolvimento psicomotor do RN assim como a luminosidade” (QIX:14-16)</p>
<p>Questão 4 Promoção do conforto como um ganho em saúde na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao recém-nascido/criança/jovem e família.</p>	<p>Vantagens no desenvolvimento do RN</p>	<p>R2: “Promove um desenvolvimento neurosensorial correto” (QII:22-23)</p> <p>R3: “Diminuição dos dias de internamento. Diminuição das comorbilidades. Promove alta precoce(...)” (QIII:22-23)</p> <p>R4: “O aumento do conforto promove o bem-estar e consequente desenvolvimento neurológico. Permite um maior aumento do peso e autonomia.” (QIV:22-24)</p> <p>R5: “Através do conforto existe uma promoção do desenvolvimento adequados; diminuindo as alterações subjacentes à patologia(...)” (QV:22-24)</p> <p>R6: “Principalmente no RN pré-termo que cada vez mais os cuidados para o desenvolvimento e a diminuição de sequelas são uma prioridade, o conforto é um bem que devemos ter sempre em consideração numa situação de internamento e em RN/crianças com necessidades especiais.” (22-25)</p> <p>R9: “Com a presença do conforto o RN vai ter um bem estar permitindo um desenvolvimento mais</p>

	harmonioso.” (QIX:22-24)
Vantagens no desenvolvimento das competências parentais	R3: “Promove (...) a autonomia do RN/pais” (QIII:24) R4: “Promove a esperança e as competências parentais.” (QIV:24-25) R5: “(...) promovendo a vinculação pais/RN. Deste modo dotar os pais de competências, aumentando a autoconfiança dos pais no cuidar, contribuindo para os ganhos em saúde.” (QV:24-25)
Cuidados de enfermagem de excelência	R5: “(...)conduzindo a prestação de cuidados para a excelência do cuidar.” (QV:25) R8: “O conforto é essencial para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.” (24-25)
Redução do sofrimento no RN	R1: “Porque reduz o sofrimento” (QI:22) R8: “O utente quando está confortável, sente-se melhor no seu todo.” (QVIII:22-23)

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



ES
Escola Superior Saúde
IPPortalegre



IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Mestrado em Enfermagem em Associação Especialização em Enfermagem da Saúde da Criança e Jovem

Unidade Curricular: Estágio I

ESTUDO DE CASO

ÉVORA
Junho de 2017

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Escola Superior Saúde
IPortalegre



IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

**Mestrado em Enfermagem em Associação
Especialização em Enfermagem da Saúde da Criança e Jovem**

Unidade Curricular: Estágio I

ESTUDO DE CASO

- RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS GEMELARES -

Docente Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Ana Lúcia Ramos

Enf.^a Orientadora:

Enf.^a Ana Cristina Gomes

Discente:

Marlene Domingues, n.º 37212

ÉVORA

Junho de 2017

SIGLAS, ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

bpm – batimentos por minuto

cpm – ciclos por minuto

d – Dias

gr – gramas

HIC - Hemorragia Intracraniana

HSE - Hemorragia Subependimaria à Esquerda

LA – Leite Artificial

LEP – Leite Especial para Prematuros

LM – Leite Materno

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR – Proteína C Reativa

RE – Respiração Espontanea

RN - Recém-Nascido

RPM - Rutura Prematura das Membranas

s – Semanas

SNG - Sonda Nasogástrica

TTRN – Taquieia Transitória do Recém-Nascido

UC – Unidade Curricular

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

VHB – Vacina Hepatite B

Índice

<u>INTRODUÇÃO</u>	128
<u>1. APRECIACÃO INICIAL</u>	130
<u>1.1. HISTÓRICO DE SAÚDE</u>	130
1.1.1. Identificação.....	7
1.1.2. Dados dos neonatos.....	7
1.1.3. Dados da gestação.....	8
1.1.4. Motivo de internamento.....	8
1.1.5. Resumo de internamento no serviço de neonatologia.....	9
1.1.6. Enquadramento familiar, social e ambiental: Modelo de Calgary de avaliação familiar.....	10
<u>1.2. AVALIAÇÃO FÍSICA DOS RECÉM-NASCIDOS</u>	135
<u>1.3. AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL DOS RECÉM-NASCIDOS</u>	139
<u>1.4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: CONFRONTO COM A REALIDADE</u>	140
<u>1.5. NECESSIDADES HUMANAS ALTERADAS</u>	147
<u>2. PROCESSO DE ENFERMAGEM S.P.</u>	150
<u>3. PROCESSO DE ENFERMAGEM L.P.</u>	160
<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	170
<u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	172

INTRODUÇÃO

O presente trabalho está inserido no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio I do 1º ano, 2ª Semestre do curso de Mestrado em Enfermagem em Associação.

No estágio I pretende-se que a estudante desenvolva conhecimento e competências científicas, técnicas e humanas que visem a abordagem da criança/jovem e família ao longo do seu ciclo de vida, numa perspetiva de prestação de cuidados em resposta ao processo de crescimento e desenvolvimento e à maximização da saúde, mobilizando e integrando as competências descritas para o planeamento, execução e gestão de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade.

Neste estágio pretende-se elaborar um estudo de caso, que “consiste numa metodologia que procura aprofundar, de forma detalhada, os conhecimentos relativos à pessoa, grupo ou comunidade. A realização do estudo de caso permite que o profissional observe, entenda, analise e descreva uma determinada situação real, adquirindo conhecimento e experiência que podem ser úteis na tomada de decisão frente a outras situações” (Galdeano, e tal, 2003, p.373, cit por Nova, e tal, 2017)

O contexto onde decorreu o estágio I, foi no Serviço de Neonatologia do Hospital ~~XXXXXX~~ ~~Serviço de Neonatologia, Centro Hospitalar Damas de Matão, EPE~~, pelo que a faixa etária que abrange a prestação de cuidados é o recém-nascido (RN) e família.

Em contexto de estágio, a estudante deverá intervir junto da criança/jovem e família, dando resposta ao seu projeto individual, numa perspetiva de vigilância e promoção da saúde ao longo do seu ciclo de vida. O projeto da estudante destina à “Promoção do conforto da criança e família: Atuação do Enfermeiro Especialista em contexto de saúde-doença”. Deste modo, pretende-se abranger a promoção do conforto no RN, nos processos de enfermagem integrados neste estudo de caso.

Deste modo, propõe-se como objectivo geral do presente trabalho, realizar um estudo de caso de dois recém-nascidos prematuros gemelares e família. Como objectivos específicos define-se: realizar uma apreciação inicial dos recém-nascidos, onde inclua o histórico de saúde, o instrumento de colheita de dados utilizado, aprofundamento dos dados recolhidos e da situação, confrontação entre os dados apresentados e literatura apresentada e síntese das alterações identificadas ou dos focos de intervenção; elaborar diagnósticos de enfermagem, sensíveis aos cuidados de enfermagem; apresentar o planeamento e implementação dos cuidados, demonstrando a tomada de decisão das intervenções face ao problema identificado,

de acordo com as competências do enfermeiro mestre e enfermeiro especialista; realizar a avaliação das intervenções planeadas e realizadas; elaborar uma conclusão que permita avaliar os objetivos definidos, refletir sobre o trabalho realizado e os contributos que este teve para o desenvolvimento pessoal e profissional da estudante.

Este trabalho divide-se em texto principal e elementos pós-texto. No texto principal consta: introdução, desenvolvimento e conclusão. O desenvolvimento engloba dois: No primeiro capítulo encontra-se a apreciação inicial dos recém-nascidos; e no segundo capítulo a apresentação dos processos de enfermagem onde incluem os diagnósticos de enfermagem, o planeamento e implementação dos cuidados e a avaliação das intervenções planeadas e realizadas para os dois gémeos recém-nascidos prematuros.

A elaboração do estudo de caso desta família, foi consentido pelos pais, tendo conhecimento que os dados obtidos destinam-se a ser utilizados exclusivamente para este fim. O anonimato e confidencialidade da família será mantido ao longo do trabalho, mencionado os nomes dos pais e recém-nascidos com as suas iniciais.

Este trabalho foi realizado de acordo com a Norma APA e com o Novo Acordo Ortográfico.

1. APRECIÇÃO INICIAL

1.1. HISTÓRICO DE SAÚDE

Os dados obtidos e apresentados, foram recolhidos através de um instrumento de colheita de dados aplicado aos pais dos recém-nascidos, que tem como base o modelo de avaliação familiar de Calgary. A observação foi também um instrumento utilizado pela estudante, bem como o exame físico do recém-nascido. Foi recolhida mais informação clínica dos recém-nascidos e família através do boletim individual de saúde, registos de enfermagem no programa informático Sclínico, e nos diários clínicos realizados pelos médicos.

1.1.1. Identificação		
Nome	S.P. (1º gémeo)	L. P. (2º gémeo)
Data de admissão	28 de Abril de 2017	
Data de alta	13 de Maio de 2017	
Data de nascimento	20 de Abril de 2017	
Idade gestacional	32 semanas (s) + 1 dia (d)	
Idade corrigida à data de alta	35s + 3d (24 dias)	
Género	Masculino	
Raça	Caucasiana	
Naturalidade	Portuguesa	
Local de residência	Moita	
Filiação	Mãe J.P. ; Pai A.P.	
Diagnóstico médico	Transferido do Hospita Garcia d'Orta (HGO) por prematuridade para autonomia alimentar	

1.1.2. Dados dos neonatos		
Nome	S.P. (1º gémeo)	L. P. (2º gémeo)
Local de nascimento	Hospital Garcia d'Orta	
Tipo de parto	Parto eutocico, apresentação cefálica	Parto eutocico, apresentação pélvico
Índice de apgar	9-10	8-10
Somatometria à nascença	Peso: 1810gr Comprimento: 43cm Perimetro cefálico: 29.8cm	Peso: 1790gr Comprimento: 40.5cm Perimetro cefálico: 30.3cm
Somatometria à data	Peso: 2240gr	Peso: 2040gr

de alta	Comprimento: 44.7cm Perímetro cefálico: 31.2cm	Comprimento: 42.6cm Perímetro cefálico: 31.5cm
Vacinas	Fez Vacina Hepatite B (VHB) 13/05	Fez VHB 10/05
Rastreios	✓ Rastreio metabólico a 24/04 ✓ Rastreio auditivo a 26/04	✓ Rastreio metabólico a 24/04 ✓ Rastreio auditivo a 26/04
Exames	Ecografia Transfontanelar 24/04 sem alterações	Ecografia Transfontanelar 24/04 com alterações
Alimentação	Leite Materno (LM) em horário livre/ LM ou LA1 45ml de 3/3h	LM em horário livre/ LM ou LA1 45ml de 3/3h

1.1.3. Dados da gestação		
Nome	S.P. (1º gémeo)	L. P. (2º gémeo)
Semanas de gestação	32 s + 1d	
Gravidez vigiada	Sim	
Número de consultas	7 consultas	
Local	Hospital do D. Barros desde as 13s + 2d	
Ecografias Obstétricas	Ecografias fetais sem malformações aparentes	
Complicações	Diabetes gestacional controlada com dieta Mãe transferida do Hospital do D. Barros na manhã de 19/04 por Ruptura Prematura das Membranas (RPM) do 1º gémeo. Indução maturativa com betametasona às 13h de 19/04 e às 11h de 20/04. Mãe medicada com ampicilina e claritromicina.	
Serologias	Imune à rubéola, restantes negativas. Sem pesquisa de Streptococcus do Grupo B.	
Índice obstétrico	0000	

1.1.4. Motivo de internamento

Os recém-nascidos provenientes do Bloco de Partos do HGO, nasceram a 20 de Abril de 2017, por parto eutócico. O S.P. ao nascer apresentou boa adaptação à vida extra-uterina, fez vitamina K. O L.P. ao nascer encontrava-se polipneico, com discreto gemido precoce, fez vitamina K.

Foram ambos transferidos em respiração espontânea (RE) para a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UICN) do H~~OSPITAL~~, onde ficaram internados até ao dia 28 de Abril, dia em que foram transferidos para o hospital da área de residência – ~~HOSPITAL DO BARREIRO~~.

Durante o internamento na UICN:

O S.P. permaneceu sempre em RE, com necessidade de O₂ a 0,5l/min suplementar até D4, sem registo de apneias, gemido ou polipneias. Iniciou alimentação entérica a D1 por sonda orogástrica, com tolerância progressiva. À data da alta tolera LM com fortificante + Leite Especial para Prematuros (LEP) 16% 35ml 3/3h. Apresenta reflexos de busca e sucção na chupeta. Subictérico. Deu entrada na unidade de neonatologia do hospital do barreiro dia 28/04 com os diagnósticos de gemelaridade: 1º gémeo; prematuridade: 32 semanas + 1 dia; baixo peso ao nascer: 1810 gramas (gr); taquipneia transitória do recém-nascido; icterícia fisiológica.

O L.P. permaneceu sempre em RE, com necessidade de O₂ a 0,5l/min suplementar em D1, melhoria progressiva da polipneia, raras apneias da prematuridade, a fazer citrato de cafeína desde D1. Sem risco infeccioso, sem antibioterapia, clínica, proteína-C reativa (PCR) e hemoculturas negativas. Hemodinamicamente sempre estável. Iniciou aporte entérico em D1 com LM/LEP por sonda orogástrica, com tolerância digestiva progressiva, suspendeu soro endovenoso em D4. Apresentou icterícia fisiológica com necessidade de fototerapia de D3 a D4. Deu entrada na unidade de neonatologia do hospital do barreiro dia 28/04 com os diagnósticos de gemelaridade: 2º gémeo; prematuridade: 32 semanas + 1 dia; baixo peso ao nascer: 1790gr; apneias da prematuridade; taquipneia transitória do recém-nascido; icterícia fisiológica; HSE à esquerda (diagnosticado na ecografia transfontanelar em D4).

1.1.5. Resumo de internamento no serviço de neonatologia

O S.P. durante o internamento manteve-se em ar ambiente, sem apneias. Fez citrato de cafeína até as 34 semanas, sempre apirético, exsudado nasal e retal negativos, sempre hemodinamicamente estável. Manteve diurese e dejeções. Glicémias adequadas. Inicialmente realizou alimentação entérica por gavagem, com progressão para via oral. Retirou sondas orogástrica a 05-05-2017, com tolerância ao leite prescrito - LM + Leite artificial (LA) - por via oral a partir do D10 de internamento. Iniciou polivitaminício 5gts/dia e ferro 1g/kg/dia. Fontanela anterior normotensa, tónus muscular adequado ao RN, Eco transfontanelar em D4 de vida sem alterações. Ficou a aguardar novo agendamento para realizar ecografia transfontanelar. Fez rastreio de reflexo vermelho do olho: passou bilateralmente, e rastreio auditivo neonatal universal também passou bilateralmente. Realizou teste de apneia que

passou sem intercorrências. Fez VHB. Sem alergias ou infecções nosocomiais conhecidas durante o internamento. Teve alta em D23 de vida, com indicação de consulta médica na primeira semana pós-alta, peso semamal no centro de saúde, aguardar agendamento de ecografia transfontanelar e consulta de pediatria, terapêutica: polivitaminico 5gts/dia e ferro 2gts/dia, e aleitamento materno em horário livre ou LM ou LA1 45ml de 3/3h. Pais autonomos nos cuidados ao RN.

O L.P. durante o internamento manteve-se em ar ambiente, sem apneias. Fez citrato de cafeína até às 34 semanas. Manteve-se apirético. Realizou exsudado nasal e retal com resultado negativo. Glicémias adequadas. Inicialmente fez alimentação entérica por gavagem, com progressão para via oral. Por episódios de regurgitação frequentes, iniciou domperidona em D14 de vida. Retirou sonda nasogástrica a 05-0-2017, com a totalidade do leite prescrito LM/LA por via oral a partir de D12 de internamento. Iniciou polivitaminico 5gts/dia e ferro 1gt/kg/dia. Tónus muscular adequado ao RN, reflexos primitivos presentes. Ecografia transfontanelar em D4 de vida apresentava hemorragia subependimaria à esquerda (HSE), com resolução verificada em ecografia transfontanelar a D19 de vida. Fez rastreio de reflexo vermelho do olho: passou bilateralmente, e rastreio auditivo neonatal universal também passou bilateralmente. Realizou teste de apneia que passou sem intercorrências. Fez VHB. Sem alergias ou infecções nosocomiais conhecidas durante o internamento. Teve alta em D23 de vida, com indicação de consulta médica na primeira semanas pós-alta, avaliação de peso semanal no centro de saúde, aguardar agendamento de consulta de pediatria, com terapêutica: polivitaminico 5gts/dia; ferro 2gts/dia; domperidona 0,5mg 4x/dia e medidas antirefluxo. Com indicação para LM em horário livre ou LM ou LA1 45ml de 3/3h. Pais autonomos nos cuidados ao RN.

1.1.6. Enquadramento familiar, social e ambiental: Modelo de Calgary de avaliação familiar

❖ Avaliação estrutural

Os gémeos S.P. e L.P. nasceram dia 20 de abril de 2017, com 32 semanas + 1 dia, no hospital garcia d'orta, sendo que o S.P. é o 1º gémeo e o L.P. é o segundo gémeo. Encontram-se integrados numa família de estrutura nuclear com pais casados, que coabitam na mesma habitação.

Relativamente aos restantes membros da família e à sua extensão, os pais dos gémeos, têm os seus pais vivos, que apresentam um suporte familiar significativo, que foi possível verificar nas visitas realizadas à unidade. Segundo os pais, frequentaram o curso de

preparação para o parto e para a parentalidade, no centro de saúde da Moita, onde a gravidez foi vigiada em 7 consultas.

É uma família de raça caucasiana, de classe social baixa, que habitam numa moradia urbana, com saneamento básico, acesso à habitação sem barreiras, com infraestruturas adequadas, com água canalizada, esgotos, eletricidade, gás, e uma casa de banho.

❖ Avaliação de desenvolvimento

O nascimento dos gêmeos ofereceu uma transformação familiar, pois existiu um crescimento familiar, o que implicou a adaptação dos pais e restantes familiares mais próximos, das suas tarefas diárias em função dos recém-nascidos.

Segundo os estágios do ciclo vital da família, do modelo de Calgary, esta família encontra-se no estágio III – famílias com filhos pequenos, onde o processo emocional de transição é aceitar novos membros no sistema. Neste sentido é necessário: ajustar o sistema conjugal para dar espaço aos filhos; união na educação dos filhos, finanças e tarefas domésticas; e realinhamento de relacionamentos com a família extensa para incluir os papéis paternos e de avós. (Wright & Leahey, 2009)

Nesta fase o enfermeiro deve estabelecer uma relação de ajuda com os pais, ajudando-os a adaptar-se a esta nova fase da sua vida, a parentalidade e na prestação dos cuidados do recém-nascido, tendo em conta as necessidades específicas dos seus filhos. Assim, efetuou-se uma check-list de cuidados a ter com o recém-nascido e cuidados promotores do conforto do recém-nascido, a ser ensinado, instruído e treinado com os pais durante o internamento no serviço de neonatologia, para assim capacitá-los no cuidar dos seus filhos, autonomamente, no domicílio.

Cuidados ao recém-nascido	
Conhecimento dos pais sobre a técnica e benefícios do aleitamento materno	✓
Conhecimento dos pais sobre o aleitamento artificial	✓
Conhecimento dos pais sobre o choro do recém-nascido	✓
Conhecimento dos pais sobre o sono do recém-nascido	✓
Conhecimento dos pais sobre características das dejeções do recém-nascido	✓
Conhecimento dos pais sobre posicionamento do recém-nascido	✓
Conhecimento dos pais sobre higiene ao recém-nascido (técnica do banho)	✓
Conhecimento dos pais sobre vigilância de saúde	✓
Conhecimento dos pais sobre características e competências do recém-nascido	✓

Conhecimento dos pais sobre a importância da vinculação	✓
Conhecimento dos pais sobre posição face-a-face durante a interação	✓
Conhecimento dos pais sobre pegar ao colo de forma segura	✓
Cuidados promotores de conforto no recém-nascido	
Reduzir as luzes sobre o recém-nascido;	✓
Reduzir o ruído ambiental;	✓
Promover períodos prolongados de sono e repouso;	✓
Posicionar corretamente o recém-nascido, colocando contenções em “ninhos” promovendo a sua organização comportamental e utilizar rolos de posicionamento;	✓
Organizar os cuidados a prestar ao recém-nascido evitando constantes manipulações;	✓
Realizar massagem terapêutica;	✓
Embalar e dar “colinho”;	✓
Promover o contacto físico dos pais com o recém-nascido;	✓
Promover o método canguru;	✓

❖ Avaliação funcional

Os gémeos, sendo recém-nascidos são totalmente dependentes nos seus autocuidados, pelo que contam com a ajuda total dos pais eficazmente como foi verificado ao longo do internamento. Relativamente ao funcionamento expressivo considera-se que a vinculação pais-recém-nascido se encontra estabelecida, os pais apresentam uma comunicação eficaz, com uma boa adaptação à parentalidade, e aos cuidados a prestar ao recém-nascido através da vinculação. O processo da hospitalização, no início teve de ser desmistificado, e estabelecido uma relação de ajuda com os pais para que conseguissem adaptar-se ao processo de doença dos seus filhos. Quando se pensa em ser pais, não se imagina o cenário da hospitalização, pelo que é bastante importante ajudar os pais nesta adaptação. A adaptação foi feita eficazmente, com apoio familiar presente, e predisposição familiar no cuidar os gémeos tendo em conta as suas especificidades e necessidades.

1.2. AVALIAÇÃO FÍSICA DOS RECÉM-NASCIDOS

Avaliação física dos gémeos recém-nascidos realizada no dia 8 de Maio de 2017.

- ❖ Sinais Vitais
 - S.P.

- Tensão arterial = 72/37 mmHg MAP =51 mmHg, membro inferior esquerdo
- Frequência cardíaca = 140 batimentos por minuto (bpm), pulso cheio e rítmico
- Frequência respiratória = 53 ciclos por minuto (cpm)
- Saturações de oxigênio = 100% em ar ambiente
- Dor = 0, segundo a escala de neonatal de NIPS
- Temperatura corporal = 36,8°C (timpânica)
- L.P.
 - Tensão arterial = 80/45 mmHg MAP =57 mmHg, membro inferior direito
 - Frequência cardíaca = 159bpm, pulso cheio e rítmico
 - Frequência respiratória = 63cpm
 - Saturações de oxigênio = 99% em ar ambiente
 - Dor = 0, segundo a escala de neonatal de NIPS
 - Temperatura corporal =36,4°C (timpânica)
- ❖ Dados antropométricos
 - S.P.
 - Peso = 2155gr
 - Comprimento = 44,7cm
 - Perímetro cefálico = 31,2cm
 - L.P.
 - Peso = 1975gr
 - Comprimento = 42.6cm
 - Perímetro cefálico = 31,5cm
- ❖ Sistema tegumentar
 - S.P. e L.P.: Apresenta a pele rosada e íntegra. Bem perfundida, extremidades quentes e rosadas. Turgor cutâneo mantido.
- ❖ Cabeça e pescoço
 - S.P. e L.P.: A cabeça apresenta um tamanho adequado ao corpo, de forma arredondada, ocupa uma posição central face ao enquadramento corporal, composta essencialmente por cartilagens. As suturas são palpáveis e encontram-se abertas. As fontanelas anterior e posteriores, estão presentes, normotensas, e ainda não encerraram. Os olhos estão simétricos, bem como sobrancelhas e pálpebras, as pupilas isoreativas e isocóricas. O médico realizou o rastreio do reflexo do olho vermelho, do qual passou bilateralmente. Realizou o

rastreio auditivo neonatal universal, do qual também passou bilateralmente. O pescoço apresenta simetria regular, apresenta rotação e extensão mantida.

❖ Sistema respiratório

- S.P. e L.P.: Apresenta nariz simétrico, sem alterações e sem obstruções. Tórax simétrico, sem tiragens. Eupneico, respiração superficial e predominantemente abdominal. Sem sinais evidentes de dificuldade respiratória.

❖ Sistema cardiovascular

- S.P.: Normotenso (72/37mmHg), normocardico (140bpm), pulso cheio e rítmico. Passou no rastreio das cardiopatias congénitas.
- L.P.: Normotenso (80/45mmHg), normocardico (159bpm), pulso cheio e rítmico. Passou no rastreio das cardiopatias congénitas.

❖ Sistema gastrointestinal

- S.P.: Lábios simétricos, palato intato, mucosas rosadas e hidratadas. Freio da língua presente, úvula na linha média e com mobilidade, língua de tamanho normal e com boa mobilidade. Apresenta reflexo de sucção e deglutição adequado, com coordenação. Abdomen depressível à palpação. Apresenta cicatriz umbilical, sem alterações. O padrão alimentar é de horário livre ou 3/3 horas LM ou LA. RN apresenta interesse na mama, faz boa pega, mãe autónoma na amamentação, demonstra conhecimento na resolução de eventuais problemas com a amamentação. A eliminação intestinal encontra-se sem problemas, apresenta fezes de transição, de coloração amarelada, granulosas e com cheiro sui-generis. Região anal sem alterações.
- L.P.: Lábios simétricos, palato intato, mucosas rosadas e hidratadas. Freio da língua presente, úvula na linha média e com mobilidade, língua de tamanho normal e com boa mobilidade. Apresenta reflexo de sucção e deglutição adequado, com coordenação. Abdomen depressível à palpação. Apresenta cicatriz umbilical, sem alterações. O padrão alimentar é de horário livre ou 3/3 horas LM ou LA. Apresentava episódios de regurgitação frequentes, pelo que iniciou toma de domperidona diária. RN apresenta interesse na mama, faz boa pega, mãe autónoma na amamentação, demonstra conhecimento na resolução de eventuais problemas com a amamentação. A eliminação intestinal encontra-se sem problemas, apresenta fezes de transição, de coloração amarelada, granulosas e com cheiro sui-generis. Região anal sem alterações.

❖ Sistema geniturinário/reprodutor

- S.P. e L.P.: Débito urinário regular, micções na fralda sem alterações, urina límpida, com cheiro sui-generis. Região genital íntegra, com higiene adequada, sem alterações anatômicas, apresenta testículos na bolsa escrotal.

❖ Sistema músculo-esquelético

- S.P. e L.P.: Apresenta boa vitalidade, com movimentos flexíveis e de firmeza. Coluna vertebral intacta, sem aberturas, massas ou curvas proeminentes. Membros superiores e inferiores simétricos, com amplitude na total de movimentos. Tônus muscular adequado à idade. Apresenta 5 dedos em cada mão e cada pé. Unhas e pregas palmares e plantares presentes. Sem deformações visíveis.

❖ Sistema neurológico

Reflexos					
	S.P.	L.P.		S.P.	L.P.
Olhos			Extremidades		
Reflexo da córnea ou pestanejo Pupilar Olhos de boneca	✓	✓	Preensão Babinski Clonus do tornozelo	✓	✓
Nariz			Massa		
Espirro Glabelar	✓	✓	Moro Sobressalto Perez Tônico cervical assimétrico Encurvamento do tronco	✓	✓
Boca e garganta					
Sucção e deglutição Laringeo Rotação (pontos cardeais) Bocejo Tosse Protusão da língua	✓	✓			

S.P.: Tônus muscular adequado, boa vitalidade, comportamento calmo e tranquilo a maior parte do tempo, apresentando choro vigoroso quando apresenta fome ou desconforto. Reativo a estímulos externos. Mantém sono tranquilo. Não aparente alterações de coordenação.

L.P. Tônus muscular adquado, boa vitalidade, comportamento calmo por períodos, apresenta períodos de choro vigoroso, associado à regurgitação, fome ou desconforto. Reativo a estímulos externos. Mantém sono tranquilo. Não aparente alterações de coordenação.

1.3. AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL DOS RECÉM-NASCIDOS

Os gémeos apresentam uma aparência geral cuidada e adequada à faixa etária. Os pais demonstram-se preocupados e atentos aos cuidados e desenvolvimento dos gémeos. Foi realizado um acolhimento adequado aos pais, com planeamento da alta desde o primeiro dia de internamento, realizando os ensinamentos necessários para a capacitação dos pais no cuidar do S.P. e do L.P., onde ao longo do internamento foram demonstrando uma aquisição eficaz dos conhecimentos transmitidos, ficando ambos autónomos nos cuidados dos recém-nascidos.

Os pais mostraram-se colaborantes na recolha de dados para a o preenchimento da avaliação inicial dos gémeos, bem como a avaliação familiar.

Os gémeos receberam visita dos pais todos os dias, ficando um grande período de tempo, e primando por se encontrarem presentes no turno da manhã para a realização do banho do recém-nascido. Quando o pai não se encontrava presente, a equipa de enfermagem disponibilizava-se para colaborar com a mãe nos cuidados ao recém-nascido para não existir uma sobrecarga para a mãe, valorizando os períodos de repouso da mãe, para que esta conseguisse cuidar dos seus filhos com agrado e prazer.

Segundo a teoria psicossocial de Erikson, os gémeos encontra-se na primeira fase que se dá desde o nascimento até ao primeiro ano de vida, que está relacionada com a aquisição do sentimento de confiança, ultrapassando a desconfiança. Os elementos importantes para o desenvolvimento psicossocial do recém-nascido/lactente, são os pais, a qualidade da relação entre pais e filhos, e os cuidados que o bebe recebe. É importante conseguir gerir a frustração que possa existir nos pais por não compreender sinais comportamentais do recém-nascido e lactente, pois não conseguir lidar com esta situação poderá conduzir à desconfiança. A confiança adquirida na infância permite ao recém-nascido/lactente o desenvolvimento do sentimento de conforto físico e segurança. (Wilson, 2014)

Para a promoção do desenvolvimento psicossocial, nesta fase, é bastante importante que os pais se encontrem presentes, que colaborem nos cuidados e estabeleçam uma boa vinculação com os seus filhos. (Wilson, 2014) Nesta família, é possível verificar a presença dos pais na colaboração dos cuidados, e no desenvolvimento dos laços de vinculação com os filhos, nomeadamente na utilização do método de canguru, tanto a mãe, como o pai. Ambos preocupados com o desenvolvimento dos filhos, e em proporcionar-lhes conforto, adotando muitas vezes a posição do colo, prestando-lhes cuidados em conjunto, o que fortalece a vinculação pais-filhos.

Quanto ao desenvolvimento cognitivo, os gémeos, encontram-se no estágio sensório-motor, que é o período desde o nascimento até aos dois anos de idade, segundo a teoria de Piaget. Neste estágio, existem quatro subestádios, onde os gémeos se encontram no primeiro subestádio, que vai desde o nascimento até ao primeiro mês de vida. Este subestádio é caracterizado pelo uso dos reflexos e o narcicismo total, onde o seu comportamento é predominantemente de reflexos – sucção, deglutição, busca, prensão e choro, e onde demonstram pouca ou nenhuma tolerância à frustração da gratificação retardada (Wilson, 2014). Os gémeos têm estes comportamentos presentes.

Segundo a teoria psicossexual de Freud, os gémeos encontram-se na primeira fase, designada de fase oral, período entre o nascimento e os 12-18 meses de idade. Nesta fase, a fonte principal de prazer do bebé envolve atividades dirigidas para a boca, como é exemplo a sucção e a alimentação (Papalia, et al, 2006). Estes comportamentos confirmam-se com o consolo do gémeos recém-nascidos, com a alimentação e quando se oferece chupeta no intervalo das mamadas.

O desenvolvimento social nesta fase é através da vinculação pais-filhos. A ligação de progenitor e filho, começa antes do nascimento, e assume ainda mais importância à nascença, e desenvolve-se essencialmente durante o primeiro ano de vida da criança. (Wilson, 2014) Neste sentido, o enfermeiro deve promover a vinculação dos pais-recém-nascido, durante o internamento na neonatologia, e garantir que se encontra estabelecida, e que se irá manter após-alta. Os comportamentos de vinculação observados nesta família ao longo do internamento entre pais/RN, foram: o posicionamento do RN face-a-face durante a interação; o chamar o RN pelo nome; o contacto corporal – aconchego e carícias; os pais reconhecem os sinais que o RN lhe transmite – o sono, desconforto, interação, tipo de estimulação quando a criança está acordada; pegam ao colo de forma segura; acalmam o RN quando chora – embalam, falam, oferecem chupeta; reconhecerem o excesso de estimulação do filho; demonstram confiança e segurança nos cuidados ao RN; e manifestam as dificuldades, preocupações, e interesse no desenvolvimento saudável dos seus filhos.

1.4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: CONFRONTO COM A REALIDADE

A **gravidez gemelar** pode proporcionar complicações maternas, como fetais e neonatais. Uma das complicações maternas descritas é a diabetes gestacional (Clorerty, Eichenwald, Stark, 2008) tal como aconteceu com a mãe J.P., dos gémeos, que realizou controlo com dieta. Das complicações fetais e neonatais descritas, a prematuridade e o baixo peso ao nascer, vai ao encontro da situação acontecida com esta família em estudo.

A duração média da gestação é mais curta em gestações multifetais. A idade gestacional média ao nascimento é 36 semanas para gémeos, 33 semanas para trigêmeos e 29,5 semanas para quadrigêmeos. Nos países desenvolvidos, a incidência de um parto pré-termo em gémeos foi de 53% em 1997. A gestação multifetal eleva o risco de **prematuridade** grave e de muito baixo peso ao nascer. A probabilidade de peso ao nascer ser inferior a 1500gr é de 8 a 33 vezes maior em gêmeos e trigêmeos ou múltiplos em comparação com gestações únicas (Enciso, 2008).

O S.P. (1º gêmeo) e o L.P. (2º gêmeo) nasceram a 20 de Abril de 2017, com 32 semanas + 1 dia de gestação, que em comparação com a literatura é inferior à média da idade gestacional de nascimento nas gravidezes gemelares. O peso ao nascer do S.P. foi de 1810gr, e o L.P. apresentava 1790gr, pelo que apresentavam **baixo peso ao nascer**, que segundo a literatura é < a 2500gr (Lee, 2008).

A diferença de pesos ao nascer dos gêmeos, vai ao encontro descrito na literatura que refere que nas gravidezes gemelares existe um crescimento intra-uterino restrito, e que isso leva a que um gêmeo seja maior que o outro, e que o segundo gêmeo, tenha uma taxa superior de morbilidades e mortalidade (Enciso, 2008). O L.P. (2º gêmeo) apresentou maior dificuldade na aprendizagem do reflexo de sucção e deglutição, sendo que foi o último gêmeo a retirar a sonda nasogástrica (SNG), e ainda apresentou episódio de regurgitação com necessidade de tomar domperidona, para auxiliar na digestão. Ao contrário do L.P., o S.P. (1º gêmeo), apresentou maior facilidade na aprendizagem do reflexo de sucção e deglutição, apresentando maior facilidade na coordenação.

O RN pré-termo é aquele cujo nascimento ocorre até o final do último dia da 37ª semana, isto é 36 semanas + 6 dias, após o início do último período menstrual. Devido a prematuridade existem complicações associadas com dificuldade na adaptação à vida extra-uterina, secundária à imaturidade dos sistemas orgânicos. Os problemas da prematuridade descritos são:

- ❖ Respiratórios: os neonatos prematuros podem apresentar depressão perinatal na sala de parto devido a adaptação à respiração espontânea; síndrome de dificuldade respiratória devida à deficiência de surfactante; **apneia**, devida à imaturidade dos mecanismos que controlam a respiração; e displasia broncopulmonar, caracterizada como doença pulmonar crónica, infeções de wilson-mikity e insuficiência pulmonar crónica da prematuridade (Lee, 2008).

- ❖ Neurológicos: os neonatos prematuros correm um alto risco de problemas neurológicos, nomeadamente depressão perinatal, hemorragia intracraniana e lesão da substância branca periventricular e outras lesões neurais (Lee, 2008).
- ❖ Cardiovasculares: os neonatos prematuros podem apresentar problemas cardiovasculares, tais como hipotensão associado a hipovolémia, disfunção cardíaca, vasodilatação secundária; e persistência do canal arterial é comum e pode levar a insuficiência cardíaca congestiva (Lee, 2008).
- ❖ Hematológicos: os neonatos prematuros podem apresentar anemia e **hiperbilirrubinemia** (Lee 2008).
- ❖ Nutricionais: os neonatos prematuros necessitam de especial atenção ao conteúdo, volume e via de alimentação (Lee, 2008).
- ❖ Gastrointestinais: os neonatos prematuros têm elevado risco para desenvolver enterocolite necrosante, e alimentação artificial é um fator de risco significativo. Nestes casos o leite materno é privilegiado (Lee, 2008).
- ❖ Metabólicos: os neonatos prematuros têm tendência para desenvolver problemas com o metabolismo da glicose e do cálcio (Lee, 2008).
- ❖ Renais: os rins dos neonatos imaturos caracterizam-se por uma taxa de filtração glomerular baixa, pelo que o balanço hidroeletrólítico poderá ser difícil (Lee, 2008).
- ❖ Regulação da temperatura: os neonatos prematuros são suscetíveis a hipo e hipertermia (Lee, 2008).
- ❖ Imunológicos: os neonatos prematuros apresentam deficiências na resposta celular, pelo que se encontram sob alto risco de infeções (Lee, 2008).
- ❖ Oftalmológicos: A retinopatia da prematuridade pode desenvolver-se em neonatos < 32 semanas ou com peso ao nascer < 1500gr (Lee, 2008).

As complicações associadas à prematuridade do S.P. foram, o baixo peso a nascer, a taquipneia transitória do recém-nascido e a icterícia fisiológica sem necessidade de realizar fototerapia. O L.P. apresentou como complicações associadas à prematuridade, o baixo peso a nascer, apneias da prematuridade, taquipneia transitória do recém-nascido, icterícia fisiológica com necessidade de fototerapia e hemorragia subependimária à esquerda diagnosticado na ecografia transfontanelar em D2 com resolução verificada na ecografia transfontanelar realizada a D19 de vida.

Apneias da prematuridade

A apneia é definida como a suspensão do fluxo de ar, e caracteriza-se como patológica quando existe ausência de fluxo de ar com duração > a 20 segundos ou acompanhada de bradicardia, com frequências cardíacas inferiores a 100bpm, ou cianose. A bradicardia e a cianose podem surgir antes dos 20 segundos, no recém-nascido pré-termo pequeno. Nas apneias com duração entre 30 a 45 segundos, observa-se palidez e hipotonia, e os neonatos podem não responder à estimulação tátil (Stark, 2008).

A apneia classifica-se em:

- Apneia central, quando os esforços inspiratórios estão ausentes
- Apneia obstrutiva, quando os esforços inspiratórios permanecem, mas existe uma obstrução das vias respiratórias
- Apneia mista, quando existe obstrução das vias respiratórias com esforços inspiratórios, precedente de uma apneia central (Stark, 2008).

Os episódios de apneia são frequentes em neonatos prematuros, sendo que a sua incidência aumenta inversamente com a idade gestacional. Até 25% dos neonatos com peso < a 1800gr com <34 semanas de idade gestacional, têm pelo menos um episódio de apneia (Stark, 2008). Confrontando com a situação dos gêmeos, o S.P. não registou episódios de apneia, apesar de ter < 34 semanas de idade gestacional, nasceu com um peso de 1810gr, o que coincide com o descrito na literatura. Já o L.P. nos primeiros dias de vida teve raros episódios de apneias, apresenta < 34 semanas de idade gestacional, e um peso ao nascer de 1790gr, o que vai ao encontro do designado na literatura.

A apneia geralmente dá-se no 1º e 2º dia de vida, se não ocorrer nos primeiros 7 dias de vida é improvável que ocorra depois (Stark, 2008). O L.P. deu entrada na unidade de neonatologia com 9 dias de vida (idade corrigida de 33s+2d), e durante o internamento não se registou episódios de apneias. No internamento na UCIN do HGO, registou apneias raras, não se encontra em notas específicas quando, mas sabe-se que foi entre o D1 e D8 de vida, o que é de acordo ao descrito na literatura.

É difícil explicar a génese das apneias, vários mecanismos foram propostos para explicar as apneias nos neonatos pré-termo, tais como:

- Imaturidade relacionada com o desenvolvimento do impulso respiratório central
- Resposta dos quimiorreceptores - hipoxemia
- Reflexos – presença de sondas de aspiração na faringe, líquido nas vias respiratórias superiores durante a alimentação.

- Músculos respiratórios – obstrução das vias respiratórias (Stark, 2008).

Todos os recém-nascidos pré-termo com idade gestacional < a 35 semanas devem ser monitorizados pelo menos durante a primeira semana após o nascimento, devido ao risco de apneia existente nestes neonatos. A monitorização deve permanecer até que nenhum episódio de apneia tenha existido no mínimo durante 5 dias. Deve existir uma monitorização respiratória e cardíaca, para compreender se existe repercussão na frequência cardíaca, de modo a entender a gravidade do episódio (Stark, 2008).

Quando o alarme do monitor dispara, deve-se olhar para o RN, e verificar se apresenta bradicardia, cianose e obstrução das vias respiratórias. A maioria dos episódios de apneia em neonatos prematuros respondem à estimulação tátil. Os neonatos que não respondem à estimulação tátil devem ser ventilados com insuflador manual (Stark, 2008).

Existem medidas gerais que devem ser realizadas para evitar a existência de um episódio de apneia tais como:

- Evitar os reflexos que desencadeiam a apneia: aspiração da faringe e alimentação oral
- Posições de flexão ou extensão extremas do pescoço, reduzindo a probabilidade de obstrução das vias respiratórias.
- Prevenção de oscilações na temperatura ambiente (Clorerty, Eichenwald, Stark, 2008).

Taquipneia transitória do recém-nascido

A taquipneia transitória do RN (TTRN), caracteriza-se por sinais de dificuldade respiratória leve, incluindo retrações, cianose e diminuição da saturação de oxigênio, onde geralmente é aliviada por oxigênio suplementar (Louis, 2008).

A transição para respiração de ar exige remoção rápida do líquido pulmonar fetal, a qual é mediada principalmente por reabsorção. A reabsorção é facilitada pelas alterações no meio hormonal materno-fetal que acompanham normalmente o início do trabalho de parto. O comprometimento ou retardo da remoção de líquido pulmonar fetal por uma série de distúrbios resulta no edema pulmonar transitório que caracteriza a TTRN. O líquido retido acumula-se nos vasos linfáticos peribronquiolares e nos espaços broncovasculares, causando compressão e colapso bronquiolar e hiperinsuflação. Estas alterações resultam na diminuição final da compliance pulmonar, que resulta neste distúrbio (Louis, 2008).

Um dos fatores de risco é o parto pré-termo. Os recém-nascidos pré-termo apresentam-se nas primeiras 6 horas de vida com taquipneia, e as frequências respiratórias são > a 80cpm. A taquipneia é acompanhada por dificuldade respiratória leve a moderada, com cianose, retrações subcostais e aumento do diâmetro antero-posterior do torax. O adejo nasal e o gemido respiratório, também podem estar associados como mecanismos de compensação da compliance pulmonar reduzida (Louis, 2008).

Os sinais de TTRN geralmente persistem 12 a 24 horas nos casos de doença leve, mas podem permanecer entre 48 a 72 horas nos casos mais graves. O tratamento é realizado com administração de oxigênio suplementar, se necessário. Em alguns neonatos, pode ser utilizado a pressão positiva contínua nas vias respiratórias. Os neonatos com frequências respiratórias persistentes > a 60cpm não devem receber alimentação oral, pelo que é realizada administração da alimentação por gavagem. Se as frequências respiratórias se mantiverem entre 60-80cpm, deverá ser realizado dieta zero, com hidratação endovenosa.

O S.P. e o L.P. apresentaram TTRN. O S.P. necessitou de oxigênio suplementar a 0,5l/min por óculos nasais, até D4 de vida, e o L.P. apenas em D1. Neste caso poderá verificar-se que o S.P. teve uma TTRN mais grave que o L.P. que resolveu em 24 horas, enquanto que o S.P. necessitou de 4 dias para a resolução da TTRN.

Icterícia Fisiológica

A hiperbilirrubinémia refere-se ao nível excessivo de bilirrubina no sangue. A icterícia é a designação da coloração amarelada da pele e de outros órgãos. A bilirrubina é um dos produtos de degradação da hemoglobina e resulta da destruição dos eritrócitos (Wilson, 2014).

Os produtos que resultam da sua degradação são libertados para a circulação, onde a hemoglobina se divide em duas frações: a heme e a globina. A porção heme é convertida em bilirrubina não conjugada, uma substância insolúvel ligada à albumina. No fígado a bilirrubina é separada da molécula de albumina, e transforma-se em bilirrubina conjugada, que é posteriormente excretada na bilis. A maior parte da bilirrubina reduzida (urobilinogénio), é excretada pelas fezes e uma pequena parte é eliminada na urina (Wilson, 2014).

Normalmente o corpo é capaz de manter o equilíbrio entre a destruição dos eritrócitos e a excreção dos produtos daí resultantes. No entanto, quando existem limitações de desenvolvimento ou processos patológicos que interferem com este equilíbrio, a bilirrubina

acumula nos tecidos e produz a icterícia. Uma das causas para a hiperbilirrubinemia no RN, são os fatores fisiológicos devido ao desenvolvimento e prematuridade (Wilson, 2014).

A causa mais comum de hiperbilirrubinemia é relativamente pouco grave e autolimitada, a icterícia fisiológica ou icterícia neonatal. A causa advém de uma função hepática imatura acrescida do aumento da bilirrubina relacionada com a hemólise dos eritrócitos. Tem início após 24 horas do nascimento, que pode ser prolongado nos recém nascidos pré-termo, o pico dá-se no 3º a 4º dia, e diminui entre o 5º e 7º dia (Wilson, 2014).

O tratamento passa pelo aumento da frequência da alimentação, evitando suplementos; avaliação do padrão de eliminação; monitorização transcutânea da bilirrubina ou do nível da bilirrubina sérica total; realização da avaliação do risco; e usar fototerapia se os níveis de bilirrubina sérica aumentarem significativamente ou se estiver presente uma hemólise significativa (Wilson, 2014).

Confrontado com o sucedido com os gémeos, apesar de não termos acesso aos valores de bilirrubina do S.P. pensa-se que deveria ter valores pouco significativos para não ser necessário realizar fototerapia. A informação do HGO, foi que se manteve subictérico durante o internamento. O L.P. por sua vez, teve necessidade de realizar fototerapia, pelo que pensa-se que existia valores significativos de bilirrubina. Realizou a fototerapia durante 24 horas entre D3 e D4, que segundo a literatura, são os dias em que se dá o pico da icterícia fisiológica (Wilson, 2014).

Ecografia Cerebral Transfontanelar

A única técnica imagiológica disponível de forma generalizada para avaliar o sistema nervoso central de um RN pré-termo é a ecografia cerebral. Sabe-se que associado à prematuridade existe um elevado risco de desenvolver problemas no seu neurodesenvolvimento. Este risco pode ser antecipado quando existem lesões major detetadas na ecografia cerebral. No entanto, atualmente a maioria dos RN pré-termos não apresentam lesões cerebrais major. (Graça, 2013)

A ecografia cerebral transfontanelar é um método de diagnóstico essencial numa unidade de cuidados intensivos neonatais, pois é segura, acessível e aplicável à cabeceira do RN, contribuindo para uma perturbação menor do seu bem-estar. A sua realização permite detetar patologias congénitas ou adquiridas, pré-natal ou pós-natal. (Graça, 2013)

A primeira ecografia deve ser realizada nas primeiras 72 horas, preferencialmente nas primeiras 24 horas. Depois deverá ser realizada no final da primeira e da segunda semana, seguindo-se ecografias semanais no caso de existir patologia evolutiva, ou quinzenais na ausência de patologia evolutiva. Seguindo este protocolo, é possível antecipar, apenas com recurso a ecografia cerebral, cerca de 92% dos casos de paralisia cerebral no grande pré-termo. (Graça, 2013)

Os gêmeos realizaram a ecografia a D4 de vida, dentro das 72 horas recomendadas para a sua realização. O S.P. não apresentava alterações na ecografia transfontanelar. O L.P. apresentava uma hemorragia subependimária à esquerda, pelo que necessitou de repetir nova ecografia transfontanelar em D19 de vida, onde se verificou a resolução da HSE.

- **Hemorragia subependimária**

A hemorragia intracraniana (HIC) poderá ser um problema significativo em RN, especialmente pré-termo. A HIC tem grande importância consoante a sua gravidade e considerando os transtornos neurológicos adjacentes. Um grande número de casos de HIC, ocorre logo após o nascimento ou no primeiro dia após o nascimento, o que indica ser aspetos perinatais (Silva, Lisandra, Iser, Betine, Tartare, Bianca, Bonetti, Heloise, 2015).

A gravidade da HIC, é classificada de acordo com a localização da hemorragia e a dilatação ventricular, em quatro graus. A hemorragia subependimária é caracterizada pelo grau I, e ocorre apenas ao nível da matriz germinativa, sendo na maioria dos casos reabsorvida. Este é o local mais comum de ocorrência de uma HIC. (Silva, 2015)

O L.P. apresentou uma hemorragia subependimária à esquerda, com resolução verificada em D19, o que vai ao encontro da literatura quando afirma que este tipo de hemorragias tem auto-resolução através da reabsorção, não tendo assim, importância clínica significativa.

1.5. NECESSIDADES HUMANAS ALTERADAS

- ❖ **Alimentação**

- S.P.: Dependente no alimentar-se, faz aleitamento materno em horário livre ou 45ml de LM/LA de 3/3 horas.
- L.P. : Dependente no alimentar-se, faz aleitamento materno em horário livre ou 45ml de LM/LA de 3/3 horas. Apresentou vários episódios de regurgitação pelo que faz toma de domperidona diária.

- ❖ Eliminar
 - S.P.: Incontinência urinária e fecal, pelo que utiliza fralda, de acordo com as características do recém-nascido. Padrão vesical e fecal sem alterações.
 - L.P.: Incontinência urinária e fecal, pelo que utiliza fralda, de acordo com as características do recém-nascido. Padrão vesical e fecal sem alterações.
- ❖ Higiene, conforto e integridade cutânea
 - S.P. e L.P.: Totalmente dependente na promoção da higiene e conforto. Higiene mantida, com prestação de cuidados autônoma dos pais, e com ajuda do enfermeiro, quando ausência dos pais. Conforto encontra-se comprometido por: presença da pulseira de identificação ao nível do membro inferior direito, sensor de oxímetro de pulso em contacto com a pele, em diversos locais rotativos por turno, ambiente da unidade neonatologia – alarmes, visitas, ruídos e luminosidade. Pele íntegra e rosada.
- ❖ Exercício e atividade
 - S.P. e L.P. Apresentam boa vitalidade, com necessidade de alternância de decúbitos a seguir as mamadas, com alinhamento corporal no posicionamento promovendo o desenvolvimento saudável. Privilegia-se o posicionamento do colo/método de kanguru.
- ❖ Comunicação e multiculturalidade
 - S.P. e L.P. O choro é a forma de comunicar dos gémeos recém-nascidos, pelo que foi realizado o ensino aos pais sobre o choro do bebé, de modo a promover o conhecimento dos pais sobre a forma de comunicação dos seus filhos. A comunicação pais-enfermeiro foi eficaz ao longo do internamento, com possibilidade de estabelecer uma relação terapêutica, e uma parceria de cuidados aos recém-nascidos.
- ❖ Sono e repouso
 - S.P. e L.P.: Os gémeos apresentavam um sono tranquilo entre as mamadas, na unidade era promovido o ambiente favorável de sono e repouso entre as mamadas, e eram realizados os ensinamentos aos pais sobre a importância de manter esta promoção, evitando manipulações durante o período de repouso dos gémeos.
- ❖ Segurança
 - S.P. e L.P.: A segurança dos gémeos é assegurada pelos pais e profissionais de saúde, pelo que é importante compreender os diversos aspetos necessários à sua promoção tal como aprender a pegar ao colo de forma segura o bebé, fechar as portas da incubadora (quando os recém-nascidos se encontravam nas

incubadoras até dia 6 de Maio) quando não se encontravam presentes ou a manipular os gémeos, não ter prateleiras por cima dos berços, evitando o risco de queda de materiais em cima dos recém-nascidos.

2. PROCESSO DE ENFERMAGEM S.P.

Data Início	28-04-2017	
Diagnóstico de Enfermagem	Fundamentação	
Risco de [Taquipneia]	<p>A taquipneia transitória do RN (TTRN), caracteriza-se por sinais de dificuldade respiratória leve, incluindo retrações, cianose e diminuição da saturação de oxigénio, onde geralmente é aliviada por oxigénio suplementar (Louis, 2008).</p> <p>O S.P. necessitou de oxigénio suplementar a 0,5l/min por óculos nasais, até D4 de vida, devido à TTRN.</p>	
Resultados Esperados: Nenhuma Taquipneia		
Planeamento e implementação dos cuidados - Intervenções de enfermagem		
<p>1. Monitorizar o RN com monitor cardio-respiratório, para identificar baixas de saturação e possíveis bradicardias (Louis, 2008). Término a dia 10/05/2017</p> <p>2. Avaliar e registar saturações de oxigénio, frequências respiratórias, frequências cardíacas de 3/3h (Louis, 2008). Término a dia 10/05/2017</p> <p>3. Avaliar movimentos respiratórios no RN. (Louis, 2008).</p> <p>4. Administrar oxigénio, se necessário (Louis, 2008).</p> <p>5. Ensinar os pais sobre sinais de alerta: RN com movimentos respiratórios rápidos, cianose</p> <p>6. Avaliar a resposta ao ensino realizado aos pais, de forma a perceber quais os obstáculos à compreensão e/ou se há necessidade de reforço de ensino</p> <p>7. Monitorizar o RN no berço, com monitor de apneia (Louis, 2008). Início a 10/05/2017</p> <p>8. Realizar teste de apneia, com monitor de apneia, colocando criança na contenção de transporte – ovinho (Clorerty, Eichenwald, Stark, 2008). Realizada a 12/05/2017</p>		
Resultado de Enfermagem – Avaliação		
<p>03-05-2017 – <i>Status negativo</i> – Não foram registados episódios de taquipneia, com valores > 60cpm, ou baixas de saturação. Manteve-se eupneico, bem perfundido. Sem necessidade de administrar oxigénio suplementar. Pele rosada. Realizado ensino aos pais sobre sinais de alerta, aparentemente com compreensão.</p> <p>08-05-2017 – <i>Status negativo</i> – Não foram registados episódios de taquipneia, com valores > 60cpm, ou baixas de saturação. Manteve-se eupneico, bem perfundido. Sem necessidade de administrar oxigénio suplementar. Pele rosada.</p> <p>10-05-2017 – <i>Status negativo</i> – Não foram registados episódios de taquipneia, com valores > 60cpm, ou baixas de saturação. Manteve-se eupneico, bem perfundido. Sem necessidade de administrar oxigénio suplementar. Pele rosada. Cerca das 10h, foi retirado monitorização cardio-respiratória, segundo indicação médica. Ficou apenas com monitor de apneia por indicação médica.</p>		
Competências Comuns do Enfermeiro Especialista		
“Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da		

qualidade dos cuidados”

“Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”

Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem

“Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”

“Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”

“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.”

Competências do Enfermeiro Mestre

“Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde”

“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, ainda que relacionados com a sua área de estudo”

“Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções (...)”

Click here to
enter a
date.

Data Fim

Data Início 28-04-2017

Diagnóstico de Enfermagem

Termorregulação Comprometida

Fundamentação

Segundo a CIPE 2.0., **termorregulação** é “Processo do sistema regulador: controlo da produção e da perda de calor através de mecanismos fisiológicos ativados pelo hipotálamo; pele e temperatura corporal”

Os recém-nasidos pré-termo são suscetíveis a hipo e hipertemia, pelo que é necessário manter a temperatura controlada (Lee, 2008).

Os neonatos prematuros têm problemas na manutenção da temperatura, devido às suas características, nomeadamente: área de superfície cutânea, pele permeável com maior perda transepidérmica, redução da gordura subcutânea, com menos capacidade isolante, incapacidade de receber calor suficientes para adquirir nutrientes para a termogénese e o crescimento (Chatson, 2008)

O S.P. manteve-se na incubadora até dia 05-05-2017, a temperatura 29,5°C para garantir uma temperatura corporal na média dos 36,5°C, a partir desse dia foi para berço onde a

	temperatura corporal foi controlada com a roupa, avaliando a temperatura timpânica.
Resultados Esperados: Termorregulação Efetiva	
Planeamento e implementação dos cuidados - Intervenções de enfermagem	
1. Monitorizar temperatura corporal uma vez por turno(Chatson, 2008).	
2. Regular temperatura da incubadora , consoante temperatura corporal do RN. Término a 05-05-2017 (Chatson, 2008)	
3. Avaliar coloração da pele do RN (Chatson, 2008)	
4. Vestir/Despir RN conforme temperatura corporal (Chatson, 2008)	
5. Aquecer/Arrefecer RN no berço, através da utilização de cobertores, mantendo temperatura corporal média de 36.5°C timpânica (Chatson, 2008).	
6. Ensinar os pais sobre o arrefecimento/sobreaquecimento do RN	
7. Avaliar a resposta ao ensino realizado aos pais , de forma a perceber quais os obstáculos à compreensão e/ou se há necessidade de reforço de ensino	
8. Monitorizar temperatura ambiental da unidade de neonatologia (Chatson, 2008)	
Resultado de Enfermagem – Avaliação	
03-05-2017 – Status efetivo – O RN encontra-se na incubadora, com temperatura 29.5°C, e apresentava uma temperatura timpânica de 36,5°C. Pele quente e rosada. Vestido com um body. A temperatura ambiente da unidade de neonatologia são de 26°C.	
08-05-2017 – Status efetivo – O RN encontra-se em berço, com uma temperatura timpânica de 36,4°C, pele quente e rosada. Vestido com um body e babygrow. A temperatura ambiente da unidade de neonatologia são de 26°C.	
10-05-2017 – Status efetivo – O RN encontra-se em berço, com uma temperatura timpânica de 36,2°C, pele quente e rosada. Vestido com um body e babygrow. A temperatura ambiente da unidade de neonatologia são de 26°C.	
Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	
“Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados”	
“Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”	
Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem	
“Assite a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”	
“Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”	
“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.”	
Competências do Enfermeiro Mestre	
“Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que sustentando-se nos	

conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde”

Click here to
enter a
date.

Data Fim

Data Início 28-04-2017

Diagnóstico de Enfermagem

Sugar Comprometido

Fundamentação

Segundo a CIPE 2.0., **sugar** é “comer ou beber: ingestão de líquidos pela boca utilizando os músculos dos lábios e a língua, por exemplo, extrair leite da mama ou líquido por biberão.”

O S.P. apresentava sonda nasogástrica desde o nascimento, por onde era alimentado, mas foi realizada a estimulação do reflexo sucção-deglutição até efetivar.

Resultados Esperados: Sugar Efetivo

Planeamento e implementação dos cuidados - Intervenções de enfermagem

1. **Avaliar** reflexo de sucção (Askin & Wilson, 2014)
2. **Avaliar** reflexo de deglutição (Askin & Wilson, 2014)
3. **Avaliar** coordenação sucção-deglutição (Askin & Wilson, 2014)
4. **Estimular reflexo** sucção-deglutição (Askin & Wilson, 2014)
5. **Oferecer LM por tetina**, previamente extraído pela mãe para o biberão (Askin & Wilson, 2014)
6. **Incentivar amamentação** na mama (Askin & Wilson, 2014)
7. **Verificar** permeabilidade da sonda nasogástrica (Askin & Wilson, 2014)
8. **Avaliar presença de conteúdo gástrico**, antes da alimentação (Askin & Wilson, 2014)
9. **Administrar LM** por gavagem, segundo prescrito – 38 ml.
10. **Avaliar tolerância** da alimentação
11. **Ensinar** a mãe sobre técnicas de amamentação (Askin & Wilson, 2014)
12. **Avaliar a resposta ao ensino realizado à mãe**, de forma a perceber quais os obstáculos à compreensão e/ou se há necessidade de reforço de ensino

Resultado de Enfermagem – Avaliação

03-05-2017 – *Status efetivo* – Apresenta reflexo de sucção e deglutição melhoras, com coordenação. Às 10h mamou os 38ml de LM por tetina, às 13h, com dificuldade no reflexo sucção-deglutição, sem conteúdo gástrico, fez 38ml LM por gavagem, e colocou-se RN à mama da mãe, apresentou alguma dificuldade nos reflexos, com necessidade de ser estimulado, ficando à mama cerca de 5 minutos. Com tolerância.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

“Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados”

“Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”

Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem

“Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”

“Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”

“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.”

Competências do Enfermeiro Mestre

“Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde”

“Possuir competências de aprendizagem que lhes permitam beneficiar de uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”

05-05-2017

Data Fim

Data Início 28-04-2017

Diagnóstico de Enfermagem

Alimentar-se comprometido

Fundamentação

Retirou a sonda nasogátrica dia 05-05-2017, ficando a ser alimentado pela mama, ou por tetina desde então, apresentando bons reflexos de sucção e deglutição.

Resultados Esperados: Alimentar-se

Planeamento e implementação dos cuidados - Intervenções de enfermagem

1. **Avaliar** reflexo de sucção (Askin & Wilson, 2014)
2. **Avaliar** reflexo de deglutição (Askin & Wilson, 2014)
3. **Avaliar** coordenação sucção-deglutição (Askin & Wilson, 2014)
4. **Estimular reflexo** sucção-deglutição (Askin & Wilson, 2014)
5. **Oferecer LM por tetina**, previamente extraído pela mãe para o biberão, 38ml segundo prescrição médica (Askin & Wilson, 2014)
6. **Incentivar amamentação** na mama, quando mãe presente no serviço (Askin & Wilson, 2014)
7. **Avaliar tolerância** da alimentação
8. **Ensinar** a mãe sobre técnicas de amamentação (Askin & Wilson, 2014)
9. **Avaliar a resposta ao ensino realizado à mãe**, de forma a perceber quais os obstáculos à compreensão e/ou se há necessidade de reforço de ensino

Resultado de Enfermagem – Avaliação

08-05-2017 – *Status mantido* – No turno da tarde, mamou na mama, às 16h durante 10 minutos, às

19h30 durante 20 minutos, e às 22h30 durante 10 minutos, apresentando bons reflexos de sucção e deglutição. Mãe autônoma nas técnicas da amamentação. Com tolerância

10-05-2017 – *Status mantido* – No turno da noite, não se encontrava presente a mãe, pelo que realizou aleitamento por tetina, 38 ml de LM, com bons reflexos de sucção e deglutição, às 00h30, 4h e 7h. Com tolerância.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

“Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados”

“Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”

Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem

“Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”

“Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”

“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.”

Competências do Enfermeiro Mestre

“Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde”

“Possuir competências de aprendizagem que lhes permitam beneficiar de uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”

Click here to enter a date.	Data Fim
-----------------------------	-----------------

Data Início	28-04-2017
Diagnóstico de Enfermagem	Fundamentação
Conforto comprometido	<p>Segundo a CIPE 2.0., conforto é “status: sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal”</p> <p>A prestação de cuidados ao recém-nascido deve ser organizada, e deve-se criar rotinas em função ao desenvolvimento específico do recém-nascido, tendo em conta as suas necessidades específicas, e o ambiente que o envolve, promovendo um desenvolvimento contínuo nas melhores condições de conforto e bem-estar do recém-nascido. (Barros, 2006)</p>
Resultados Esperados: Conforto melhorado	
Planeamento e implementação dos cuidados - Intervenções de enfermagem	

1. **Reduzir a incidência de luzes** sobre o RN; (OE, 2013; Roldão, 2017)
2. **Reduzir o ruído ambiental** – promover silêncio, evitando conversas desnecessárias e diminuindo alarmes sonoros dos monitores em caso de hospitalização; (OE, 2013; Roldão, 2017)
3. **Preservar os períodos prolongados de sono e repouso**; (OE, 2013; Roldão 2017)
4. **Posicionar** adequadamente o RN – colocação de contenção em “ninhos” que promovem a sua organização comportamental e utilização de rolos de posicionamento; (OE, 2013; Roldão, 2017)
5. **Organizar e concentrar as manipulações no RN** – organizar os cuidados a prestar ao RN, evitando constantes manipulações; (OE, 2013; Roldão 2017)
6. **Realizar massagem terapêutica**; (OE, 2013; Cláudia & Fátima, 2005)
7. **Incentivar o embalo e “colinho”**; (OE, 2013; Wheeler, 2014)
8. **Incentivar o contacto físico dos pais com o RN** (OE, 2013; Wheeler, 2014)
9. Incentivar a realização do método canguru – reduz significativamente a duração do choro, a atividade comportamental e diminuição da frequência cardíaca em RN prematuros; (OE, 2013; Roldão, 2017; Wheeler, 2014)
10. **Incentivar a sucção não nutritiva** – está descrito que o uso da chupeta inibe a hiperatividade e modula o desconforto do RN. A solução adocicada diminui o tempo de choro e atenua a facies de dor, através da libertação de endorfinas endógenas. A analgesia promovida pela chupeta parece ocorrer apenas durante os movimentos ritmados de sucção, podendo haver um fenómeno de dor a quando a sua interrupção; (OE, 2013; Roldão, 2017)
11. **Oferecer sacarose a 24%** - utilizada durante a punção venosa para colheitas ou para colocação de perfusão. Verifica-se expressão facial tranquila e diminuição do tempo de choro no RN. A ação analgésica ocorre quando as soluções adocicadas são instiladas na porção anterior da língua, sendo que o efeito antinocetivo é mediado pelas papilas gustativas. (OE, 2013; Roldão, 2017) “A utilização da sacarose como intervenção não farmacológica é recomendada pela Academia Americana de Pediatria para o alívio da dor aguda em recém-nascidos internados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, durante a realização de procedimentos como a punção venosa para colheita de sangue ou para acesso venoso periférico. O efeito analgésico da solução glicosada é similar ao da sacarose.” (OE, 2013:39)
12. **Incentivar o aleitamento materno** – além dos benefícios nutricionais e afetivos para o RN, também pode ser utilizado na promoção do conforto. (OE, 2013, Roldão, 2017)
13. **Realizar ensino aos pais** sobre estratégias para promover o conforto no seu filho no domicílio:
 - a. Reduzir as luzes sobre o recém-nascido;
 - b. Reduzir o ruído ambiental;
 - c. Promover períodos prolongados de sono e repouso;
 - d. Posicionar corretamente o recém-nascido: em decúbito dorsal, com a cabeça virada para um dos lados;
 - e. Organizar os cuidados a prestar ao recém-nascido evitando constantes manipulações, e controlando as visitas no primeiro mês de vida em casa;
 - f. Realizar massagem após higiene;

- g. Embalar e dar “colinho”;
- h. Promover o contacto físico dos pais com o recém-nascido;
- i. Se o seu filho é prematuro e durante o internamento realizou o método canguru, poderá continuar a fazê-lo em casa;
- j. Oferecer chupeta, nos intervalos das refeições;
- k. Amamentar

14. Avaliar a resposta ao ensino realizado aos pais, de forma a perceber quais os obstáculos à compreensão e/ou se há necessidade de reforço de ensino

Resultado de Enfermagem – Avaliação

03-05-2017 – *Status melhorado* – Prestados cuidados de conforto ao RN, reduzindo as luzes e o ruído no serviço, promovendo o período de repouso no intervalo das mamadas, prestando cuidados ao RN organizadamente num período de tempo: trocar a fralda, trocar o sensor de oximetria de local de modo a não macerar a pele, alimentar RN, dar colinho, e incentivar o método de canguru quando pais presentes. No intervalo das mamadas, se criança com choro ou facies de dor, oferece-se sucção não nutritiva, e/ou sacarose 24%. Incentivando os pais à promoção do conforto do seu filho, promovendo cuidados para o desenvolvimento do neonato prematuro.

08-05-2017 – *Status melhorado* – Prestados cuidados de conforto ao RN, reduzindo as luzes e o ruído no serviço, promovendo o período de repouso no intervalo das mamadas, prestando cuidados ao RN organizadamente num período de tempo: trocar a fralda, trocar o sensor de oximetria de local de modo a não macerar a pele, alimentar RN, dar colinho, e incentivar o método de canguru quando pais presentes. No intervalo das mamadas, se criança com choro ou facies de dor, oferece-se sucção não nutritiva, e/ou sacarose 24%. Incentivando os pais à promoção do conforto do seu filho, promovendo cuidados para o desenvolvimento do neonato prematuro.

10-05-2017 – *Status melhorado* – Prestados cuidados de conforto ao RN, reduzindo as luzes e o ruído no serviço, promovendo o período de repouso no intervalo das mamadas, prestando cuidados ao RN organizadamente num período de tempo: trocar a fralda, trocar o sensor de oximetria de local de modo a não macerar a pele, alimentar RN, dar colinho, e incentivar o método de canguru quando pais presentes. No intervalo das mamadas, se criança com choro ou facies de dor, oferece-se sucção não nutritiva, e/ou sacarose 24%. Incentivando os pais à promoção do conforto do seu filho, promovendo cuidados para o desenvolvimento do neonato prematuro.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

“Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados”

“Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”

Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem

“Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”

“Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”

“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.”

Competências do Enfermeiro Mestre

“Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que sustentando-se nos

conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde”

“Possuir competências de aprendizagem que lhes permitam beneficiar de uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”

Click here to enter a date.	Data Fim
-----------------------------	-----------------

Data Início	28-04-2017
--------------------	-------------------

Diagnóstico de Enfermagem

Parentalidade iniciada

Fundamentação

Segundo a CIPE 2.0., Parentalidade é “Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”

O modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, apresentado em 1988, refere que os pais são os melhores prestadores de cuidados da criança, no sentido que podem proporcionar o seu crescimento e desenvolvimento, protegendo-o com afeto. (CASEY, 1993)

O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica deve desenvolver um processo de negociação partilhada respeitando a família e as seus desejos, necessidades e competências. (CASEY, 1993)

Neste sentido o enfermeiro deve capacitar a família, através da promoção da saúde infantil e na prevenção da doença, criando oportunidades e meios adequados ao desenvolvimento das suas competências parentais, bem como a potencialização da interação entre os profissionais de saúde e famílias, no planeamento dos cuidados e no processo de tomada de decisão, formando parcerias com os pais ou famílias (Sanders, 2014).

Resultados Esperados: Parentalidade efetiva

Planeamento e implementação dos cuidados - Intervenções de enfermagem

1. Ensinar os pais sobre cuidados ao RN:

- a. Técnica e benefícios do aleitamento materno
- b. Aleitamento artificial
- c. Choro do recém-nascido
- d. Sono do recém-nascido
- e. Características das dejeções do recém-nascido

- f. Posicionamento do recém-nascido
- g. Higiene ao recém-nascido (técnica do banho)
- h. Vigilância de saúde
- i. Características e competências do recém-nascido
- j. Importância da vinculação
- k. Posição face-a-face durante a interação
- l. Pegar ao colo de forma segura

2. Instruir e treinar os pais sobre os cuidados ao RN

3. Avaliar a resposta ao ensino realizado aos pais, de forma a perceber quais os obstáculos à compreensão e/ou se há necessidade de reforço de ensino

Resultado de Enfermagem – Avaliação

03-05-2017 – *Status melhorado* – Os pais demonstram conhecimentos nos cuidados a prestar ao RN, realizado reforço de ensino a quando a realização dos cuidados, capacitando os pais na prestação de cuidados, e respondendo a dúvidas que possam surgir durante a prestação. Promoveu-se a autonomia dos pais sempre que presentes, e auxiliou-se na prestação no período em que a mãe estava sozinha, visto que tinha o 2º gémeo para prestar cuidados.

08-05-2017 – *Status melhorado* – Os pais demonstram conhecimentos nos cuidados a prestar ao RN, realizado reforço de ensino a quando a realização dos cuidados, capacitando os pais na prestação de cuidados, e respondendo a dúvidas que possam surgir durante a prestação. Promoveu-se a autonomia dos pais sempre que presentes, e auxiliou-se na prestação no período em que a mãe estava sozinha, visto que tinha o 2º gémeo para prestar cuidados.

10-05-2017 – *Status melhorado* – Os pais demonstram conhecimentos nos cuidados a prestar ao RN, realizado reforço de ensino a quando a realização dos cuidados, capacitando os pais na prestação de cuidados, e respondendo a dúvidas que possam surgir durante a prestação. Promoveu-se a autonomia dos pais sempre que presentes, e auxiliou-se na prestação no período em que a mãe estava sozinha, visto que tinha o 2º gémeo para prestar cuidados.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

“Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados”

“Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”

Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem

“Assite a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”

“Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”

“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.”

Competências do Enfermeiro Mestre

“Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde”

“Possuir competências de aprendizagem que lhes permitam beneficiar de uma aprendizagem ao longo

da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”

Click here to
enter a
date.

Data Fim

3. PROCESSO DE ENFERMAGEM L.P.

Data Início	28-04-2017
Diagnóstico de Enfermagem	Fundamentação
Risco de Apneia	<p>Segundo a CIPE 2.0., a apneia é o “processo do sistema respiratório comprometido.”</p> <p>O L.P. nos primeiros dias de vida teve raros episódios de apneias. A apneia geralmente dá-se no 1º e 2º dia de vida, se não ocorrer nos primeiros 7 dias de vida é improvável que ocorra depois (Stark, 2008).</p>
Resultados Esperados: Nenhuma Apneia	
Planeamento e implementação dos cuidados - Intervenções de enfermagem	
<p>1. Monitorizar o RN com monitor cardio-respiratório, para identificar baixas de saturação e possíveis bradicardias (Stark, 2008). Término a dia 10/05/2017</p> <p>2. Avaliar e registar saturações de oxigénio e frequências cardíacas de 3/3h (Stark, 2008). Término a dia 10/05/2017</p> <p>3. Avaliar coloração e presença de respiração no RN. (Askin & Wilson, 2014)</p> <p>4. Administrar medicação eficaz na redução da frequência dos episódios de apneia, citrato de cafeína 18,8mg, via oral, 24/24h (Askin & Wilson, 2014). Término a dia 03/05/2017</p> <p>5. Evitar colocar sondas de aspiração na faringe (Stark, 2008).</p> <p>6. Posicionar corretamente o RN, evitando posicionamentos de flexão ou extensão extremas do pescoço, reduzindo a probabilidade de obstrução das vias respiratórias (Stark, 2008).</p> <p>7. Prevenir oscilações na temperatura ambiente (Stark, 2008).</p> <p>8. Ensinar os pais sobre sinais de alerta: RN sem movimentos respiratórios, cianose.</p> <p>9. Avaliar a resposta ao ensino realizado aos pais, de forma a perceber quais os obstáculos à compreensão e/ou se há necessidade de reforço de ensino</p> <p>10. Monitorizar o RN no berço, com monitor de apneia (Stark, 2008). Início a 10/05/2017</p> <p>11. Realizar teste de apneia, com monitor de apneia, colocando criança na contenção de transporte – ovinho (Stark, 2008). Realizada a 12/05/2017</p>	
Resultado de Enfermagem – Avaliação	
<p>03-05-2017 – <i>Status mantido</i> – Mantém monitorização cardio-respiratória, com boas saturações em ar ambiente. Sem registo de apneias. Alternado posicionamentos de 3/3 horas.</p> <p>08-05-2017 – <i>Status mantido</i> – Mantém monitorização cardio-respiratória, com boas saturações em ar ambiente. Sem registo de apneias. Alternado posicionamentos de 3/3 horas.</p> <p>10-05-2017 – <i>Status mantido</i> – Mantém monitorização cardio-respiratória, com boas saturações em ar ambiente. Sem registo de apneias. Alternado posicionamentos de 3/3 horas.</p>	
Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	
“Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da	

qualidade dos cuidados”

“Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”

Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem

“Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”

“Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”

“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.”

Competências do Enfermeiro Mestre

“Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde”

Click here to
enter a
date.

Data Fim

Data Início 28-04-2017

Diagnóstico de Enfermagem

Termorregulação Comprometida

Fundamentação

Segundo a CIPE 2.0., **termorregulação** é “Processo do sistema regulador: controlo da produção e da perda de calor através de mecanismos fisiológicos ativados pelo hipotálamo; pele e temperatura corporal”

Os recém-nasidos pré-termo são suscetíveis a hipo e hipertermia, pelo que é necessário manter a temperatura controlada (Lee, 2008).

Os neonatos prematuros têm problemas na manutenção da temperatura, devido às suas características, nomeadamente: área de superfície cutânea, pele permeável com maior perda transepidérmica, redução da gordura subcutânea, com menos capacidade isolante, incapacidade de receber calor suficientes para adquirir nutrientes para a termogénese e o crescimento (Chatson, 2008)

O L.P. manteve-se na incubadora até dia 05-05-2017, a temperatura 29,5°C para garantir uma temperatura corporal na média dos 36,5°C, a partir desse dia foi para berço onde a temperatura corporal foi controlada com a roupa, avaliando a temperatura timpânica.

Resultados Esperados: Termorregulação Efetiva

Planeamento e implementação dos cuidados - Intervenções de enfermagem

1. **Monitorizar temperatura corporal** uma vez por turno(Chatson, 2008).
2. **Regular temperatura da incubadora**, consoante temperatura corporal do RN. Término a 05-05-2017 (Chatson, 2008)
3. **Avaliar** coloração da pele do RN (Chatson, 2008)
4. **Vestir/Despir RN** conforme temperatura corporal (Chatson, 2008)
5. **Aquecer/Arrefecer RN** no berço, através da utilização de cobertores, mantendo temperatura corporal média de 36.5°C timpânica (Chatson, 2008).
6. **Ensinar** os pais sobre o arrefecimento/sobreaquecimento do RN
7. **Avaliar a resposta ao ensino realizado aos pais**, de forma a perceber quais os obstáculos à compreensão e/ou se há necessidade de reforço de ensino
8. **Monitorizar** temperatura ambiental da unidade de neonatologia (Chatson, 2008)

Resultado de Enfermagem – Avaliação

03-05-2017 – *Status efetivo* – O RN encontra-se na incubadora, com temperatura 29.5°C, e apresentava uma temperatura timpânica de 36,5°C. Pele quente e rosada. Vestido com um body. A temperatura ambiente da unidade de neonatologia são de 26°C.

08-05-2017 – *Status efetivo* – O RN encontra-se em berço, com uma temperatura timpânica de 36,4°C, pele quente e rosada. Vestido com um body e babygrow. A temperatura ambiente da unidade de neonatologia são de 26°C.

10-05-2017 – *Status efetivo* – O RN encontra-se em berço, com uma temperatura timpânica de 36,2°C, pele quente e rosada. Vestido com um body e babygrow. A temperatura ambiente da unidade de neonatologia são de 26°C.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

“Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados”

“Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”

Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem

“Assite a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”

“Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”

“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.”

Competências do Enfermeiro Mestre

“Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde”

Click here to
enter a
date.

Data Fim

Data Início	28-04-2017
Diagnóstico de Enfermagem	Fundamentação
Sugar Comprometido	Segundo a CIPE 2.0., sugar é “comer ou beber: ingestão de líquidos pela boca utilizando os músculos dos lábios e a língua, por exemplo, extrair leite da mama ou líquido por biberão.” O S.P. apresentava sonda nasogástrica desde o nascimento, por onde era alimentado, mas foi realizada a estimulação do reflexo sucção-deglutição até efetivar.
Resultados Esperados: Sugar Efetivo	
Planeamento e implementação dos cuidados - Intervenções de enfermagem	
<ol style="list-style-type: none">1. Avaliar reflexo de sucção (Askin & Wilson, 2014)2. Avaliar reflexo de deglutição (Askin & Wilson, 2014)3. Avaliar coordenação sucção-deglutição (Askin & Wilson, 2014)4. Estimular reflexo sucção-deglutição (Askin & Wilson, 2014)5. Oferecer LM por tetina, previamente extraído pela mãe para o biberão (Askin & Wilson, 2014)6. Incentivar amamentação na mama (Askin & Wilson, 2014)7. Verificar permeabilidade da sonda nasogástrica (Askin & Wilson, 2014)8. Avaliar presença de conteúdo gástrico, antes da alimentação (Askin & Wilson, 2014)9. Administrar LM por gavagem, segundo prescrito – 38 ml.10. Avaliar tolerância da alimentação11. Ensinar a mãe sobre técnicas de amamentação (Askin & Wilson, 2014)12. Avaliar a resposta ao ensino realizado à mãe, de forma a perceber quais os obstáculos à compreensão e/ou se há necessidade de reforço de ensino	
Resultado de Enfermagem – Avaliação	
03-05-2017 – Status efetivo – Apresenta reflexo de sucção e deglutição melhoras, com coordenação. Às 10h com 1,5ml de conteúdo gástrico, mamou 6ml de LM por tetina, com dificuldade nos reflexos, pelo que se administra 20ml por gavagem. Às 13, sem conteúdo gástrico, oferece-se LM por tetina mamou 22ml, por apresentar cansaço, oferece-se 14ml de LM por gavagem. Com tolerância.	
Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	
“Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados”	
“Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”	
Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem	
“Assite a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”	
“Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”	

“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.”

Competências do Enfermeiro Mestre

“Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde”

“Possuir competências de aprendizagem que lhes permitam beneficiar de uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”

05-05-2017

Data Fim

Data Início 28-04-2017

Diagnóstico de Enfermagem

Alimentar-se comprometido

Fundamentação

Retirou a sonda nasogátrica dia 05-05-2017, ficando a ser alimentado pela mama, ou por tetina desde então, apresentando bons reflexos de sucção e deglutição.

Resultados Esperados: Alimentar-se

Planeamento e implementação dos cuidados - Intervenções de enfermagem

1. **Avaliar** reflexo de sucção (Askin & Wilson, 2014)
2. **Avaliar** reflexo de deglutição (Askin & Wilson, 2014)
3. **Avaliar** coordenação sucção-deglutição (Askin & Wilson, 2014)
4. **Estimular reflexo** sucção-deglutição (Askin & Wilson, 2014)
5. **Oferecer LM por tetina**, previamente extraído pela mãe para o biberão, 38ml segundo prescrição médica (Askin & Wilson, 2014)
6. **Incentivar amamentação** na mama, quando mãe presente no serviço (Askin & Wilson, 2014)
7. **Avaliar tolerância** da alimentação
8. **Ensinar** a mãe sobre técnicas de amamentação (Askin & Wilson, 2014)
9. **Avaliar a resposta ao ensino realizado à mãe**, de forma a perceber quais os obstáculos à compreensão e/ou se há necessidade de reforço de ensino
10. **Administrar medicação** conforme prescrito - domperidona, por presença de refluxo.

Resultado de Enfermagem – Avaliação

08-05-2017 – *Status mantido* – No turno da tarde, mamou na mama, às 16h durante 20 minutos, e oferecido 15ml de LM por tetina, por demonstrar fome. Às 19h esteve 15 minutos na mama, com bons reflexos de sucção e deglutição. Às 22h alimentado por tetina 35ml de LM, apresentando bons reflexos de sucção e deglutição, porque mãe encontrava-se a amamentar o 1º gêmeo, e o L.P. apresentava fome. Com tolerância.

10-05-2017 – *Status mantido* – No turno da noite, não se encontrava presente a mãe, pelo que realizou aleitamento por tetina, 38 ml de LM, com bons reflexos de sucção e deglutição, à 1h, 4h e 7h. Com

tolerância.			
Competências Comuns do Enfermeiro Especialista			
“Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados”			
“Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”			
Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem			
“Assite a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”			
“Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”			
“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.”			
Competências do Enfermeiro Mestre			
“Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde”			
“Possuir competências de aprendizagem que lhes permitam beneficiar de uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”			
	<table border="1"> <tr> <td>Click here to enter a date.</td> <td>Data Fim</td> </tr> </table>	Click here to enter a date.	Data Fim
Click here to enter a date.	Data Fim		

Data Início	28-04-2017
Diagnóstico de Enfermagem	Fundamentação
Conforto comprometido	<p>Segundo a CIPE 2.0., conforto é “status: sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal”</p> <p>A prestação de cuidados ao recém-nascido deve ser organizada, e deve-se criar rotinas em função ao desenvolvimento específico do recém-nascido, tendo em conta as suas necessidades específicas, e o ambiente que o envolve, promovendo um desenvolvimento contínuo nas melhores condições de conforto e bem-estar do recém-nascido. (Barros, 2006)</p>
Resultados Esperados: Conforto melhorado	
Planeamento e implementação dos cuidados - Intervenções de enfermagem	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Reduzir a incidência de luzes sobre o RN; (OE, 2013; Roldão, 2017) 2. Reduzir o ruído ambiental – promover silêncio, evitando conversas desnecessárias e diminuindo alarmes sonoros dos monitores em caso de hospitalização; (OE, 2013; Roldão, 2017) 3. Preservar os períodos prolongados de sono e repouso; (OE, 2013; Roldão 2017) 	

4. **Posicionar** adequadamente o RN – colocação de contenção em “ninhos” que promovem a sua organização comportamental e utilização de rolos de posicionamento; (OE, 2013; Roldão, 2017)
5. **Organizar e concentrar as manipulações no RN** – organizar os cuidados a prestar ao RN, evitando constantes manipulações; (OE, 2013; Roldão 2017)
6. **Realizar massagem terapêutica**; (OE, 2013)
7. **Incentivar o embalamento e “colinho”**; (OE, 2013; Wheeler, 2014)
8. **Incentivar o contacto físico dos pais com o RN** (OE, 2013; Wheeler, 2014)
9. Incentivar a realização do método canguru – reduz significativamente a duração do choro, a atividade comportamental e diminuição da frequência cardíaca em RN prematuros; (OE, 2013; Roldão, 2017; Wheeler, 2014)
10. **Incentivar a sucção não nutritiva** – está descrito que o uso da chupeta inibe a hiperatividade e modula o desconforto do RN. A solução adocicada diminui o tempo de choro e atenua a facies de dor, através da libertação de endorfinas endógenas. A analgesia promovida pela chupeta parece ocorrer apenas durante os movimentos ritmados de sucção, podendo haver um fenómeno de dor a quando a sua interrupção; (OE, 2013; Roldão, 2017)
11. **Oferecer sacarose a 24%** - utilizada durante a punção venosa para colheitas ou para colocação de perfusão. Verifica-se expressão facial tranquila e diminuição do tempo de choro no RN. A ação analgésica ocorre quando as soluções adocicadas são instiladas na porção anterior da língua, sendo que o efeito antinocetivo é mediado pelas papilas gustativas. (OE, 2013; Roldão, 2017) “A utilização da sacarose como intervenção não farmacológica é recomendada pela Academia Americana de Pediatria para o alívio da dor aguda em recém-nascidos internados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, durante a realização de procedimentos como a punção venosa para colheita de sangue ou para acesso venoso periférico. O efeito analgésico da solução glicosada é similar ao da sacarose.” (OE, 2013:39)
12. **Incentivar o aleitamento materno** – além dos benefícios nutricionais e afetivos para o RN, também pode ser utilizado na promoção do conforto. (OE, 2013, Roldão, 2017)
13. **Realizar ensino aos pais** sobre estratégias para promover o conforto no seu filho no domicílio:
 - a. Reduzir as luzes sobre o recém-nascido;
 - b. Reduzir o ruído ambiental;
 - c. Promover períodos prolongados de sono e repouso;
 - d. Posicionar corretamente o recém-nascido: em decúbito dorsal, com a cabeça virada para um dos lados;
 - e. Organizar os cuidados a prestar ao recém-nascido evitando constantes manipulações, e controlando as visitas no primeiro mês de vida em casa;
 - f. Realizar massagem após higiene;
 - g. Embalar e dar “colinho”;
 - h. Promover o contacto físico dos pais com o recém-nascido;
 - i. Se o seu filho é prematuro e durante o internamento realizou o método canguru, poderá continuar a fazê-lo em casa;

j. Oferecer chupeta, nos intervalos das refeições;

k. Amamentar

14. Avaliar a resposta ao ensino realizado aos pais, de forma a perceber quais os obstáculos à compreensão e/ou se há necessidade de reforço de ensino

Resultado de Enfermagem – Avaliação

03-05-2017 – *Status melhorado* – Prestados cuidados de conforto ao RN, reduzindo as luzes e o ruído no serviço, promovendo o período de repouso no intervalo das mamadas, prestando cuidados ao RN organizadamente num período de tempo: trocar a fralda, trocar o sensor de oximetria de local de modo a não macerar a pele, alimentar RN, dar colinho, e incentivar o método de canguru quando pais presentes. No intervalo das mamadas, se criança com choro ou facies de dor, oferece-se sucção não nutritiva, e/ou sacarose 24%. Incentivando os pais à promoção do conforto do seu filho, promovendo cuidados para o desenvolvimento do neonato prematuro.

08-05-2017 – *Status melhorado* – Prestados cuidados de conforto ao RN, reduzindo as luzes e o ruído no serviço, promovendo o período de repouso no intervalo das mamadas, prestando cuidados ao RN organizadamente num período de tempo: trocar a fralda, trocar o sensor de oximetria de local de modo a não macerar a pele, alimentar RN, dar colinho, e incentivar o método de canguru quando pais presentes. No intervalo das mamadas, se criança com choro ou facies de dor, oferece-se sucção não nutritiva, e/ou sacarose 24%. Incentivando os pais à promoção do conforto do seu filho, promovendo cuidados para o desenvolvimento do neonato prematuro.

10-05-2017 – *Status melhorado* – Prestados cuidados de conforto ao RN, reduzindo as luzes e o ruído no serviço, promovendo o período de repouso no intervalo das mamadas, prestando cuidados ao RN organizadamente num período de tempo: trocar a fralda, trocar o sensor de oximetria de local de modo a não macerar a pele, alimentar RN, dar colinho, e incentivar o método de canguru quando pais presentes. No intervalo das mamadas, se criança com choro ou facies de dor, oferece-se sucção não nutritiva, e/ou sacarose 24%. Incentivando os pais à promoção do conforto do seu filho, promovendo cuidados para o desenvolvimento do neonato prematuro.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

“Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados”

“Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”

Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem

“Assite a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”

“Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”

“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.”

Competências do Enfermeiro Mestre

“Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde”

“Possuir competências de aprendizagem que lhes permitam beneficiar de uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”

[Click here to](#)

Data Fim

enter a
date.

Data Início 28-04-2017

Diagnóstico de Enfermagem

Parentalidade iniciada

Fundamentação

Segundo a CIPE 2.0., Parentalidade é “Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”

O modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, apresentado em 1988, refere que os pais são os melhores prestadores de cuidados da criança, no sentido que podem proporcionar o seu crescimento e desenvolvimento, protegendo-o com afeto. (CASEY, 1993)

O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica deve desenvolver um processo de negociação partilhada respeitando a família e as seus desejos, necessidades e competências. (CASEY, 1993)

Neste sentido o enfermeiro deve capacitar a família, através da promoção da saúde infantil e na prevenção da doença, criando oportunidades e meios adequados ao desenvolvimento das suas competências parentais, bem como a potencialização da interação entre os profissionais de saúde e famílias, no planeamento dos cuidados e no processo de tomada de decisão, formando parcerias com os pais ou famílias (Sanders, 2014).

Resultados Esperados: Parentalidade efetiva

Planeamento e implementação dos cuidados - Intervenções de enfermagem

2. Ensinar os pais sobre cuidados ao RN:

- a. Técnica e benefícios do aleitamento materno
- b. Aleitamento artificial
- c. Choro do recém-nascido
- d. Sono do recém-nascido
- e. Características das dejeções do recém-nascido
- f. Posicionamento do recém-nascido
- g. Higiene ao recém-nascido (técnica do banho)
- h. Vigilância de saúde

i. Características e competências do recém-nascido

j. Importância da vinculação

k. Posição face-a-face durante a interação

l. Pegar ao colo de forma segura

2. Instruir e treinar os pais sobre os cuidados ao RN

3. Avaliar a resposta ao ensino realizado aos pais, de forma a perceber quais os obstáculos à compreensão e/ou se há necessidade de reforço de ensino

Resultado de Enfermagem – Avaliação

03-05-2017 – *Status melhorado* – Os pais demonstram conhecimentos nos cuidados a prestar ao RN, realizado reforço de ensino a quando a realização dos cuidados, capacitando os pais na prestação de cuidados, e respondendo a dúvidas que possam surgir durante a prestação. Promoveu-se a autonomia dos pais sempre que presentes, e auxiliou-se na prestação no período em que a mãe estava sozinha, visto que tinha o 1º gémeo para prestar cuidados.

08-05-2017 – *Status melhorado* – Os pais demonstram conhecimentos nos cuidados a prestar ao RN, realizado reforço de ensino a quando a realização dos cuidados, capacitando os pais na prestação de cuidados, e respondendo a dúvidas que possam surgir durante a prestação. Promoveu-se a autonomia dos pais sempre que presentes, e auxiliou-se na prestação no período em que a mãe estava sozinha, visto que tinha o 1º gémeo para prestar cuidados.

10-05-2017 – *Status melhorado* – Os pais demonstram conhecimentos nos cuidados a prestar ao RN, realizado reforço de ensino a quando a realização dos cuidados, capacitando os pais na prestação de cuidados, e respondendo a dúvidas que possam surgir durante a prestação. Promoveu-se a autonomia dos pais sempre que presentes, e auxiliou-se na prestação no período em que a mãe estava sozinha, visto que tinha o 1º gémeo para prestar cuidados.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

“Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados”

“Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”

Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Criança e do Jovem

“Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”

“Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”

“Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.”

Competências do Enfermeiro Mestre

“Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde”

“Possuir competências de aprendizagem que lhes permitam beneficiar de uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”

Data Fim

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste estudo de caso permitiu à estudante, o desenvolvimento do olhar holístico nos cuidados de enfermagem ao recém-nascido e família. Foi possível desenvolver uma prestação de cuidados personalizada, devido ao conhecimento aprofundado dos recém-nascidos e família, adquirido na recolha de dados realizada inicialmente e ao longo do internamento, compreendendo as necessidades especificadas dos recém-nascidos e da sua família.

Foi possível trabalhar a parceria de cuidados com os pais dos recém-nascidos, através da capacitação da sua autonomia na prestação de cuidados ao recém-nascido, bem como na adaptação dos pais à hospitalização dos filhos, desenvolvendo uma relação terapêutica com os mesmos.

Este trabalho permitiu o desenvolvimento e consolidação de conhecimentos teóricos e práticos, sobre os cuidados específicos ao recém-nascido prematuro, desenvolvendo conhecimentos sobre as patologias características nestes recém-nascidos, compreendendo as necessidades específicas, e os cuidados necessários ao recém-nascido prematuro e à família.

Como aspetos facilitadores considera-se a orientação e integração por parte da enfermeira orientadora do estágio I, que prontamente se dispôs a auxiliar na elaboração deste estudo de caso, promovendo a autonomia da estudante na prestação dos cuidados à família em estudo, bem como na realização da colheita de dados, e avaliação dos dados obtidos, identificando as necessidades específicas da família, e permitindo a discussão em equipa. A família em estudo também foi um elemento importante e facilitador para o desenvolvimento deste estudo de caso, que permitiu que este fosse realizado, e disponibilizou-se para que juntos trabalhassemos na maximização da saúde dos gémeos S.P. e L.P., através de uma parceria de cuidados estabelecida com base numa relação terapêutica, respeitando os valores e desejos da família.

Como aspetos dificultadores, identifica-se a dificuldade na colheita de dados sobre o internamento realizado no **FCO**, considerando que existiria informação pertinente sobre o internamento dos gémeos na **UCB** do **FCO**, que não existiu possibilidade de saber.

Considera-se que os objetivos propostos foram alcançados, uma vez que foi realizada a apreciação inicial dos recém-nascidos, onde inclui o histórico de saúde, a colheita de dados efetuada, o aprofundamento dos dados recolhidos e da situação, a confrontação entre os dados apresentados e a literatura consultada, e a síntese das necessidades humanas alteradas. Foi realizado o processo de enfermagem dos gémeros, elaborando diagnósticos de enfermagem sensíveis aos cuidados de enfermagem, apresentando o planeamento, a implementação e a avaliação dos cuidados, de acordo com as competências de enfermeiro mestre e enfermeiro especialista. Foi realizada uma avaliação dos objetivos definidos, refletindo sobre o trabalho realizado e os contributos para o desenvolvimento pessoal e profissional da estudante.

Os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem descritos pela ordem dos enfermeiros (2011), contituem uma oportunidade e um referencial para a prática especializada dos enfermeiros especialistas nesta área de especialização, estimulando-os a uma reflexão contínua sobre a qualidade do exercício profissional e apoiando-os nos processos de melhoria continua da qualidade.

Foi com base nos enunciados descritos nos padrões de qualidade especializados em enfermagem de saúde da criança e jovem – a satisfação da criança, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o auto-cuidado, que a estudante elaborou este estudo de caso.

Como futura enfermeira especialista, é importante compreender a importância da prestação de cuidados de enfermagem especializada na área, envolvendo as competências de enfermeiro mestre e enfermeiro especialista, no processo de enfermagem elaborado aos recém-nascidos e famílias, numa perspetiva de melhoria continua dos cuidados, garantido uma maior qualidade na prestação de cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Askin, Debbie Fraser, Wilson, David (2014) – Recém-Nascido de Alto Risco e a Família. In Hockenberry, Marilyn J.& Wilson, David, *Wong, Enfermagem da Criança e Adolescente* (9ª edição - pp. 331-411). Loures: Lusociência.
- Barros, L. (2006) – A Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia como Unidade Promotora do Desenvolvimento. In Canavarro, Maria Cristina, *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (2ª edição - pp. 235-254). Coimbra: Quarteto
- Casey, Anne – Development and use of the partnership modelo f nursing care. In GLASPER, Edward; TUCKER, Ann. “Advances in Child Health Nursing”. Oxford: Scutari Press, 1993. ISBN1-871364-91-4.
- Chatson, Kimberlee – Controle de Temperatura. In Cloherty, John,P., Eichenwald, Eirc, C., Stark, Ann R. (2008) – *Manual de Neonatologia*. (Sexta edição - pp. 115-118) Editora Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro.
- Enciso, Josephine M. – Múltiplos Nascimentos. In Cloherty, John,P., Eichenwald, Eirc, C., Stark, Ann R. (2008) – *Manual de Neonatologia*. (Sexta edição – pp. 70-76). Editora Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro
- Galdeano LE, Rossi LA, Zago MMF. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. Rev Latino-am Enfermagem 2003 maio-junho; 11(3):371-5]. In Casa Nova, António; Ramos, Ana Lúcia; Chora, Antónia; Calado, Gabriela (2017) – Ficha da Unidade Curricular do Estágio I.
- Graça, André (2013) – Contribuição da ecografia cerebral transfontanelar para a avaliação do crescimento cerebral do recém-nascido pré-termo. Doutoramento em medicina pediátrica. Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. Consultado a 14 de Junho de 2017 às 14h, em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10564/1/ulsd067232_td.pdf
- Lee, Kimberly, G. – Identificação do Recém-Nascido de Alto Risco e Avaliação da Idade Gestacional, Prematuridade, Pós-Maturidade e Neonatos Grandes para a Idade Gestacional e Pequenos para a Idade Gestacional. In Cloherty, John,P., Eichenwald, Eirc, C., Stark, Ann R. (2008) – *Manual de Neonatologia*. (Sexta edição – pp. 32-47). Editora Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro
- Louis, Nancy A. – Taquipneia Transitória do Recém-Nascido. In Cloherty, John,P., Eichenwald,

Eirc, C., Stark, Ann R. (2008) – *Manual de Neonatologia*. (Sexta edição – pp. 296-298). Editora Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro

Ordem dos enfermeiros (2011) –Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem . Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 18 de Abril de 2017 em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/RegulamentoPadroesQualidadeCuidadosEspecializadosEnfermagemSaudeCriancaJovem.pdf>

Ordem dos enfermeiros [OE] (2013) – Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Cadernos OE, série 1, número 6. Acedido a 17 de Abril 2017 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf

Papalia, Diane; Olds, Saly & Feldman, Ruth (2006). *Desenvolvimento Humano* (8ª edição). Porto Alegre: Artmed.

Roldão, Graça – Dor? Claro que Não!. In Saldanha, Joana; Moniz, Carlos, Machado, Maria do Céu – *Nascer pré-termo. Cuidados multidisciplinares*. (pp. 113-119). Lisboa: Associação das crianças de santa maria. Serviço de neonatologia, departamento de pediatria, Hospital de Santa Maria – CHLN, EPE

Sanders, Jennifer (2014) – Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In Hockenberry, Marilyn J.& Wilson, David, Wong, *Enfermagem da Criança e Adolescente* (9ª edição - pp. 1025-1060). Loures: Lusociência.

Silva, Lisandra, Iser, Betine, Tartare, Bianca, Bonetti, Heloise (2015) – Aspetos perinatais relacionados à hemorragia intracraniana em recém-nascidos de muito baixo peso no sul do Brasil. Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Brasil. Consultado a 15 de Junho de 2017 às 15h, em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n4/0100-7203-rbgo-37-04-00159.pdf>

Stark, Ann R. – Apneia. In Cloherty, John,P., Eichenwald, Eirc, C., Stark, Ann R. (2008) – *Manual de Neonatologia*. (Sexta edição – pp. 300-303). Editora Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro

Wheeler, Barbara J. (2014) – Promoção da Saúde do Recém-Nascido e da Família. In Hockenberry, Marilyn J.& Wilson, David, *Wong, Enfermagem da Criança e Adolescente* (9ª edição - pp. 1025-1060). Loures: Lusociência.

Wilson, David (2014) – Promoção da Saúde do Lactente e da Família. In Hockenberry, Marilyn J.& Wilson, David, *Wong, Enfermagem da Criança e Adolescente* (9ª edição - pp. 491-552). Loures: Lusociência.

Wright, L.; Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e Famílias – Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família*. Editora Roca. ISBN 978-85-7241-774-7

	NORMAS DE PROCEDIMENTO <small>CONSULTA DE ENFERMAGEM SAÚDE INFANTIL</small>	PAA03		
		EDIÇÃO	REVISÃO	DATA
	CONSULTAS DE ENFERMAGEM DO PRIMEIRO MÊS DE VIDA	1	1	16.10.2017
		PÁGINA	1 de 14	

1. Objetivos

Uniformização dos cuidados e ensinamentos de enfermagem prestados ao recém-nascido e família na 1ª consulta de enfermagem

- i) Definir os dados necessários para descrever o agregado familiar do recém-nascido;
- ii) Definir os parâmetros a avaliar no recém-nascido;
- iii) Definir os cuidados antecipatórios, através do ensino dirigido aos pais/pessoa significativa;
- iv) Definir os cuidados promotores de conforto no recém-nascido;
- v) Definir estratégias de alívio da dor, no recém-nascido, durante a punção do calcanhar na sequência do rastreio neonatal: Programa Nacional de Diagnóstico Precoce.

2. Âmbito

Este procedimento tem aplicação nas consultas de saúde infantil, sendo efetuado pelos enfermeiros que realizam a consulta na valência.

A informação descrita neste documento, é válida para as consultas efetuadas durante o primeiro mês de vida. Os cuidados e os ensinamentos descritos ao recém-nascido e família, devem iniciar-se na 1ª consulta de enfermagem, e ter continuidade nas restantes consultas de enfermagem durante o primeiro mês de vida, permitindo uma avaliação da evolução do recém-nascido, e uma validação da aquisição de conhecimentos e competências dos pais/família.

3. Documentação de Referência

- ❖ Direção-Geral de Saúde [DGS] (2013) – Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil. Norma da direção-geral da saúde nº 010/2013.
- ❖ Hockenberry, Marilyn J.& Wilson, David (2014) - Wong, Enfermagem da Criança e Adolescente (9ª edição). Loures: Lusociência.
- ❖ Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa.

Elaboração: Data: 16.10.2017	Verificação: Data:	Aprovação: Data:
--	------------------------------	----------------------------

	NORMAS DE PROCEDIMENTO CONSULTA DE ENFERMAGEM SAÚDE INFANTIL	PAASS		
		EDIÇÃO	REVISÃO	DATA
	CONSULTAS DE ENFERMAGEM DO PRIMEIRO MÊS DE VIDA	1	1	16.10.2017
		PÁGINA	2 de 14	

4. Procedimento

4.1. Avaliação Familiar: Modelo de Avaliação Familiar de Calgary

O Modelo de Avaliação Familiar de Calgary realiza o estudo da família como um sistema, tem como premissa a existência de subsistemas onde cada membro ou a família em conjunto interagem, com o objetivo de promover o equilíbrio. O modelo apresenta três categorias principais para a avaliação familiar: estrutural, desenvolvimento e funcional.

Avaliação Familiar

Estrutural

- Interna: Composição familiar, gêneros, ordem de nascimentos, orientação sexual, atividade profissional, principais problemas de saúde. Genograma Familiar.
- Externa: Família Extensa, Interações da família, comunidade. Ecomapa Familiar.
- Contexto: Etnia, classe social, religião e espiritualidade, ambiente

Desenvolvimento

- Estádio do ciclo familiar, tarefas e vínculos

Funcional

- Instrumental: Atividades de Vida Diária
- Expressiva: Comunicação, papéis, solução de problemas, influência e poder, crenças

Wright & Leahey (2010)

Elaboração: Data: 16.10.2017	Verificação: Data:	Aprovação: Data:
---------------------------------	-----------------------	---------------------

	NORMAS DE PROCEDIMENTO CONSULTA DE ENFERMAGEM SAÚDE INFANTIL	PAAS		
		EDIÇÃO	REVISÃO	DATA
	CONSULTAS DE ENFERMAGEM DO PRIMEIRO MÊS DE VIDA	1	1	16.10.2017
		PÁGINA	3 de 14	

4.2. Parâmetros a avaliar no recém-nascido

4.2.1 Visão

Segundo a escala de avaliação do desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada, deve-se avaliar se o RN fixa com o olhar um objetivo brilhante ou face humana a 30cm; pode acompanhar lentamente com o olhar.

4.2.2. Audição

Verificar se fez o rastreio auditivo neonatal, registado no boletim Individual de saúde. Segundo a escala de avaliação do desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada, deve-se avaliar a reação a sons altos e súbitos, como por exemplo, bater palmas, fechar súbitamente a porta, sinos, etc., onde qualquer reação é considerada válida: piscar os olhos, franzir sobrancelhas, etc.

4.2.3. Desenvolvimento

Avaliação física do Recém-nascido

- Medidas antropométricas
- Aspeto geral
- Pele
- Cabeça
- Olhos
- Pavilhões Auriculares
- Nariz
- Boca e garganta
- Pescoço

Elaboração: Data: 16.10.2017	Verificação: Data:	Aprovação: Data:
---------------------------------	-----------------------	---------------------

	[REDACTED] NORMAS DE PROCEDIMENTO CONSULTA DE ENFERMAGEM SAÚDE INFANTIL	PAAS		
		EDIÇÃO	REVISÃO	DATA
	CONSULTAS DE ENFERMAGEM DO PRIMEIRO MÊS DE VIDA	1	1	16.10.2017
		PÁGINA	4 de 14	

- Tórax
- Pulmões
- Coração
- Abdômen
- Genitais
- Coluna Vertebral e Reto
- Extremidades
- Sistema Neuromuscular

Elaboração: Data: 16.10.2017	Verificação: Data:	Aprovação: Data:
---------------------------------	-----------------------	---------------------

	NORMAS DE PROCEDIMENTO CONSULTA DE ENFERMAGEM SAÚDE INFANTIL	PAAS		
		EDIÇÃO	REVISÃO	DATA
	CONSULTAS DE ENFERMAGEM DO PRIMEIRO MÊS DE VIDA	1	1	16.10.2017
		PÁGINA	5 de 14	

Postura e Motricidade Global

Segundo a escala de Mary Sheridan Modificada, deve-se avaliar a postura e motricidade global com o recém-nascido em estado de alerta e confortável:

- Em decúbito dorsal, braços e pernas semi-fletidos, com postura simétrica;
- Se tração para entar observa-se queda significativa da cabeça;
- Apoiado(a) em posição sentado(a), o dorso curvado com queda da cabeça para a frente;
- Em suspensão ventral, a cabeça permanece abaixo do plano do corpo, e membros semi-fletidos;
- Em decúbito ventral, a cabeça para o lado, membros fletidos sob o abdômen, cotovelos fletidos junto ao tronco
- Reflexos primitivos:

Reflexo de Moro: com a criança apoiada provoca-se, subitamente, ligeira queda da cabeça (2,5cm) resultando em abdução dos membros superiores e abertura das mãos;

Reflexo de sucção e procura (pontos cardeais): estimulando região peri-oral com os dedos observa-se direcionamento da boca/cabeça para o lado estimulado;

Reflexo de preensão palmar;

- Reflexo da marcha automática, quando os pés estão apoiados numa superfície firme.

Elaboração: Data: 16.10.2017	Verificação: Data:	Aprovação: Data:
---------------------------------	-----------------------	-------------------------

	NORMAS DE PROCEDIMENTO CONSULTA DE ENFERMAGEM SAÚDE INFANTIL	FAAS		
		EDIÇÃO	REVISÃO	DATA
	CONSULTAS DE ENFERMAGEM DO PRIMEIRO MÊS DE VIDA	1	1	16.10.2017
		PÁGINA	6 de 14	
<p>4.2.4. Vacinação</p> <p>Verificar a realização da vacina da Hepatite B, e planejar data da próxima vacinação segundo o Programa Nacional de Vacinação (PNV). Confirmar a elegibilidade para realização da vacina da BCG, segundo os critérios descritos no PNV.</p> <p>4.2.5. Relação emocional/comportamento</p> <p>Avaliar a satisfação do principal cuidador com o seu bebé (enamoramento). Adaptação da família às novas rotinas e reações dos irmãos se existirem. Os sinais de alerta em ter em consideração são a falta de interesse no bebé, desespero e ideação suicida.</p> <p>4.2.6. Segurança do ambiente</p> <p>Compreender se existe exposição do recém-nascido ao fumo ambiental do tabaco em casa/automóvel. Ensinar sobre risco de acidentes domésticos, rodoviários e de lazer. Verificar exposição a problemas associados ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas no meio familiar/ambiente.</p> <p>4.3. Cuidados antecipatórios</p> <p>4.3.1. Alimentação</p> <p>Promover a manutenção do aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de vida, e só a partir desta idade, complementá-lo com o início da diversificação alimentar.</p> <p>4.3.2. Posição ao deitar</p> <p>Ensino sobre a posição ao deitar – decúbito dorsal, tendo em conta a prevenção da síndrome da morte súbita do lactente.</p>				
Elaboração: Data: 16.10.2017		Verificação: Data:		Aprovação: Data:

	NORMAS DE PROCEDIMENTO CONSULTA DE ENFERMAGEM SAÚDE INFANTIL	PAASS		
		EDIÇÃO	REVISÃO	DATA
	CONSULTAS DE ENFERMAGEM DO PRIMEIRO MÊS DE VIDA	1	1	16.10.2017
		PÁGINA	7 de 14	
<p>4.3.3. Desenvolvimento</p> <p>As atividades promotoras do desenvolvimento devem ser realizadas ao longo do 1º mês de vida, e são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pegar no(a) bebé e embala-lo(a) suavemente. Pode aconselhar-se uma cadeira de baloiço; • Falar a cantar suavemente com sons altos, baixos, agudos, graves e suaves. Chamar o recém-nascido pelo nome; • Falar sobre tudo o que estiver a fazer: lavar as mãos, vestir-se; • Usar canções de embalar, música Instrumental suave ou músicas com melodias repetidas; • Comunicar com o(a) bebé olhando-o(a) nos olhos, encostado ao peito; • Colocar o(a) bebé sobre os joelhos, deixar que ela(e) agarre Indicador com as mãos e converse com ela(e); • Segurar uma bola vermelha a 20cm e movimentá-la para cima e para baixo, para a esquerda e direita, estando o(a) bebé em estado de alerta e com a cabeça em posição central; • Dar oportunidade ao bebé de experimentar cheiros diferentes (flor, laranja...); • Fazer massagem suave corporal, observando sempre o(a) bebé calmamente, sem movimentos elaborados. Não forçar movimentos, fazer pouca pressão, não exceder os 20 minutos; • Pegar ao colo, olhar olhos nos olhos, sorrir, deitar a língua de fora, quando em estado de alerta; • Oferecer o polegar do(a) bebé para que esta(e) se autoconforte e reorganize; • Evitar ambientes hiperestimulantes. Observar o(a) bebé. 				
Elaboração: Data: 16.10.2017	Verificação: Data:	Aprovação: Data:		

	NORMAS DE PROCEDIMENTO CONSULTA DE ENFERMAGEM SAÚDE INFANTIL	PAAIS		
		EDIÇÃO	REVISÃO	DATA
	CONSULTAS DE ENFERMAGEM DO PRIMEIRO MÊS DE VIDA	1	1	16.10.2017
		PÁGINA	8 de 14	

4.3.4. Acidentes e segurança

Na primeira consulta de enfermagem pode iniciar-se os ensinamentos sobre as precauções dos acidentes no primeiro mês de vida.

- **Transporte:** Durante o transporte o recém-nascido não deve ir ao colo, deve utilizar um meio de contenção indicado, pela lei, aprovada segundo as normas europeias. Os pais devem verificar se a cadeira é adequada ao peso e à idade do recém-nascido, deve ser utilizada sempre voltada para trás e corretamente segundo as instruções.
- **Quedas:** Incentivar a não deixar o recém-nascido sozinho em cima de uma cama, mesa, sofá, muda-fraldas, nem que seja "apenas por um segundo". Quando os irmãos pegarem ao colo, garantir que tem um adulto a acompanhar.
- **Asfixia:** Ensinar os pais a não utilizar almofadas, fraldas, brinquedos, gorros, laços ou fitas dentro da cama, e evitar o uso de alcofas maleáveis. Se tiver de utilizar uma alcofa deve ser uma de estrutura rígida.
- **Local onde dorme:** A cama é o melhor local onde o RN pode dormir. Deve ser estável e sólida, e as grades devem ter o mínimo de 60cm de altura. A distância entre as barras das grades deve ser inferior a 6cm. A cama deve obedecer às normas de segurança europeias.
- **Queimaduras:** Os líquidos quentes devem manter-se afastados da criança. Para o banho, ensinar os pais a verificar a temperatura da água. Ter em atenção os aquecedores. Certificar a temperatura do leite no biberão, entomando uma gota no seu pulso.

(APSI,2003)

Elaboração: Data: 16.10.2017	Verificação: Data:	Aprovação: Data:
---------------------------------	-----------------------	-------------------------

	NORMAS DE PROCEDIMENTO <small>CONSULTA DE ENFERMAGEM SAÚDE INFANTIL</small>	PAAIS		
		EDIÇÃO	REVISÃO	DATA
	CONSULTAS DE ENFERMAGEM DO PRIMEIRO MÊS DE VIDA	1	1	16.10.2017
		PÁGINA	9 de 14	

4.3.5. Sintomas/sinais de alerta

Realizar ensino sobre os sintomas ou sinais no recém-nascido que justificam a recomendação aos serviços de saúde, tais como a recusa alimentar, gemido, icterícia generalizada, prostração, febre, cor "aczentada", entre outros.

Os sinais alarme, podem ser identificados no primeiro mês de vida, e são:

- Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado(a);
- Apresenta hipertonicidade na posição de pé;
- Nunca segue a face humana;
- Não vira os olhos e a cabeça para o som (voz humana)
- Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos.

4.3.6. Relação emocional

Averiguar as dificuldades do principal cuidador na relação com o seu bebé e nas interações familiares.

4.3.7. Hábitos intestinais e cólicas

O esclarecimento sobre a obstipação e cólicas, pode iniciar-se na primeira consulta, mas poderá ser precoce, pelo que se pretende que esta necessidade seja avaliada ao longo do primeiro mês de vida, e quando necessário.

4.3. Cuidados promotores de conforto no recém-nascido

Os cuidados ao recém-nascido devem responder às necessidades do mesmo, que envolve a promoção do conforto e estabilidade, reduzindo o stress causado por intervenções ambientais e terapêuticas. (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2013) "A identificação de fatores de desconforto e a sua minimização deve ser valorizada." (OE, 2013:18)

Elaboração: Data: 16.10.2017	Verificação: Data:	Aprovação: Data:
---------------------------------	-----------------------	---------------------

	NORMAS DE PROCEDIMENTO CONSULTA DE ENFERMAGEM SAÚDE INFANTIL	FAAB8		
		EDIÇÃO	REVISÃO	DATA
	CONSULTAS DE ENFERMAGEM DO PRIMEIRO MÊS DE VIDA	1	1	16.10.2017
	PÁGINA	10 de 14		

A promoção do conforto encontra-se muitas vezes relacionado com o alívio da dor no RN (OE, 2013), mas segundo a teoria de Kolcaba, envolve outros contextos, para além do físico, para atingir o alívio, a tranquilidade e a transcendência que descrevem o conforto, tais como o contexto psico-espiritual, social e ambiental. (Dowd, 2002)

Assim destaca-se como intervenções promotoras do conforto no recém-nascido:

- Redução da incidência de luzes sobre o RN; (OE, 2013; Roldão, 2017)
- Redução do ruído ambiental – promover silêncio, evitando conversas desnecessárias e diminuindo alarmes sonoros dos monitores em caso de hospitalização; (OE, 2013; Roldão, 2017)
- Preservação dos períodos prolongados de sono e repouso; (OE, 2013; Roldão 2017)
- Posicionamento adequado do RN – colocação de contenção em “ninhos” que promovem a sua organização comportamental e utilização de rolos de posicionamento; (OE, 2013; Roldão, 2017)
- Organização e concentração das manipulações no RN – organizar os cuidados a prestar ao RN, evitando constantes manipulações; (OE, 2013; Roldão 2017)
- Massagem terapêutica; (OE, 2013; Cruz & Caromano, 2005)
- Embalagem e “colinho”; (OE, 2013; Wheeler, 2014)
- Contacto físico dos pais com o RN (OE, 2013; Wheeler, 2014)
- Sucção não nutritiva – está descrito que o uso da chupeta inibe a hiperatividade e modula o desconforto do RN. A solução adocicada diminui o tempo de choro e atenua a facies de dor, através da libertação de endorfinas endógenas. A analgesia promovida pela chupeta parece ocorrer perasdurantes os movimentos ritmados de sucção, podendo haver um fenómeno de dor a quando a sua interrupção; (OE, 2013; Roldão, 2017)

O leite materno – além dos benefícios nutricionais e afetivos para o RN, também pode ser utilizado na promoção do conforto. (OE, 2013, Roldão, 2017)

Elaboração: Data: 16.10.2017	Verificação: Data:	Aprovação: Data:
---------------------------------	-----------------------	-------------------------

	NORMAS DE PROCEDIMENTO	FAAS		
	CONSULTA DE ENFERMAGEM SAÚDE INFANTIL	EDIÇÃO	REVISÃO	DATA
	CONSULTAS DE ENFERMAGEM DO PRIMEIRO MÊS DE VIDA	1	1	16.10.2017
		PÁGINA	11 de 14	

4.4. Rastreo neonatal: Programa Nacional de Diagnóstico Precoce

O Programa Nacional de Diagnóstico Precoce (PNDP) é uma programa de saúde pública, com o objetivo de detetar e intervir precocemente em recém-nascidos afetados por determinadas patologias, garantido a melhoria na qualidade de vida da criança, obtendo assim ganhos em saúde. O PNDP está sedado no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge – Porto. [INS DRJ] (2003-2007).

Este rastreio neonatal, mais conhecido como o teste do pezinho (TP), é um exame laboratorial, que deteta doenças metabólicas, genéticas e/ou infecciosas, antes que os sintomas se tomem evidentes, facilitando a intervenção precoce no RN em tratamentos específicos, diminuindo ou eliminando sequelas associadas a cada doença, permitindo a melhoria da qualidade de vida da criança. (Marqui, 2016)

Deve ser realizado depois das 24 horas de vida ou depois do início da alimentação, antes dos 7 dias de vida. Idealmente deve ser realizado entre o 3º e o 6º dia de vida, mas este rastreio pode ser realizado posteriormente, o mais importante é ser realizado. (Wheeler, 2014)

O formulário é intitulado "PROGRAMA NACIONAL DE DIAGNÓSTICO PRECOCE". Possui campos para: Nome do bebé, Data de nascimento, Localidade, Peso, Altura, e Resultados de exames (Glicose, Bilirrubina, etc.). Inclui também uma seção para "COLABORAÇÃO CONVIDADA" e informações do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

[INS DRJ] (2003-2007)

Elaboração: Farmacêuticos Data: 16.10.2017	Verificação: Data:	Aprovação: Data:
---	------------------------------	----------------------------

	NORMAS DE PROCEDIMENTO CONSULTA DE ENFERMAGEM SAÚDE INFANTIL	FAAS		
		EDIÇÃO	REVISÃO	DATA
	CONSULTAS DE ENFERMAGEM DO PRIMEIRO MÊS DE VIDA	1	1	16.10.2017
		PÁGINA	12 de 14	

O grupo de doenças rastreadas são: Acidúrias orgânicas; Aminoacidopatias; Citopatias mitocondriais- genes mitocondriais; Citopatias mitocondriais- genes nucleares; Défices da β -oxidação mitocondrial dos ácidos gordos; Doenças do ciclo da carnitina; Défices do metabolismo da creatina; Doenças da biossíntese do colesterol; Doenças do ciclo da ureia; Doenças metabolismo dos neurotransmissores; Glicogenoses hepáticas; Glicogenoses musculares - Intolerância hereditária à frutose e galactosemias; Defeitos congénitos da glicosilação. [INSURJ (2003-2007).

O procedimento de colheita de sangue é realizado através da punção do calcânhar. Deve ser colhido uma amostra suficiente de sangue para preencher por completo dois dos quatro espaços disponível para colocar a amostra de sangue.

Estratégias de alívio da dor durante a punção do calcânhar:

- A utilização de lancetas automáticas causa menos dor e requer menos punções que as lancetas manuais;
- Administração de 2ml de Sacarose oral 24% através de seringa ou com a chuepta, 2 minutos antes do procedimento doloroso
- Sucção não nutritiva
- Contato pele-a-pele entre a mãe e o recém-nascido;
- Amamentação
- Música

A aplicação do EMLA não demonstra evidência significativa na diminuição da dor durante a punção do calcânhar.

(Wheeler, 2014)

Elaboração: Farmacêuticos Data: 16.10.2017	Verificação: Data:	Aprovação: Data:
--	-----------------------	---------------------

	NORMAS DE PROCEDIMENTO <small>CONSULTA DE ENFERMAGEM SAÚDE INFANTIL</small>	PAAIS		
		EDIÇÃO	REVISÃO	DATA
	CONSULTAS DE ENFERMAGEM DO PRIMEIRO MÊS DE VIDA	1	1	16.10.2017
	PÁGINA	13 de 14		

Bibliografia

Associação para a Promoção de Segurança Infantil [APSI] (2003). Evitar os Acidentes no Primeiro Ano de Vida In Vale a Pena Crescer em Segurança. 3ª edição. ISBN: 972-95995-2-1

Cruz, Cláudia; Caromano, Fátima (2005) – Características das técnicas de massagem para bebés. Artigo de Revisão. Revista Ter. Ocup, Universidade São Paulo. Vol 16, nº1, p 47-53, Jan/abr de 2005.

Dowd, Thérèse. (2002). Teoria do Conforto. In Tomey, A., *Técnicas de Enfermagem e Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª edição – pp. 699 – 715). Loures: Lusociência.

Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge [INSDRJ] (2003-2007). Diagnóstico Precoce. Programa Nacional. Acedido a 01 de Outubro de 2017 em www.diagnosticoprecoce.org

Marqui, Alessandra Bernadete Trovó (2016) – Teste do Pezrinho e o Papel da Enfermagem: Uma Reflexão. Estudo teórico. Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde, Ago/Dez 2016, 5(2): 96-103. Acedido a 23 de Outubro de 2017, em: <http://seer.ufm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1605/pdf>.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2013) – Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Cadernos OE, série 1, número 6. Acedido a 17 de Abril 2017 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa. Acedido em 16 de Outubro de 2017 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrianca%20e%20Jov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Elaboração: Data: 16.10.2017	Verificação: Data:	Aprovação: Data:
--	------------------------------	----------------------------

	Unidade de Cuidados Personalizados de São Sebastião NORMAS DE PROCEDIMENTO CONSULTA DE ENFERMAGEM SAÚDE INFANTIL	PAAS		
		EDIÇÃO	REVISÃO	DATA
	CONSULTAS DE ENFERMAGEM DO PRIMEIRO MÊS DE VIDA	1	1	16.10.2017
		PÁGINA	14 de 14	
<p>Rodão, Graça – Dor? Claro que Não!. In Saldanha, Joana; Montz, Carlos, Machado, Maria do Céu – <i>Nascer pré-termo. Cuidados multidisciplinares.</i> (pp. 113-119). Lisboa: Associação das crianças de santa maria. Serviço de neonatologia, departamento de pediatria, Hospital de Santa Maria – CHLN, EPE</p> <p>Wheeler, Barbara J. (2014) – <i>Promoção da Saúde do Recém-Nascido e da Família.</i> In Hockenberry, Marilyn J.& Wilson, David, Wong, <i>Enfermagem da Criança e Adolescente</i> (9ª edição - pp. 1025-1060). Loures: Lusociência.</p> <p>Wright, Lorraine M., Leahey, Maureen (2010). <i>Enfermeiras e Famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família.</i> 4ª edição. Roca.</p>				
Elaboração: Data: 16.10.2017	Verificação: Data:	Aprovação: Data:		

APÊNDICE VIII – Resultados dos questionários: Caracterização da equipa de Enfermagem da UCSP

QUESTIONÁRIO: O CONFORTO DO RECÉM-NASCIDO, CRIANÇA E FAMÍLIA			
Caracterização da equipa		Q1	Q2
Idade		38	43
Género	Femino	X	X
	Maculino		
Habilitações literárias	Bacharelato		
	Licenciatura		X
	Especialidade	SIP	
	Mestrado		
	Doutoramento		
Tempo de experiência profissional		17	22
Tempo de exercício profissional neste serviço		2	10

QUESTIONÁRIO: O CONFORTO DO RECÉM-NASCIDO, CRIANÇA E FAMÍLIA			
Resultados obtidos na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados			
Categoria	Unidade de contexto	Unidades de registo	
Questão 1 Definição de conforto	Bem-estar	R1: “conjunto de ações/cuidados que promovem o bem estar geral, holístico” (QI:2-3) R2: “Bem estar físico (condições de temperatura, níveis de dor, roupa cama, etc...),bem estar psiquico (ambient sem stress, sem pensamentos negativos, sem preocupações, sem medo), bem estar social (ambiente calmo, seguro, carinho, amor, abraços, amizade” (QII:2-5)	
Questão 2 Intervenções de enfermagem nos diferentes contextos do conforto: físico, psicoespiritual, ambiental, social	Físico	Avaliar competências parentais	R1: “Avaliar conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil/promover o auto-cuidado, avaliar o conhecimento dos pais sobre prevenção acidentes” (QI:8)
		Observação física do RN	R2: “Avaliar dor, temperatura, integridade da pele, sintomas de doença, condições de saúde” (QII:8)
	Psicoespiritual	Vinculação	R1: “Promover e incentivar os pais para cuidados vinculativos” (QI: 9) R2: “Avaliar a vinculação com a pessoa de referência” (QII:9)

		Avaliar competências parentais	R2: "Avaliar papel parental" (QII:9)
	Ambiental	Segurança ambiental	R1: "Promoção de um ambiente seguro" (QI:10) R2: "Avaliar o ambiente seguro" (QII:10)
		Condições habitacionais	R2: "Avaliar (...) condições de habitação" (QII:10)
	Social	Ensino aos pais	R1: "Ensinar os pais/cuidadores sobre desenvolvimento infantil" (QI: 11)
		Avaliar competências parentais	R2: "Avaliar o papel parental" (QII:11)
		Condições socio-económicas	R2: "Avaliar condições socio-económicas" (QII:11)
Questão 3 Relevância dos diferentes contextos do conforto. Justificando.	Todos	R1: "Todos (...) aplicando as suas competências profissionais os enfermeiros planificam os cuidados a desenvolver no sentido de responder às necessidades dos utentes/famílias" (QI: 14-16) R2: "(...) todos os contextos são relevantes pois avaliam-se as crianças inseridas nas suas famílias e na comunidade em contexto de saúde/doença" (QII:14-17)	

Promoção do conforto no Recém-nascido, Criança e Jovem: Atuação do Enfermeiro Especialista em Contexto de saúde-doença.

Questão 4 Promoção do conforto como um ganho em saúde na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao recém-nascido/criança/família.	Satisfação de necessidades básicas	R1: "O conforto é um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas, se uma necessidade for satisfeita ou seja restabeleceu a tranquilidade o seu funcionamento habitual, o desempenho foi eficiente – ganho em saúde" (QI: 22-25)
	Huminização dos cuidados	R2: "A criança deve ser vista no seu todo, inserida no ambiente familiar, cultural e na comunidade que a rodeia e a promoção do conforto nas suas vertentes permite a humanização dos cuidados de enfermagem e consequente melhoria da qualidade" (QII: 22-25)

APÊNDICE X – Promoção do conforto na criança e família: Uso de fardas de enfermagem coloridas nos contextos saúde-doença - Revisão sistemática

PROMOÇÃO DO CONFORTO NA CRIANÇA E FAMÍLIA: Uso de fardas de enfermagem coloridas nos contextos de saúde-doença - Revisão sistemática

COMFORT PROMOTION IN CHILDREN AND FAMILY: Use of colored nursing uniforms in health-disease contexts - Systematic review

Mariene Teixeira Domingues¹, Ana Lúcia Castro Ramos²

¹Enfermeiras de Cuidados Gerais na Unidade de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal, EPC - Hospital São Bernardo, mestrandas do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação com Especialização em Saúde Criança e Pediátrica.

²Professoras Doutoras Orientadoras da Unidade Curricular de Investigação em Enfermagem decorrente do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem da Saúde da Criança e Jovem

Resumo

O ambiente hospitalar, é um fator de elevado stress e ansiedade, pois é um ambiente desconhecido, que provoca desconforto à criança. (Diogo, Vilelas, Rodrigues, Almeida, 2016).

Objetivo: Identificar o impacto do uso de fardas de enfermagem coloridas, na promoção do conforto na criança e família, em contexto de saúde-doença. **Métodos:** Foi encontra na B-on, uma amostra inicial de 87 artigos, com os descritores e delimitadores de busca escolhidos. Após aplicação dos critérios de inclusão, fica um total de 4 artigos. **Resultados:** As crianças demonstram uma preferência evidente na utilização de fardas de enfermagem coloridas, na promoção do conforto ambiental das mesmas e da família em contexto de saúde-doença. **Conclusão:** O conforto é um resultado esperado nas intervenções de enfermagem, que pode ser promovido em diferentes contextos, segundo a teoria do conforto de Kolcaba. O uso de fardas de enfermagem coloridas, promove o conforto em contexto ambiental, criando um ambiente mais infantil e adequado às crianças e família.

Descritores: Enfermeiro'traje, enfermeiro'uniforme, enfermeiro'roupa, criança, conforto e cuidados de saúde.

Abstract:

The hospital environment is a factor of high tension and anxiety, because it is an unknown environment, which causes discomfort to the child. (Diogo, Vilelas, Rodrigues, Almeida, 2016).

Objective: To identify the impact of the use of colored nursing uniforms, in the promotion of comfort in the child and family, in health-disease context. **Methods:** Methods: An initial sample of 87 articles was found in the B-on, with the descriptors and search delimiters chosen. After applying the inclusion criteria, a total of 4 articles were found. **Results:** The children demonstrate an evident preference in the use of colored nursing uniforms, in the promotion of the environmental comfort of the same ones and of the family in health-disease context. **Conclusion:** Comfort is an expected result in nursing interventions, which can be promoted in different contexts, according to Kolcaba comfort theory. The use of colorful nursing uniforms promotes comfort in an environmental context, creating a more child friendly environment that is suitable for children and families.

Descriptors: Nurse' attire, nurse' uniform, nurse' clothing, child, comfort and health care

APÊNDICE XI – Resultados dos questionários: Caracterização da equipa de Enfermagem do serviço de internamento de pediatria

QUESTIONÁRIO: O CONFORTO DO RECÉM-NASCIDO, CRIANÇA E FAMÍLIA							
Caracterização da equipa		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6
Idade		34	29	33	52	57	
Género	Femino	X	X	X	X		
	Maculino					X	X
Habilitações literárias	Bacharelato						
	Licenciatura		X				X
	Especialidade	SIP		SIP	SIP	SIP	
	Mestrado						
	Doutoramento						
Tempo de experiência profissional		12	7	12	30	34	3
Tempo de exercício profissional neste serviço		12	3	12	20	19	1

APÊNDICE XII – Resultados dos questionários: Análise de conteúdo dos dados obtidos
no serviço de internamento de pediatria

QUESTIONÁRIO: O CONFORTO DO RECÉM-NASCIDO, CRIANÇA E FAMÍLIA			
Resultados obtidos no serviço de internamento de pediatria			
Categoria	Unidade de contexto	Unidades de registo	
Questão 1 Definição de conforto	Bem-estar	R1: “estado de bem estar onde a criança/adolescente internada encontra o seu equilíbrio durante o internamento” (QI:2-4) R3: “Sensação de bem estar” (QIII:2) R4: “Bem estar, tranquilidade, satisfação, sorriso”(QIV:2) R6: “Bem estar da criança/familia” (QVI:2)	
	Promoção de saúde	R2: “Proporciona medidas e intervenções que facilitem a adesão ao regime terapêutico, facilitando a recuperação ou manutenção da saúde” (QII:2-3)	
	Satisfazer necessidades	R5: “Conjunto de estratégias que tem como finalidade satisfazer as necessidade do “outro” relativamente ao aspeto afetivo de forma a que este se sinta bem ou cuidado” (QV:2-5)	
Questão 2 Intervenções de enfermagem nos diferentes contextos do conforto: físico, psicoespiritual, ambiental, social	Físico	Posicionamento	R1: “Proporcionar uma almofada para um melhor posicionamento” (QI:8)
		Controlo da dor	R2: “Aplicação de estratégias para controlo da dor” (QII:8) R3: “(...) EMLA” (QIII:8)

		Temperatura	R3: "Calor, (...), frio" (QIII:8)
		Contacto físico	R3: "(...) massagem abdominal(...)" (QIII:8) R4: "Aconchego, contenção" (QIV:8)
		Satisfação das necessidades básicas	R5: "Higiene, alimentação, vestir, sono/repouso" (QV:8)
		Privacidade	R6: "Respeitar o espaço" (QVI:8)
	Psicoespiritual	Respeito pelas crenças e religião	R1: "chamar o capelão aquela família" (QI:9) R6: "Respeitar as suas crenças" (QVI:9)
		Estabelecer comunicação e relação de ajuda	R2: "Comunicação. Relação de ajuda" (QII:9) R3: "Falar com a criança. Distração" (QIII:9) R5: "Respeito, perceber a criança e pais" (QV:9)
		Estratégias de comunicação	R4: "(...) diminuição do tom de voz" (QIV:9)
	Ambiental	Redução das luzes	R1: "Reduzir a intensidade da luz" (QI:10) R2: "Gerir luzes" (QII:10) R3: "(...) intensidade luzes(...)" (QIII:10) R4: "Reduzir luzes(...)" (QIV:10)

Promoção do conforto no Recém-nascido, Criança, Jovem e Família: Atuação do Enfermeiro Especialista em Contexto de Saúde-Doença.

		Gerir ruídos	R2: "Gerir som/ruídos, (...)" (QII:10) R3: "(...)alarmes" (QIII:10) R4: "Reduzir (...) ruído" (QIV:10) R5: "Calmo, silêncio, musicoterapia, tranquilidade na comunicação" (QV:10)
		Ambiente infantil	R8: "Promover conforto" (QVIII:10) R3: "Balões (...)" (QIII:10) R6: "Ambiente adequado" (QVI:10)
	Social	Gerir visitas	R1: "Permitir uma visita fora de horas" (QI:11) R3: "Permitir visitas e incentivá-las" (QIII:11) R4: "Proporcionar visita de amigos, pessoas significativa" (QIV:11)
		Condição social familiar	R2: "Diagnóstico da situação social em que a família vive" (QII:11) R6: "O seu estatuto e estado" (QVI:11)
		Empatia	R5: "Segurança, compreensão,(...)" (QV:11)
		Estratégias de diversão	R5: "Entretenimento, brincar(...)" (QV:11)
Questão 3 Relevância dos diferentes contextos do conforto. Justificando.	Todos		R1: "São todos relevantes para cada um, terão, certamente, diferentes relevâncias (...) equilíbrio entre os diferentes contextos do conforto" (QI: 14-16) R2: "Todos têm de estar presentes num todo para proporcionar o conforto, conforme cada situação há que priorizar o contexto." (QII: 14-15)

		<p>R3: “São todos importantes.” (QIII:14)</p> <p>R4: “(...) todos eles são importantes dependendo do contexto de doença e social” (QIV:14-16)</p> <p>R5: “(...) todos os contextos são importantes uma vez que eles estão interligados e concorrem simultaneamente para confortar o outro. Contudo</p> <p>R6: “Todos, porque tem que se ver a criança/família como um todo” (QVI:14-15)</p>
	Físico	<p>R5: “(...) contudo escolhia o contexto físico, porque estando satisfeito as necessidades básicas do ser humano pressupõe conforto” (QV:14-17)</p>
<p>Questão 4 Promoção do conforto como um ganho em saúde na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao recém-nascido/criança/família.</p>	Minimização dos efeitos negativos do internamento	<p>R1: “Resultante de um estado de conforto a recuperação será mais rápida. A criança/família sentirá uma maior satisfação e menor impacto do internamento(...)” (QI:22-24)</p> <p>R2: “Proporcionar conforto diminui dor, ansiedade e conseqüente redução do tempo de internamento ou de terapêutica, com reflexo nos ganhos em saúde” (QII:22-24)</p> <p>R3: “Porque por estarem fora do ambiente se promovermos o conforto vai ajudar” (QIII:22-23)</p> <p>R4: “Proporciona melhor adaptação à situação de doença e hospitalização” (QIV:22-23)</p>
	Necessidade do ser humano	<p>R5: “O ser humano é um ser social logo necessita de ser amado, respeitado, confortado, cuidado como fortes constituintes do nosso crescimento e desenvolvimento(...) (QV:22-24)</p>
	Promoção da saúde	<p>R5: “(...) é sem dúvida um ganho em saúde para recuperação e melhoria do utente” (QV:25)</p> <p>R6: “Porque quanto maior for a qualidade de cuidados prestados melhores resultados e melhorias da promoção da saúde” (QVI:22-24)</p>