



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

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

Cuidados de enfermagem no controlo da dor em pediatria – Intervenções sensoriais

Nome do Mestrando | Susana Isabel Alferes Roças

Orientação | Prof. Doutora Ana Lúcia Ramos

Mestrado em Enfermagem em Associação

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

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

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

Cuidados de enfermagem no controlo da dor em pediatria – Intervenções sensoriais

Nome do Mestrando | Susana Isabel Alferes Roças

Orientação | Prof. Doutora Ana Lúcia Ramos

Mestrado em Enfermagem em Associação

Área de Especialização | Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Évora, 2018

À minha Kiara, por saber sempre como aliviar a minha dor

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste trabalho não teria sido possível sem a ajuda e a motivação de várias pessoas, a quem estou eternamente grata.

À Professora Doutora Ana Lúcia Ramos, por toda a orientação, apoio, dedicação e paciência.

Às enfermeiras orientadoras, por tudo o que me ensinaram e transmitiram, promovendo o meu crescimento pessoal e profissional.

À minha família, de duas e de quatro patas, por todo o amor, carinho e compreensão.

RESUMO

O presente trabalho acadêmico caracteriza-se por um relatório de estágio, apresentando como objetivo geral transmitir e clarificar a aquisição e desenvolvimento das competências de Mestre e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem ao longo do curso e dos vários contextos clínicos de estágio.

A metodologia utilizada centra-se no trabalho de projeto, cuja problemática aborda as intervenções sensoriais no controlo da dor em pediatria. Este projeto integra a linha de investigação de necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas e pretende contribuir para a implementação de cuidados de enfermagem e intervenções sensoriais no controlo da dor na criança nos diferentes contextos clínicos de estágio.

O desenvolvimento do projeto obteve resultados positivos, sendo importante a sua continuidade com o objetivo de uniformizar a atuação dos enfermeiros relativamente à aplicação e registo deste tipo de intervenções na promoção do conforto na criança.

Palavras-chave: Projeto, Dor, Intervenções sensoriais, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ABSTRACT

Nursing Care in pain management in children – Sensorial interventions

This academic work is an internship report, with main goal is transmit and clarify the acquisition and development of Master and Specialist Nurse in Child and Youth Health Nursing competencies through the all course and the several clinical contexts of the internship.

The methodology used is the project work, whose problematic refers to the sensorial interventions in pain management in children. This project integrates the research line of needs in nursing care about specific populations and intends to contribute to the implementation of sensorial interventions and nursing care in pain management in children in the several clinical contexts of the internship.

The project got positive results, and its continuity is important in order to uniform the nurses performance concerning about the implementation and recording of this interventions type in child confort promotion.

Keywords: Project, Pain, Sensorial interventions, Child Health and Pediatric Nursing

ANEXOS E APÊNDICES

	Página
ANEXO A	
1º Congresso Multiprofissional do Hospital Dona Estefânia	LXI
ANEXO B	
III Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa	LXIV
ANEXO C	
II Reunião de Enfermagem de Cuidados Intensivos Pediátricos	LXVII
APÊNDICE A	
Questionário de Diagnóstico de Situação	LXX
APÊNDICE B	
Planeamento do Projeto	LXXIII
APÊNDICE C	
Cronograma do Projeto	LXXV
APÊNDICE D	
Estudo de Caso	LXXVII
APÊNDICE E	
Norma de Procedimento	CXVI
APÊNDICE F	
Artigo Científico	CXX

GRÁFICOS

Página

Gráfico n.º 1 - Caracterização da Equipa de Enfermagem

(Idade) 19

Gráfico n.º 2 - Caracterização da Equipa de Enfermagem

(Anos de experiênciaprofissional/Anos de experiência profissional na Unidade de Neonatologia) 19

Gráfico n.º 3 - Intervenções sensoriais no controlo da dor

(Quais as intervenções não farmacológicas no controlo da dor em pediatria que conhece?) . 20

Gráfico n.º 4 - Intervenções sensoriais no controlo da dor

(Quais costuma utilizar na sua prática diária?) 20

Gráfico n.º 5 - Intervenções sensoriais no controlo da dor

(Em que procedimentos as costuma utilizar?) 21

Gráfico n.º 6 - Intervenções sensoriais no controlo da dor

(Com que frequência as utiliza?) 21

Gráfico n.º 7 - Intervenções sensoriais no controlo da dor

(Na sua opinião, existe necessidade de formação sobre esta temática na unidade onde
exerce funções?) 22

ABREVIATURAS

DGS – Direção-Geral da Saúde

EESCJ – Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

OE – Ordem dos Enfermeiros

PICH – *Pain in Child Health*

RN – Recém-nascido

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO	10
1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO E OBJETIVOS	14
1.1. Caracterização do Contexto Clínico de Estágio I	14
1.2. Caracterização do Contexto Clínico de Estágio II – Serviço de Internamento de Pediatria do Foro Oncológico	15
1.3. Caracterização do Contexto Clínico de Estágio II – Unidade de Neonatologia	17
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
2.1. Intervenções Sensoriais no Recém-nascido	26
2.2. Intervenções Sensoriais na Criança/Adolescente	28
2.3. Teoria do Conforto	31
3. IMPLEMENTAÇÃO	34
3.1. Estágio I – Consulta Externa de Pediatria	35
3.2. Estágio II – Serviço de Internamento de Pediatria do Foro Oncológico	40
3.3. Estágio II – Unidade de Neonatologia	46
4. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROJETO	52
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
6. BIBLIOGRAFIA	58

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de índole académica, proposto no âmbito da unidade curricular de Relatório do Mestrado em Enfermagem em Associação – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, caracteriza-se por ser um relatório de estágio com vista a evidenciar a aquisição e desenvolvimento de competências de Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem [EESCJ], bem como o projeto desenvolvido durante as unidades curriculares de Estágio I e Estágio Final.

O projeto integra a linha de investigação de necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas e aborda a problemática relativa às intervenções sensoriais no controlo da dor em pediatria.

Segundo a Direção-Geral da Saúde [DGS] “todo o indivíduo tem direito ao adequado controlo da dor, qualquer que seja a sua causa (...)” (DGS, 2013, pp.3), sendo que “todos os profissionais de saúde devem adotar estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos ao seu cuidado (...)” (DGS, 2013, pp.3), promovendo o seu bem-estar e contribuindo para a humanização dos cuidados de saúde. A adoção de estratégias de prevenção e controlo da dor encontra-se distinguida no Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor como norma de boa prática clínica (DGS, 2013).

Em 2003 a dor foi instituída pela DGS como 5º sinal vital, tornando-se assim obrigatório diagnosticar a sua presença, proceder à sua avaliação e consequente registo, e intervir adequadamente com o intuito de a controlar/gerir (OE, 2013; DGS, 2003).

A prevenção e o controlo da dor constituem um direito da criança, o qual se encontra consagrado na Carta Europeia das Crianças Hospitalizadas (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2013; DGS, 2010). No entanto, e apesar dos avanços significativos relativamente ao conhecimento sobre a dor na criança, esta continua a ser desvalorizada e sub-tratada(OE, 2013).

Devido às especificidades das várias faixas etárias pediátricas, a expressão de dor na criança apresenta uma grande variabilidade, desencadeando reações fisiológicas, emocionais e/ou motoras distintas. Para além disso, a experiência de dor está frequentemente associada a fatores psicológicos como o medo e a ansiedade (OE, 2013). Deste modo, torna-se evidente a importância

do controlo da dor na enfermagem de saúde infantil e pediátrica, pois as experiências de dor na criança podem estar associadas a qualquer intervenção junto da mesma.

Ser enfermeiro na área de saúde infantil e pediátrica é depararmo-nos frequentemente com a dor na criança. Devido à variabilidade da perceção e da manifestação de dor na criança, a qual pode estar associada a sentimentos como o medo e a ansiedade, qualquer experiência de saúde/doença pode desencadear episódios de dor (OE, 2013). Aliviá-la com recurso a intervenções simples, práticas e acessíveis, mas simultaneamente eficazes e eficientes, deve ser parte integrante na prática clínica de enfermagem a esta população específica.

Segundo a OE (2013), as intervenções não farmacológicas ou sensoriais, constituem um recurso essencial para o alívio da dor em pediatria, quer na sua aplicação isolada como em parceria com as intervenções farmacológicas. A sua correta seleção e implementação requerem a apreensão de conhecimentos, competências e capacidades específicas ao nível do controlo da dor na criança (OE, 2013). Ao enfermeiro EESCJ compete esta gestão diferenciada da dor e do bem-estar desta população, traduzindo-se em cuidados de enfermagem altamente diferenciados (OE, 2013).

O objetivo geral do presente relatório é transmitir e clarificar a aquisição e desenvolvimento das competências de Mestre e de enfermeiro EESCJ ao longo do curso e dos vários contextos clínicos de estágio, os quais decorreram na Consulta Externa de Pediatria de um Centro Hospitalar, e no Serviço de Pediatria e na Neonatologia de dois hospitais centrais distintos. Como objetivos específicos delineámos descrever o desenvolvimento e as conclusões do projeto de intervenção profissional no âmbito da enfermagem de saúde infantil e pediátrica, desenvolver a capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica e fundamentar a mesma com base na teorização e na evidência científica.

A metodologia utilizada centra-se no trabalho de projeto, a qual se encontra direcionada para a resolução de problemas e cuja aplicação está relacionada com a aquisição de competências e capacidades perante um contexto real (Ruivo *et al.*, 2010). Deste modo, o controlo da dor na criança através de intervenções sensoriais revela-se uma problemática passível de ser explorada e trabalhada segundo esta metodologia em particular.

Em termos etimológicos, a palavra projeto deriva da palavra latina *projectare*, que tem como significado lançar para a frente, atirar. Surgiu no século XV ligada à arquitetura, tendo o seu

conceito evoluído ao longo do tempo, e encontrando-se atualmente ligado a várias profissões como é o caso da Enfermagem (Ruivo *et al.*, 2010). A metodologia de trabalho de projeto tem como finalidade a resolução de problemas, permitindo antever uma mudança. Caracteriza-se por uma metodologia associada à investigação científica, através da qual se adquirem competências e capacidades essenciais ao processo de transformação de uma situação real (Ruivo *et al.*, 2010).

Privilegiar metodologias alicerçadas na investigação científica, como no caso do trabalho de projeto, possibilita a análise/estudo de um problema real através de um processo rigoroso e sistemático, com vista à sua resolução eficaz (Ruivo *et al.*, 2010; Fortin, 2009). O campo da investigação científica revela-se fundamental na profissão de enfermagem, na medida em que a produção de conhecimentos com base científica atualizada permite orientar a prática clínica, assegurando a credibilidade da profissão e elevando a qualidade dos cuidados (Fortin, 2009).

O trabalho de projeto reveste-se de características únicas, aproximando-se do âmbito da investigação-ação, e é composto por cinco fases, sendo elas o diagnóstico de situação, o planeamento, a execução, a avaliação e a divulgação dos resultados (Ruivo *et al.*, 2010). Caracteriza-se por ser uma atividade intencional que requer trabalho em grupo, pressupondo iniciativa e autonomia por parte de todos os intervenientes. Apresenta geralmente alguma autenticidade, devido a focar-se num problema real, o que também lhe confere alguma complexidade e incerteza. No entanto, estas dificuldades são muitas vezes ultrapassadas graças à flexibilidade que o trabalho de projeto ostenta, podendo ser corrigido e aperfeiçoado de acordo com a sua progressão (Ruivo *et al.*, 2010; Fortin, 2009).

Com este projeto pretendemos contribuir para a implementação de cuidados de enfermagem e intervenções sensoriais no controlo da dor na criança nos diferentes contextos clínicos de estágio.

Este relatório encontra-se estruturado em cinco capítulos. Após a presente introdução, onde definimos os objetivos do relatório e contextualizamos a problemática em estudo, apresentamos o diagnóstico de situação de saúde e os objetivos do projeto de intervenção profissional, passando depois para o enquadramento teórico sobre o tema em questão. O terceiro capítulo é constituído pela implementação do projeto de intervenção profissional, onde exploramos e refletimos a aquisição e desenvolvimento das competências do enfermeiro EESCJ através da exposição das atividades desenvolvidas e de algumas experiências vividas nos três contextos clínicos de estágio. A análise reflexiva do projeto ocupa o quarto capítulo, onde abordamos

amonitorização e a avaliação do projeto, englobando a aquisição e desenvolvimento das competências de mestre. Por fim, o quinto capítulo é referente às considerações finais, onde avaliamos a consecução dos objetivos e definimos projetos futuros.

A elaboração deste relatório cumpre as diretrizes do novo acordo ortográfico português e obedece à norma de referência da *American Psychological Association*, 6ª edição.

1. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO E OBJETIVOS

O diagnóstico de situação caracteriza-se pela primeira fase do trabalho de projeto, na qual se pretende elaborar um mapa cognitivo acerca da situação-problema identificada. Trata-se de um processo contínuo onde se descreve e analisa a realidade sobre a qual se pretende intervir (Ruivo *et al.*, 2010).

Tal como foi já referido, o Estágio I e o Estágio Final ocorreram em três contextos clínicos distintos. O Estágio I ocorreu na Consulta Externa de Pediatria de um Centro Hospitalar, no período de 2 de maio a 16 de junho de 2017. Por sua vez, o Estágio Final dividiu-se entre dois contextos, decorrendo primeiramente num Serviço de Internamento de Pediatria do foro oncológico, entre 18 de setembro a 29 de outubro de 2017, e posteriormente numa Unidade de Neonatologia de um hospital central, no período de 30 de outubro de 2017 a 27 de janeiro de 2018.

A escolha destes três contextos recaiu no facto de todos eles abrangerem populações muito específicas, com necessidades em saúde muito particulares, e onde a dor está inevitavelmente presente na grande maioria dos casos, o que automaticamente implica a inclusão de intervenções/estratégias de prevenção e controlo da dor nos cuidados de enfermagem.

Seguindo a metodologia de trabalho de projeto e tendo reunido contributos através da pesquisa de literatura, de reuniões com enfermeiros orientadores e docente de referência, e da observação durante a experiência profissional, realizámos o diagnóstico de situação do projeto. Tal como se encontra descrito na literatura, o diagnóstico de situação revelou-se um processo contínuo e em constante atualização, visto que ocorreu durante todo o decorrer do projeto, no período de tempo inicial após a chegada a cada contexto clínico.

1.1. Caracterização do Contexto Clínico de Estágio I

A área de influência do Centro Hospitalar da Consulta Externa de Pediatria em questão engloba uma população de mais de 213 mil habitantes, em mais de 30 valências clínicas. A Consulta Externa de Pediatria funciona todos os dias úteis entre as 8h e as 17h, e assiste crianças entre os 0 e os 18 anos de idade em várias especialidades, nomeadamente pediatria, patologia nefro-urológica, neuropediatria, patologias respiratórias e alérgicas, infeções congénitas,

endocrinologia, diabetes, risco cardiovascular, pedopsiquiatria, psicologia e nutrição. Para além destas, existem ainda as consultas de desenvolvimento infantil e perinatal, as consultas de adolescência e as de apoio a crianças e jovens em risco. As crianças são referenciadas pelos cuidados de saúde primários, pelo serviço de urgência pediátrica, pelas unidades de internamento do serviço de pediatria ou de outros hospitais.

A consulta de enfermagem antecede a consulta médica na maioria das especialidades, onde a evolução da criança é avaliada em todas as suas vertentes (física, psicológica, social, emocional, etc.) da melhor forma possível, tendo em conta que a equipa de enfermagem é constituída apenas por 2 enfermeiras, uma delas EESCJ, e o fluxo de consultas chega a ultrapassar as 30 consultas diárias. A restante equipa multidisciplinar é constituída pelos médicos das várias especialidades e por uma assistente operacional. O espaço físico é diminuto, existindo apenas dois gabinetes de muito pequenas dimensões destinados às consultas de enfermagem, que convergem numa pequena área partilhada onde se realizam as avaliações antropométricas. As consultas médicas ocorrem nos gabinetes específicos de cada especialidade.

Neste Centro Hospitalar a temática da dor na criança e no jovem encontra-se já devidamente trabalhada, desde a sua avaliação à sua prevenção e controlo, com normas, protocolos e orientações bem definidos envolvendo toda a equipa interdisciplinar. As intervenções sensoriais estão contempladas nas normas e protocolos institucionais e são aplicadas nas várias unidades do serviço de pediatria. A dor é um diagnóstico frequente na população a que a unidade de consulta externa se dirige, quer na sua tipologia aguda como crónica. As intervenções sensoriais são frequentemente aplicadas e exploradas com a criança/jovem e os seus conviventes significativos, de forma a que a dor seja aliviada não só no período da consulta como em casa e nas suas atividades de vida diária.

1.2. Caracterização do Contexto Clínico de Estágio II – Serviço de Internamento de Pediatria do Foro Oncológico

O hospital central onde se situa o Serviço de Internamento de Pediatria do foro oncológico, empenha-se na luta organizada contra o cancro em Portugal e à prestação de cuidados de saúde diferenciados neste domínio. Caracteriza-se por um centro de referência nacional ao nível da prestação de serviços de saúde na área da oncologia, no âmbito da investigação, do ensino, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento e da reabilitação. Este hospital articula-se com outros do foro oncológico e com as restantes instituições e serviços do serviço nacional de saúde, tendo

em conta o Plano Oncológico Nacional e a Rede de Referenciação, assistindo uma população de aproximadamente 4 milhões de pessoas.

O Serviço de Internamento de Pediatria deste hospital é um dos serviços de oncologia pediátrica mais antigos do país, sendo um dos três centros oncológicos pediátricos atualmente existentes em Portugal. A sua atividade assistencial dirige-se a crianças até aos 15 anos de idade, provenientes de várias regiões nacionais e dos países africanos de língua oficial portuguesa.

Encontra-se dividido em dois setores, internamento e ambulatório, nas vertentes médica e cirúrgica. O setor do ambulatório é constituído pelo Hospital de Dia, que por sua vez abarca as consultas externas de pediatria, a realização de algumas técnicas diagnósticas invasivas sob anestesia e a administração de quimioterapia sem necessidade de internamento. O setor de internamento dispõe de 23 camas, 15 das quais em quartos individuais, para crianças e jovens em situações de saúde mais instáveis e/ou com necessidades particulares. Para além dos quartos, esta unidade apresenta também na sua constituição física uma sala de tratamentos, uma sala de enfermagem, uma sala de atividades/recreio, uma sala escolar, duas varandas e alguns gabinetes de apoio e secretariado.

A equipa multidisciplinar da unidade de internamento é composta por 31 enfermeiros, dos quais 1 EESCJ, 8 médicos pediatras, 2 cirurgiões pediátricos, 2 neurologistas, 1 assistente social, 3 educadoras de infância, 3 professoras, 1 psicóloga e 1 nutricionista. Esta unidade de cuidados de saúde diferenciados recebe o apoio de voluntários, associações, organizações e de várias entidades particulares e empresariais, que contribuem de múltiplas formas para o bem-estar das crianças e dos seus conviventes significativos.

Esta unidade de internamento tem protocolos de articulação com outros hospitais, para cuidados e exames complementares de diagnóstico específicos e diferenciados. A formação de uma rede de cuidados paliativos na área da oncologia pediátrica e a constituição de uma consulta exclusiva para ex-doentes são dois projetos deste serviço de pediatria, e que esperam tomar forma num futuro próximo.

Esta unidade de internamento centra os seus cuidados na criança/jovem com patologia oncológica, onde a dor está inevitavelmente presente em todas as duas dimensões. No entanto a ausência de protocolos e normas relativos à avaliação, prevenção e controlo da dor na criança originam discrepâncias na atuação dos enfermeiros que integram esta unidade, levando a que as

intervenções sensoriais no controlo da dor sejam uma área com necessidade de maior desenvolvimento.

1.3. Caracterização do Contexto Clínico de Estágio II – Unidade de Neonatologia

A Unidade de Neonatologia pertence a um Centro Hospitalar cuja missão é a prestação de cuidados de saúde diferenciados, em articulação com outras unidades e serviços pertencentes ao serviço nacional de saúde.

O hospital central onde esta unidade se encontra, com uma lotação inicial de 300 camas destinadas às especialidades de obstetrícia e ginecologia, foi desde cedo considerada uma instituição de qualidade na assistência em saúde nas áreas de obstetrícia e neonatologia. Atualmente engloba várias especialidades em contexto médico e cirúrgico, nomeadamente ginecologia, obstetrícia, neonatologia, patologia clínica e radiodiagnóstico.

A Unidade de Neonatologia está organizada em duas unidades distintas, a Unidade de Cuidados Intensivos e a Unidade de Cuidados Intermédios. Com 13 boxes individuais, cada uma com uma incubadora, a Unidade de Cuidados Intensivos oferece cuidados de saúde a recém-nascidos de risco e/ou com elevado grau de instabilidade hemodinâmica. Por sua vez a Unidade de Cuidados Intermédios apresenta 12 incubadoras e 12 berços, distribuídos por 3 espaços de acordo com as necessidades que os recém-nascidos apresentam, e um quarto de isolamento. A equipa é constituída por cerca de 50 enfermeiros, dos quais 20 são especialistas, 10 médicos pediatras, 17 assistentes operacionais, 1 psicóloga e 1 assistente social.

Como uma das melhores unidades de neonatologia do país, possui várias áreas de diferenciação técnica, particularmente aconselhamento pré-natal, multiparidade, seguimento das intervenções fetais, restrição de crescimento, grande prematuridade, nutrição entérica e parentérica, displasia bronco pulmonar e ventilação protetora, seguimento dos recém-nascidos com risco neurológico e/ou de desenvolvimento e imagiologia neonatal. Destaca-se ainda a utilização de leite humano, através do banco de leite existente na instituição, e a Unidade de Cuidados Intensivos como centro de referência de hipotermia induzida com vista à neuroprotecção.

Cuidar destes recém-nascidos vulneráveis e fragilizados, com o objetivo de sobreviverem e se desenvolverem com o mínimo de sequelas possíveis, está inevitavelmente associado a

tecnologias, procedimentos e intervenções que causam dor e desconforto a esta população tão singular. Na unidade em questão a dor no recém-nascido [RN] é alvo de particular atenção por parte dos enfermeiros, sendo avaliada e registada de forma sistemática e com recurso a instrumentos adequados e validados. No entanto, a inexistência de uniformização dos cuidados com enfoque no controlo da dor, através de intervenções sensoriais, gera divergências na sua aplicação e registo entre os vários elementos da equipa de enfermagem. Apesar da implementação efetiva deste tipo de intervenções autónomas por parte de todos os enfermeiros desta unidade, a sua aplicação com o objetivo de controlar a dor no RN não é consensual na equipa.

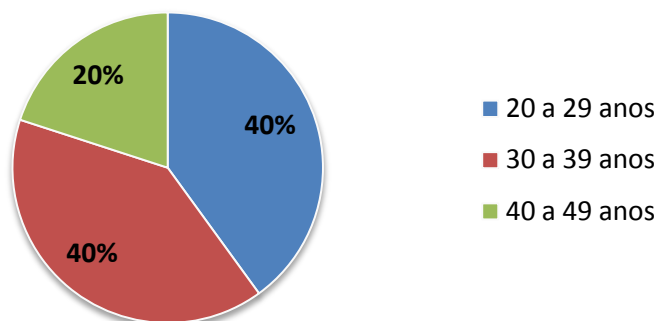
De forma a validar esta avaliação recorreremos à aplicação de um questionário (Apêndice A, página LXX), enquanto instrumento fidedigno e credível, que permitisse dar visibilidade à situação atual nesta unidade de neonatologia relativamente a esta temática. A aplicação deste questionário obteve parecer positivo por parte da Comissão de Ética para a Saúde do respetivo Centro Hospitalar.

O questionário era constituído por duas partes, a primeira de caracterização da equipa, incluindo o género, a idade, as habilitações literárias, os anos de experiência profissional, os anos de experiência profissional naquela unidade e qual a unidade de trabalho (unidade de cuidados intermédios ou unidade de cuidados intensivos). Dos 50 enfermeiros da equipa de enfermagem, apenas 5 elementos do género feminino responderam ao questionário, 4 da Unidade de Cuidados Intermédios, sendo uma delas EESCJ, e 1 EESCJ da Unidade de Cuidados Intensivos.

Não conseguimos apurar quais os fatores que levaram à fraca adesão da equipa no preenchimento do questionário. O mesmo esteve sempre em locais acessíveis a todos os elementos da equipa de enfermagem, 24 horas por dia, durante aproximadamente 2 meses. A equipa era diariamente incentivada a participar no estudo.

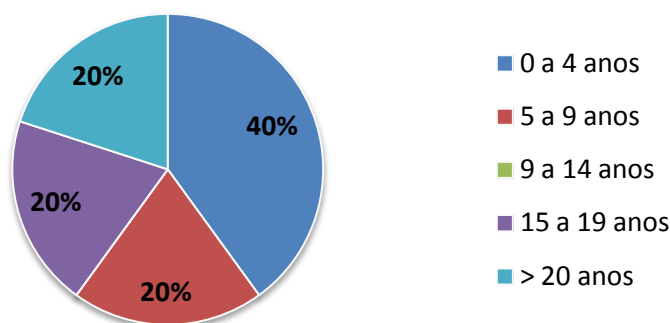
Relativamente à idade das participantes, variou entre 20 e 49 anos, como é possível observar no Gráfico n.º 1.

Gráfico n.º 1 - Caracterização da Equipa de Enfermagem (Idade)



Os anos de experiência profissional foram idênticos aos anos de experiência profissional naquela unidade de neonatologia, indo dos 0 até acima dos 20 anos, como se verifica no Gráfico n.º2.

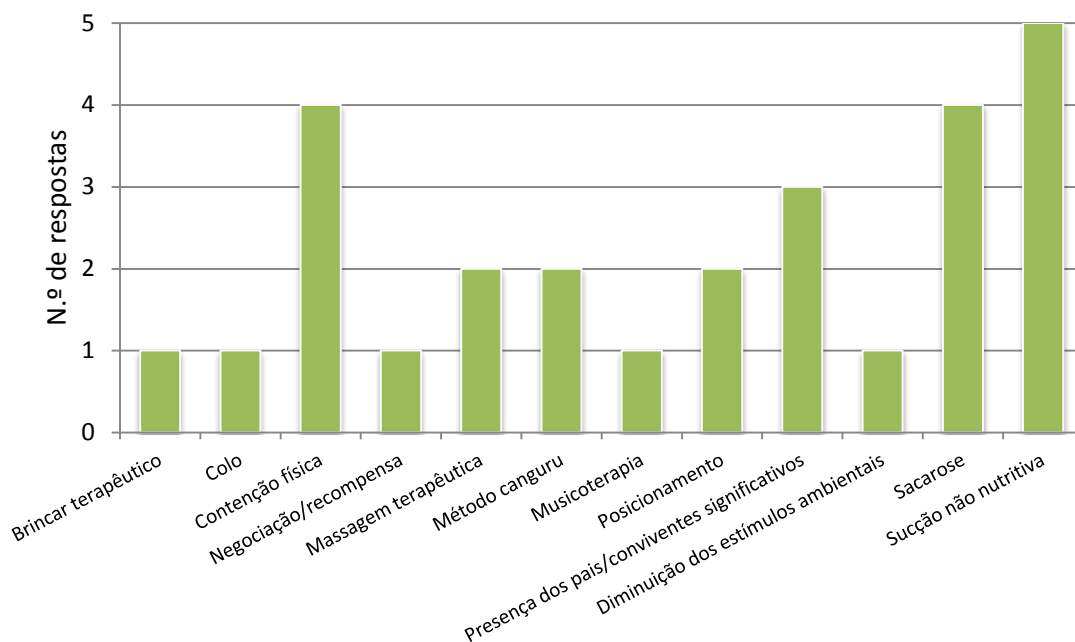
Gráfico n.º 2 - Caracterização da Equipa de Enfermagem (Anos de experiência profissional/Anos de experiência profissional na Unidade de Neonatologia)



A segunda parte do questionário, composta por questões de resposta aberta, era relativa às intervenções sensoriais no controlo da dor, de forma a verificarmos quais eram do conhecimento dos enfermeiros, quais utilizavam na sua prática diária, em que procedimentos e com que frequência, e a sua opinião quanto à necessidade de formação nesta temática.

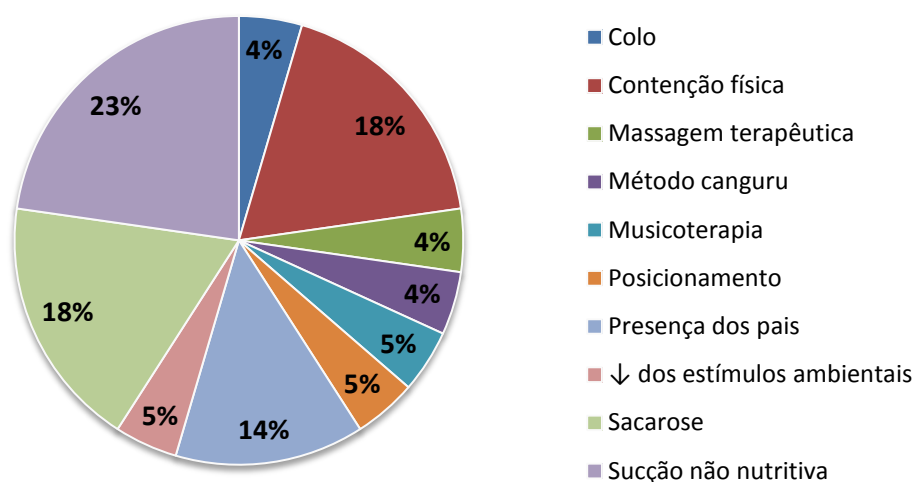
As respostas relativas ao conhecimento das intervenções sensoriais adequadas ao controlo da dor em pediatria foram variadas, sendo as de maior destaque a sucção não nutritiva, a administração de sacarose, a contenção física e a presença dos pais/conviventes significativos, como se observa no Gráfico n.º 3.

**Gráfico n.º 3 - Intervenções sensoriais no controlo da dor
(Quais as intervenções não farmacológicas no controlo da dor em pediatria que conhece?)**



Quanto às intervenções sensoriais utilizadas na prática clínica diária, percebemos através do Gráfico n.º 4 que as mais aplicadas são precisamente as intervenções mais referidas na questão anterior, ou seja, a sucção não nutritiva, a administração de sacarose, a contenção física e a presença dos pais/conviventes significativos.

**Gráfico n.º 4 - Intervenções sensoriais no controlo da dor
(Quais costuma utilizar na sua prática diária?)**

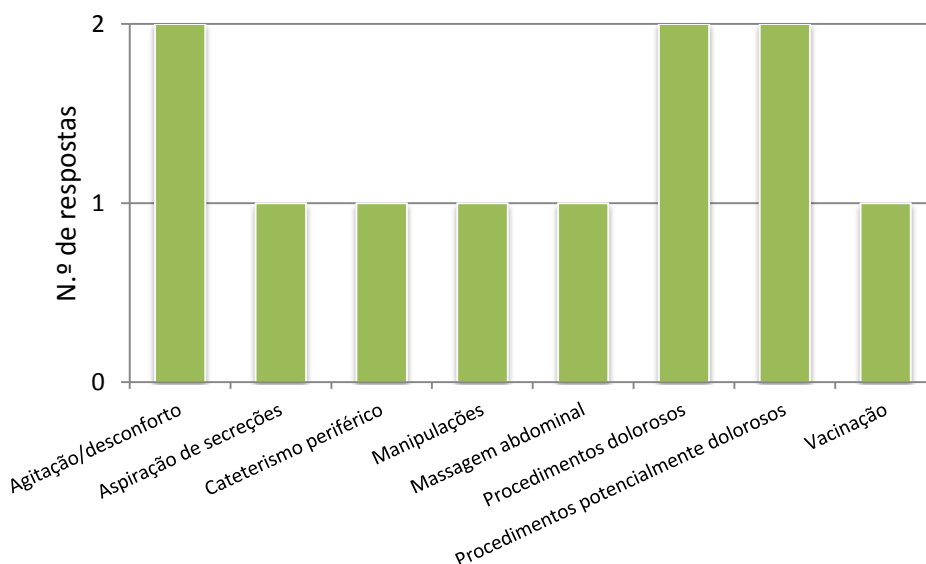


Isto poderá indicar que apesar de a equipa deter conhecimento de um leque variado de intervenções sensoriais passíveis de serem utilizadas para o controlo da dor em pediatria, apenas

um reduzido número é efetivamente aplicado. Por outro lado, a aplicação poderá até ser mais abrangente mas sem cariz terapêutico, ou seja, as intervenções sensoriais são realizadas mas não com o intuito de prevenir/controlar a dor na criança.

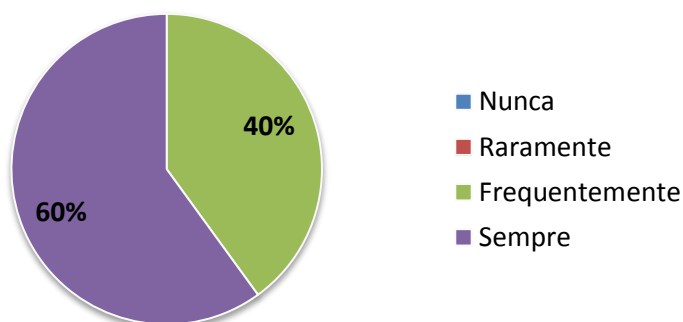
Quando questionadas sobre quais os procedimentos em que costumam utilizar as intervenções sensoriais descritas na pergunta anterior, a maioria respondeu vagamente, recorrendo a “procedimentos dolorosos” e a “procedimentos potencialmente dolorosos”, em vez de os particularizar (Gráfico n.º 5). Esta distinção entre “dolorosos” e “potencialmente dolorosos” revela já alguma discrepância na equipa relativamente à aplicação das intervenções sensoriais, mostrando que os procedimentos onde estas devem ser utilizadas não se encontram bem estabelecidos.

**Gráfico n.º 5 - Intervenções sensoriais no controlo da dor
(Em que procedimentos as costuma utilizar?)**



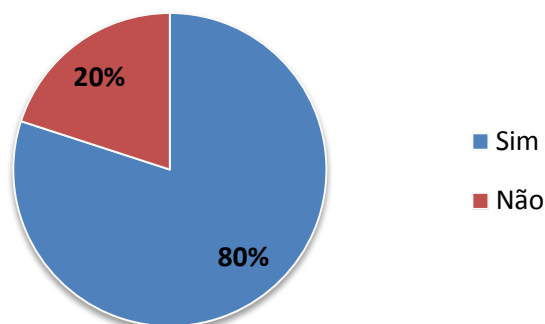
Em termos de frequência de utilização das intervenções sensoriais, as respostas variaram entre “frequentemente” e “sempre”, como demonstra o Gráfico n.º 6.

**Gráfico n.º 6 - Intervenções sensoriais no controlo da dor
(Com que frequência as utiliza?)**



Cerca de 80% das participantes partilha da opinião de que existe necessidade de formação sobre esta temática, como ilustra o Gráfico n.º 7. Os tópicos que consideram importantes de abordar são a renovação do conhecimento sobre as intervenções sensoriais eficazes no controlo da dor segundo a evidência científica, o reforço sobre a sua importância para a prevenção e gestão da dor e a inclusão/participação dos pais/conviventes significativos neste tipo de intervenções.

**Gráfico n.º 7 - Intervenções sensoriais no controlo da dor
(Na sua opinião, existe necessidade de formação sobre esta temática
na unidade onde exerce funções?)**



Após concluído o diagnóstico de situação, delineámos como objetivo geral do projeto contribuir para a implementação de cuidados de enfermagem e intervenções sensoriais no controlo da dor na criança nos diferentes contextos clínicos de estágio. Como objetivos específicos delineámos: Desenvolver conhecimentos, competências, capacidades e habilidades relacionados com as temáticas de dor na criança e de intervenções sensoriais para o controlo da dor na criança; Aplicar conhecimentos e competências adquiridas e desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio; Definir a norma de procedimento de enfermagem relativa às intervenções sensoriais no controlo da dor no RN.

Para atingirmos com sucesso cada objetivo específico, planeámos as atividades/estratégias a desenvolver para cada um deles, tal como os recursos necessários à sua realização e os indicadores de avaliação (Apêndice B, página LXXIII).

Tendo em conta as atividades/estratégias estabelecidas, definimos um cronograma englobando a duração total do projeto e os diferentes contextos clínicos (Apêndice C, página LXXV).

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Apesar dos avanços significativos que a humanidade já atingiu enquanto sociedade, ainda não foram descobertas metodologias que permitam aplicar de forma eficaz e eficiente todas as intervenções possíveis e necessárias para ajudar crianças que experienciem dor (*Pain in Child Health [PICH] Program, 2014*).

A dor na criança é um problema de saúde devidamente identificado e grande porção da sua resolução reside na cultura de prevenção, no entanto a formação sobre dor é muitas vezes desvalorizada pelos próprios profissionais de saúde (*PICH Program, 2014*). Em média, crianças hospitalizadas são submetidas a seis procedimentos dolorosos por dia, muitos sem associação de qualquer intervenção com o objetivo de prevenir e/ou controlar a dor (*PICH Program, 2014*).

A dor não tratada na criança pode conduzir a alterações corporais e cerebrais que a longo prazo poderão estar na origem de problemas graves, como a hipersensibilidade à dor e a traumas relacionados com a assistência em saúde (*PICH Program, 2014*). Uma em cada cinco crianças desenvolve dor crónica, manifestando-se por exemplo como cefaleias e gastralgias, interferindo negativamente no seu desenvolvimento (*PICH Program, 2014*). Destas apenas 3% têm acesso a tratamento adequado e cerca de dois terços mantém este problema de saúde na vida adulta, levando a que quantias monetárias avultadas sejam gastas em saúde todos os anos (*PICH Program, 2014*).

A dor é definida pela *International Association for the Study of Pain (1994)* como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial, ou descrita em tais termos”. Esta interpretação da dor é subjetiva, tendo implícita a expressão verbal da experiência dolorosa, o que torna impossível a sua aplicação universal.

Para além da expressão verbal puder não estar presente, a dor na criança adquire características particulares a serem valorizadas, quer em termos da sua compreensão como da sua avaliação e tratamento (*OE, 2013*).

A dor na criança está muitas vezes associada ao medo, ansiedade e stresse, podendo estas emoções serem desencadeadas tanto pela sensação de desconhecido como pela história de dor que a criança já ostenta, ou seja, por experiências de dor anteriores (*OE, 2013*). A expressão de

dor na criança comporta assim uma elevada variabilidade, relacionada com as especificidades de cada faixa etária pediátrica, o que dificulta todo o processo de avaliação e gestão da dor (OE, 2013). Reconhecer a individualidade de cada criança relativamente à perceção e manifestação de dor revela-se o primeiro passo para o sucesso desse processo (OE, 2013).

A avaliação da dor na criança caracteriza-se por uma tarefa complexa, especialmente na criança pré-verbal, no entanto existem já inúmeras escalas de avaliação da dor que permitem mensurá-la de acordo com a sua intensidade. Estas escalas de avaliação da dor consistem em instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis ao grupo etário onde a criança se insere e ao seu desenvolvimento cognitivo (DGS, 2010). Apesar dos vários instrumentos existentes neste âmbito, nenhum é universalmente aceite, devendo a sua seleção incidir também no tipo de dor e na situação clínica que a criança apresenta (DGS, 2010).

Segundo a OE (2013), a aplicação destes instrumentos requer treino por parte dos profissionais de saúde, para que permita a obtenção de resultados fiáveis e conseqüentemente uma intervenção eficaz, garantindo assim a uniformidade e a consistência da avaliação da dor. A avaliação da dor na criança com recurso a estes instrumentos deve ser feita de forma regular e sistemática, e no caso da criança hospitalizada num mínimo de uma vez em cada turno de trabalho (DGS, 2010). O registo da intensidade da dor deve ser complementado com informação qualitativa sobre outros aspetos úteis para interpretar a dor na criança (DGS, 2010).

Em 2010 a DGS referiu que a correta avaliação da dor “permite identificar e reconhecer a criança com dor, objetivar um fenómeno por natureza subjetivo, uniformizar a linguagem dentro da equipa de saúde facilitando a tomada de decisões homogéneas, adaptar de forma personalizada o seu controlo e avaliar a eficácia das intervenções e sua correcção em tempo útil” (DGS, 2010, pp.4).

No mesmo ano, a DGS emitiu orientações técnicas específicas sobre a avaliação da dor nas crianças dos 0 aos 18 anos de idade, ressaltando o registo sistemático da intensidade da dor com recurso a escalas de avaliação da dor adequadas (DGS, 2010). Dois anos depois foram publicadas outras três orientações técnicas respeitantes ao controlo da dor nos recém-nascidos (DGS, 2012), nas crianças com doença oncológica (DGS, 2012), e em procedimentos invasivos em crianças entre 1 mês de vida e os 18 anos de idade (DGS, 2012).

Uma correta avaliação da dor na criança permite uma prevenção e controlo eficaz da mesma, constituindo-se como um dever dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, emergindo como um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2013; DGS, 2010). A prevenção e o tratamento da dor na criança, tal como nos adultos, requerem intervenção ao nível farmacológico e não farmacológico ou sensorial (OE, 2013; DGS, 2010).

As intervenções sensoriais revestem-se de especial importância na prevenção e alívio da dor na criança, tanto de forma isolada como em parceria com intervenções farmacológicas (OE, 2013). A eficácia deste tipo de intervenções na criança está relacionada como facto de permitirem modificar o significado de dor, possibilitando uma reestruturação cognitiva quanto às cognições, expectativas, avaliações e construções associadas à experiência de dor, geradoras de medo, stresse, ansiedade e depressão (OE, 2013).

A utilização das intervenções sensoriais junto da criança tem sido valorizada em situações e procedimentos potencialmente dolorosos, devendo a sua aplicação ser parte integrante da prática clínica diária (OE, 2013; DGS, 2010). Existem várias intervenções sensoriais passíveis de serem utilizadas para a gestão da dor na criança, as quais se classificam em comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas ou periféricas, ambientais e de suporte emocional (OE, 2013).

As intervenções comportamentais caracterizam-se pelo ensino de comportamentos que fomentem o alívio da dor (relaxamento, por exemplo), enquanto as cognitivas envolvem métodos mentais para gerir a dor (informação prévia, por exemplo). A associação entre estes dois tipos de intervenções gera as cognitivo-comportamentais, as quais utilizam processos de associação, em termos cognitivos e comportamentais, que alteram a perceção da dor e potenciam as estratégias de *coping* (distração e imaginação guiada, por exemplo).

As intervenções físicas ou periféricas atuam de forma a diminuir a intensidade da dor, reduzir a reação inflamatória e a tensão muscular (aplicação de calor/frio, massagem/toque, posicionamento, entre outras), e as ambientais influenciam positivamente as condições ambientais que rodeiam a criança, relativas à luz, ao ruído, à temperatura e à decoração (OE, 2013). Por fim, o suporte emocional engloba a presença/participação de um convivente significativo que proporcione conforto e segurança à criança (OE, 2013).

Segundo a OE (2013), a sua escolha está dependente de vários fatores, tais como: os recursos existentes; a formação e treino dos profissionais; a sensibilidade da criança à dor, bem como o seu quadro clínico, desenvolvimento cognitivo, capacidades, preferências e estratégias de *coping*; o contexto/procedimento; o tipo de dor (aguda, crónica e/ou recorrente); e as características da dor (localização, intensidade, duração e qualidade afetiva).

Seguidamente apresentamos as intervenções sensoriais passíveis de serem aplicadas na população pediátrica dividindo-a em dois grupos, RN e criança/adolescente.

2.1. Intervenções Sensoriais no Recém-nascido

Durante muito tempo, a dor no RN não foi objeto de estudo/investigação devido a crenças erróneas relativamente ao sofrimento neonatal. Acreditava-se que a incompetência do RN para expressar/verbalizar a dor era sinónimo de incapacidade para experienciá-la (Fernández & Medina, 2012). Vários estudos de investigação vieram contrapor estas convicções, comprovando a capacidade do RN em experienciar dor, independentemente da sua idade gestacional aquando o nascimento (Iturriaga *et al.*, 2009).

Atualmente a dor é reconhecida como um componente vital da atenção neonatal, pois existe evidência científica de que as estruturas anatómicas, fisiológicas e neuroquímicas de transmissão da dor encontram-se desenvolvidas ainda antes do nascimento (DGS, 2013). O RN pode apresentar dor devido a vários fatores, relacionados sobretudo com o nascimento e com a sua adaptação à vida extrauterina, no entanto, o RN internado numa unidade de cuidados neonatais é diariamente submetido a um conjunto de intervenções geradoras de dor e de stresse (DGS, 2012).

Estas experiências precoces e repetidas de dor podem ter consequências negativas, interferindo ao nível do desenvolvimento cognitivo e motor da criança, tanto a curto como a longo prazo (Walker, 2014; Fernández & Medina, 2012; Grunau *et al.*, 2009).

A preocupação dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, pelo bem-estar e alívio da dor no período neonatal tem vindo a aumentar nos últimos anos. Porém, estudos demonstram que embora estes profissionais tenham consciência da dor que o RN internado experiencia, existem muitas unidades de cuidados neonatais onde a dor não é valorizada apesar

da sua correta avaliação, não permitindo o estabelecimento de intervenções/protocolos para o alívio da mesma (Jeong, 2014; DGS, 2010).

Devido à reduzida diversidade de fármacos analgésicos possíveis de serem administrados no período neonatal e ao elevado risco de efeitos adversos a eles associados, as intervenções sensoriais caracterizam-se pela primeira linha de atuação com vista à prevenção e controlo da dor no RN, ficando a intervenção farmacológica reservada para quando o RN apresenta dor moderada, grave ou persistente (DGS, 2012).

Devido às particularidades do RN e segundo a evidência científica atual, as intervenções não farmacológicas eficazes na gestão da dor no RN abrangem as intervenções físicas, ambientais e de suporte emocional (OE, 2013).

Dentro das intervenções ambientais destacam-se a redução da luminosidade e da incidência de luz direta sobre o RN, a diminuição do ruído e a musicoterapia (OE, 2013; DGS, 2012). Têm como principal objetivo a redução do stresse e a melhoria do conforto e da estabilidade do RN, atuando preventivamente e como tratamento na presença de dor (OE, 2013).

Ao nível das intervenções físicas evidenciam-se: o posicionamento, tendo em conta a idade gestacional e eventuais problemas do RN; a contenção manual ou com lençol; a concentração de manipulações, de forma a promover períodos mais prolongados de sono e repouso; a manipulação mínima no RN gravemente doente; a massagem terapêutica; o embalo/“colinho”; o método canguru no RN prematuro; o contacto físico com os pais, principalmente com a mãe; a amamentação ou a sucção não nutritiva; a administração de glicose a 30% ou de sacarose a 24% na porção anterior da língua; e a administração de leite materno (OE, 2013; DGS, 2012).

As medidas de suporte emocional resumem-se à presença de conviventes significativos, normalmente os pais, promovendo a sua participação nos cuidados, sendo esta previamente preparada (OE, 2013; DGS, 2012).

Destas intervenções, apenas a administração de glicose a 30%/sacarose a 24% deve ser aplicada exclusivamente quando a dor está efetivamente presente ou como medida preventiva aquando procedimentos dolorosos, todas as outras podem e devem ser integradas na prática de enfermagem para aumento do bem-estar e do conforto do RN (OE, 2013; DGS, 2012).

2.2. Intervenções Sensoriais na Criança/Adolescente

Ao contrário do RN, a criança/adolescente é capaz de expressar a dor de forma mais clara, podendo até verbalizar aquilo que está a sentir/experienciar. No entanto, muitas crianças e adolescentes deparam-se com um tratamento inadequado e/ou insuficiente para a sua dor, onde as intervenções sensoriais são frequentemente esquecidas (OE, 2013).

Todos os tipos de intervenções sensoriais podem ser aplicados na criança/adolescente, tendo em conta a sua adequação ao desenvolvimento cognitivo e às competências e capacidades que a criança/adolescente apresenta.

Nesta faixa etária, o brincar caracteriza-se por um meio privilegiado de comunicação e de expressão (OE, 2013). Assume tal relevância que se encontra reconhecido no 7º Princípio da Declaração dos Direitos da Criança e pela Associação Internacional Para o Direito a Brincar, onde se encontra expresso que a criança/adolescente tem direito a desenvolver e a participar em atividades lúdicas independentemente da sua situação de saúde e da necessidade de internamento em meio hospitalar (OE, 2013).

Brincar promove a expressão de medos, desejos e experiências prévias por parte da criança/adolescente, potenciando a manifestação e gestão de emoções, tensões e frustrações, elevando a autoestima e o nível de satisfação (OE, 2013). Através da brincadeira estimula-se a interação da criança/adolescente com os seus pares e com os profissionais de saúde, incentivando-a a participar nas decisões relativas à sua saúde (OE, 2013).

A brincadeira lúdica consiste numa técnica de comunicação terapêutica que permite a transmissão de informações de forma adequada ao desenvolvimento cognitivo e intelectual da criança/adolescente, com vista à diminuição do medo e da ansiedade associados à realização de procedimentos dolorosos (OE, 2013). A brincadeira terapêutica possibilita não só a partilha de informações do enfermeiro para a criança/adolescente como também no sentido oposto, concentrando-se nas experiências atuais e anteriores da criança (OE, 2013). Para o estabelecimento eficaz da brincadeira lúdica e terapêutica é essencial recorrer ao brinquedo terapêutico, como bonecos e material médico de brincar por exemplo (OE, 2013).

O suporte emocional é a intervenção sensorial constante em qualquer faixa etária pediátrica, sem exceções. Na criança/adolescente passa não só pela presença e/ou participação de um

convivente significativo, como também pelo envolvimento ativo da criança/adolescente, quando tal é possível (OE, 2013). Este envolvimento pode atuar como modelador do comportamento da criança/adolescente, permitindo uma aprendizagem e a promoção do autocontrolo perante a situação geradora de dor (OE, 2013).

Relativamente às intervenções cognitivas são de referir a informação antecipatória, a distração, o reforço positivo, a imaginação guiada e a simulação/modelação (OE, 2013). A informação prévia acerca dos procedimentos a realizar constitui-se um dever inerente aos enfermeiros e um dos direitos da criança/adolescente (OE, 2013). O fornecimento desta informação deve estar adaptado à idade e ao desenvolvimento cognitivo da criança/adolescente, podendo utilizar-se vários meios de comunicação (vídeos, desenhos, manipulação do equipamento necessário, entre outros), e pretende a diminuição da ansiedade e do medo e o aumento do autocontrolo (OE, 2013).

A distração consiste em direcionar a atenção da criança/adolescente para situações não relacionadas com o procedimento doloroso aquando a sua realização, sendo frequentemente utilizada em procedimentos de curta duração (OE, 2013). Nas crianças até aos 2 anos de idade podem utilizar-se para este fim brinquedos luminosos, coloridos, com movimento e/ou com som, nas crianças dos 2 aos 6 anos é comum a distração através da leitura, de jogos simples e de bolas de sabão, e dos 6 anos em diante destacam-se a música, a televisão, os vídeos de ação e os jogos (OE, 2013). Nas crianças mais velhas e nos adolescentes costumam ser eficazes os exercícios de respiração e a conversa sobre acontecimentos passados, presentes ou futuros (OE, 2013).

O reforço positivo é uma técnica utilizada na criança, que se baseia no seu elogio e/ou na recompensa após o procedimento doloroso quando esta utilizou de forma positiva estratégias para o alívio da dor (OE, 2013). A imaginação guiada é também aplicada na criança, acima dos 4 anos de idade, e promove a sensação de bem-estar e relaxamento através da indução de um estado de concentração, focado numa ideia ou imagem particular (OE, 2013).

Por sua vez, a simulação/modelação resume-se à demonstração e/ou simulação do procedimento doloroso por outra criança ou adulto, exibindo simultaneamente estratégias/comportamentos de confronto positivo perante o mesmo (OE, 2013). Esta técnica permite o fornecimento da informação prévia e possibilita que a criança desenvolva uma atividade teatral, a qual irá promover a sua preparação positiva para a situação real (OE, 2013).

Em termos de intervenções comportamentais destacam-se a distração comportamental e o relaxamento muscular (OE, 2013). A distração comportamental consiste na realização de exercícios físicos antes do procedimento doloroso, permitindo que a criança relaxe e se sinta menos preocupada com o mesmo (OE, 2013).

O relaxamento muscular é uma técnica que também pretende reduzir os níveis de ansiedade, stresse e medo associados a situações dolorosas, revelando-se uma estratégia com especial importância no adolescente (OE, 2013). Estão descritos vários benefícios com a aplicação desta intervenção, como a diminuição da dor, da náusea, do vômito, da tensão muscular e da fadiga, a promoção do sono e do repouso, e a melhoria do humor e do autocontrolo (OE, 2013). A utilização desta técnica possibilita frequentemente o reforço da relação terapêutica entre a criança/adolescente e o enfermeiro, devido à atenção individualizada (OE, 2013). Existem vários tipos de relaxamento muscular, como os exercícios de respiração diafragmática ou de relaxamento muscular progressivo, e a sua seleção deve estar relacionada com a idade/desenvolvimento da criança/adolescente, a sua preferência, o tempo disponível e a experiência do enfermeiro (OE, 2013).

As intervenções cognitivo-comportamentais caracterizam-se pela aplicação em simultâneo de pelo menos uma intervenção cognitiva e uma intervenção comportamental (OE, 2013). Para além do alívio da dor, este tipo de intervenções tem também como objetivo a modificação dos processos cognitivos da criança/adolescente relacionados com a sua perceção de dor (OE, 2013). A terapia cognitivo-comportamental é frequentemente utilizada em crianças mais velhas e adolescentes, promovendo a sua compreensão relativamente à associação existente entre os pensamentos, sentimentos e/ou comportamentos consequentes da dor ou aqueles que potenciam a sua intensidade (OE, 2013).

As intervenções físicas ou periféricas utilizadas na criança/adolescente resumem-se à aplicação de calor/frio, à massagem e aos posicionamentos (OE, 2013). Existem outras estratégias eficazes na gestão da dor na criança/adolescente bastante utilizadas na prática de enfermagem, como a musicoterapia, a arteterapia e o humor/riso (OE, 2013). A evidência científica atual destaca também as terapias complementares como seguras e eficazes na prevenção e controlo da dor na criança/adolescente, existindo cada vez mais enfermeiros com formação neste tipo de intervenções, como a hipnose, a dessensibilização sistemática, a estimulação elétrica transcutânea, a acupuntura, a cromoterapia, a aromaterapia, a hidroterapia, a dramaterapia, a homeopatia, a acupressão, a reflexoterapia, o Shiatsu, o Reiki, a meditação e o ioga (OE, 2013).

2.3. Teoria do Conforto

Prevenir e tratar a dor na criança está diretamente relacionado com a promoção do bem-estar e do conforto da mesma e dos seus conviventes significativos. Na verdade, desde sempre que o conforto do cliente se caracteriza como um dos focos das intervenções de enfermagem (Alligood & Tomey, 2004).

O ato de confortar, palavra derivada do latim *confortare*, significa “dar forças”, “tornar confortável” (Priberam, 2018). Por sua vez, a palavra “conforto” define-se como “nova força”, “novo vigor”, “bem-estar” (Priberam, 2018). Katharine Kolcaba analisou o conceito de conforto enquanto foco de enfermagem e desenvolveu uma nova definição, referindo que o conforto se caracteriza por um estado resultante de intervenções de enfermagem confortantes, sendo experienciado por quem recebe tais intervenções (Alligood & Tomey, 2004). Para a teórica, o conforto é o resultado holístico da satisfação das necessidades básicas relativamente aos três tipos de conforto nos seus quatro contextos (Kolcaba, 2003 referenciado por Lima *et al.*, 2016; Kolcaba, 2003 referenciado por Apóstolo, 2009; Alligood & Tomey, 2004).

Os três tipos de conforto dividem-se em alívio, tranquilidade e transcendência (Kolcaba, 2003 referenciado por Lima *et al.*, 2016; Kolcaba, 2003 referenciado por Apóstolo, 2009; Alligood & Tomey, 2004). O alívio caracteriza-se por um resultado imediato, sendo facilmente modificado devido à alteração das circunstâncias (Kolcaba, 2003 referenciado por Lima *et al.*, 2016). A tranquilidade define-se como um estado de calma ou satisfação, relacionado com a satisfação de necessidades específicas que originam desconforto ou interferem com o conforto. Resume-se a um estado de bem-estar e contentamento mais estável e permanente (Kolcaba, 2003 referenciado por Lima *et al.*, 2016). A transcendência consiste numa condição em que a pessoa detém competências e capacidades para autonomamente potenciar a sua saúde e o seu bem-estar. Através da satisfação das necessidades de educação e motivação, a pessoa desenvolve o seu potencial, procurando e adotando comportamentos e estilos de vida saudáveis (Kolcaba, 2003 referenciado por Lima *et al.*, 2016).

Estes três estados de conforto desenvolvem-se em quatro contextos, sendo eles o físico, o ambiental, o sociocultural e o psicoespiritual (Kolcaba, 2003 referenciado por Apóstolo, 2009; Alligood & Tomey, 2004). O contexto físico é respeitante às sensações corporais, enquanto o ambiental se reporta ao meio envolvente tendo em conta os seus elementos naturais e/ou artificiais, como por exemplo a luz, o ruído, a temperatura (Kolcaba, 2003 referenciado por

Apóstolo, 2009). O sociocultural refere-se às relações interpessoais, familiares e sociais, e o contexto psicoespiritual reporta-se à consciência de si próprio, envolvendo a autoestima, o autoconceito, a sexualidade e o sentido de vida, sendo também aceite uma relação com um ser ou entidade superior (Kolcaba, 2003 referenciado por Apóstolo, 2009).

A teoria do conforto de Kolcaba baseia-se na premissa de que quando as intervenções confortantes produzem os resultados desejados, a pessoa está mais capacitada a procurar, reconhecer e adotar comportamentos que potenciem a sua saúde, os quais podem ser internos, externos ou até uma morte pacífica (Alligood & Tomey, 2004). Esta teoria assenta em quatro metaparadigmas: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem (Kolcaba, 2003 referenciado por Lima *et al.*, 2016; Alligood & Tomey, 2004).

Define-se a pessoa enquanto recetor das intervenções de enfermagem, podendo este ser um indivíduo, família, comunidade ou instituição (Kolcaba, 2003 referenciado por Lima *et al.*, 2016). O ambiente é caracterizado pelos aspetos físicos, espirituais e/ou psicológicos que rodeiam a pessoa, podendo ser modificados pelos enfermeiros, conviventes significativos e/ou pela instituição, tendo em vista a melhoria do conforto (Kolcaba, 2003 referenciado por Lima *et al.*, 2016; Alligood & Tomey, 2004). A saúde é referida como o atingir do nível óptimo de saúde, conforme definida pela pessoa, sendo alcançável quando existe satisfação dos três tipos de conforto em todos os contextos (Alligood & Tomey, 2004). Por fim, a enfermagem é descrita como o processo de avaliação das necessidades de conforto da pessoa, delineando intervenções para as satisfazer e avaliando os resultados após a sua implementação (Kolcaba, 2003 referenciado por Lima *et al.*, 2016).

O uso desta teoria na prática de enfermagem é diversificado, podendo ser aplicada na maioria das especialidades (Alligood & Tomey, 2004). Ao nível da pediatria, esta teoria não só pode ser aplicada como adquire um sentido próprio, visto que a procura do conforto da criança e seus conviventes significativos é algo intrínseco à assistência em enfermagem neste tipo específico de população.

Segundo Kolcaba & DiMarco (2005), urge adaptar a definição de conforto à criança, enquanto resultado positivo e holístico da prática de enfermagem. É necessário alargar a visão e os objetivos dos cuidados, sendo a prevenção e gestão da dor apenas um dos constituintes da promoção do conforto na criança (Kolcaba & DiMarco, 2005). Intervir de forma a se atingir uma melhoria do conforto na criança, requer aceitar o conforto enquanto processo dinâmico,

complexo e positivo, em todas as suas dimensões e contextos, e não apenas como a ausência de desconforto (Kolcaba & DiMarco, 2005).

3. IMPLEMENTAÇÃO

A implementação do projeto de intervenção profissional, concomitantemente com as experiências de aprendizagem ocorridas durante os estágios, permitiram a aquisição e o desenvolvimento das competências de enfermeiro EESCJ e de mestre.

As competências de enfermeiro EESCJ são constituídas pelas competências comuns dos enfermeiros especialistas (A, B, C e D) e pelas competências específicas do enfermeiro EESCJ (E1, E2 e E3).

As competências comuns dos enfermeiros especialistas, definidas no Regulamento da Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010), englobam vários domínios da prática especializada, nomeadamente da responsabilidade profissional, ética e legal (A), da melhoria da qualidade (B), da gestão dos cuidados (C) e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (D) (OE, 2010).

Por sua vez, as competências específicas do enfermeiro EESCJ encontram-se delineadas no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro EESCJ (OE, 2010), sendo elas:

- a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1);
- b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (E2);
- c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (E3).

Cada competência específica é composta por várias unidades de competência, nomeadamente E1.1. e E1.2. para a competência a), de E2.1. a E2.5. para a competência b), e de E3.1. a E3.4. para a competência c).

O conjunto dos estágios, decorridos em três contextos clínicos diferentes, possibilitou a aquisição e o desenvolvimento de todas as competências de enfermeiro EESCJ, de forma particular em cada contexto tendo em conta as suas características e população alvo.

Seguidamente expomos uma reflexão e análise relativamente às competências adquiridas e desenvolvidas em cada contexto clínico de estágio, a partir das intervenções de enfermagem

realizadas, de algumas experiências vividas, e das atividades desenvolvidas em torno do projeto de intervenção profissional, confrontando o realizado com o planeado.

3.1. Estágio I – Consulta Externa de Pediatria

O estágio na consulta externa de pediatria caracterizou-se por ser abrangente e multifatorial, visto que nos permitiu prestar cuidados a crianças das várias faixas etárias e com vários problemas de saúde associados, tanto agudos como crónicos. Esta amplitude de patologias possibilitou a aquisição e o desenvolvimento da competência E2.5. – Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade, na medida em que a assistência a crianças com doença crónica e/ou com algum tipo de deficiência/incapacidade foi constante. Contactámos com muitas crianças com paralisia cerebral e multideficiência nas consultas de desenvolvimento infantil, por exemplo.

Diagnosticar as necessidades especiais destas crianças e jovens, promovendo a esperança e capacitando para a adoção de estratégias de adaptação e de *coping*, faz parte da prática clínica diária desta unidade. Ajudar a adequar o suporte familiar e comunitário, referenciando as crianças e famílias para instituições de suporte e para outro tipo de cuidados especializados se pertinente e necessário, foram também intervenções desenvolvidas por nós neste contexto clínico. Todos estes cuidados permitem estreitar a relação terapêutica que se estabelece entre a criança/família e o enfermeiro, permitindo alcançar uma parceria necessária para a condução do plano de saúde de cada criança/família a bom porto, tendo em conta os seus objetivos e expectativas.

O progresso desta parceria vai ao encontro da aquisição e desenvolvimento da competência E1.1. – Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem. A utilização de estratégias de negociação e de motivação junto destas crianças/famílias, adequando a comunicação e as técnicas utilizadas a cada faixa etária, ao estágio de desenvolvimento e até à cultura (competência E3.3. – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura), permitem que as crianças/famílias encarem o enfermeiro como elemento de suporte, um alicerce na promoção da independência e do bem-estar.

A prestação de cuidados de enfermagem a crianças/jovens com doenças raras ocorreu também durante este estágio, fazendo-nos adquirir e desenvolver a competência E2.3. –

Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados. No serviço existem até alguns guias e dossiês temáticos sobre patologias raras que algumas crianças ali seguidas medicamente apresentam, de forma a adequar os cuidados de saúde e a acompanhá-las e encaminhá-las mais eficazmente.

Apesar de este contexto clínico nos ter permitido trabalhar com crianças/jovens com algum tipo de deficiência/incapacidade e/ou com doença crónica, as oportunidades de cuidar de crianças/jovens com patologias comuns foram igualmente frequentes, gratificantes e importantes para o nosso processo formativo. Deter conhecimentos sobre problemas de saúde e patologias comuns nas faixas etárias pediátricas, e conseguir identificar as suas evidências fisiológicas e/ou comportamentais é algo essencial neste tipo de unidade, permitindo o despiste adequado e a implementação de respostas de enfermagem apropriadas.

A experiência profissional da enfermeira orientadora, enfermeira especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, foi deveras importante para o nosso desenvolvimento nesta área. Através de pequenos sinais e/ou sintomas que as crianças/jovens apresentavam no reduzido tempo da consulta, a maioria imperceptíveis a olhos inexperientes, ela direcionava os cuidados para trazer à luz problemas patentes que muitas vezes não queriam ser revelados pelas crianças/famílias, negociando depois estratégias de resolução.

Identificar situações de risco e/ou de comprometimento da segurança da criança/jovem, faz também parte dos cuidados de enfermagem numa unidade de consultas externas de pediatria, encaminhando-as para os elementos adequados da equipa multidisciplinar. Recordamos o caso de uma criança de 6 anos pouco comunicativa e com aspeto físico pouco cuidado (unhas sujas, roupa suja e amarrotada), que por aparente negligência foi encaminhada para a assistente social da equipa, para que a situação fosse devidamente averiguada.

Estas capacidades convergem na aquisição e desenvolvimento da competência E1.2. – Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem. Desenvolver esta competência com uma orientadora experiente foi uma mais-valia para o nosso crescimento pessoal e profissional.

Relativamente aos restantes estágios, este distinguiu-se pela oportunidade de trabalhar junto de adolescentes, acompanhando os seus processos de saúde/doença em várias áreas, como as

consultas de nutrição e da diabetes. Permitiu-nos assim adquirir e desenvolver a competência E3.4. – Promove a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde.

Trabalhar em parceria com adolescentes é algo muitas vezes complexo, tendo em conta as particularidades dessa faixa etária. Nas consultas de diabetes e de nutrição, o adolescente é orientado de forma a se responsabilizar pelo seu plano de saúde, levando ao estabelecimento de objetivos exequíveis, tendo em conta as doenças que apresenta e as suas possibilidades/limitações. Foi gratificante e promotor da aprendizagem ver adolescentes motivados e na liderança do seu projeto de saúde, aprendendo a lidar com a patologia e com as suas limitações e adversidades.

A consulta de enfermagem tinha sido recentemente dispensada na área da nutrição, no entanto os jovens continuavam a recorrer frequentemente à enfermeira de referência, tanto para efetuar pedidos de ajuda como para comunicar sucessos e concretizações. Isto demonstra a importância da parceria de cuidados entre o adolescente e o enfermeiro, pois estes jovens continuavam a necessitar do estímulo, da orientação e do reforço positivo do profissional de saúde com quem tinham já estabelecido uma relação terapêutica.

A consulta da diabetes nesta unidade é sem dúvida a consulta onde a atuação do enfermeiro tem maior peso. De forma autónoma, o enfermeiro ensina sobre a patologia em questão e capacita a criança/jovem e família para o seu controlo e monitorização, promovendo e facilitando a apropriação e o ajuste de conhecimentos, comportamentos e técnicas necessárias. Esta consulta apenas é possível graças ao intenso investimento pessoal e profissional de uma das enfermeiras que exerce funções na unidade, tendo realizado um curso de especialização. Após a aprendizagem especializada deste elemento, a equipa de enfermagem conseguiu que a consulta de enfermagem da diabetes pediátrica passasse a ser efetiva, funcionando dois dias por semana e fazendo parceria com a saúde escolar. Atualmente a consulta tem resultados positivos, com níveis de adesão elevados e bons indicadores de qualidade.

O estabelecimento desta consulta de enfermagem é um bom exemplo de liderança em enfermagem, na medida em que a equipa de enfermagem criou os meios necessários para que esta consulta se desenvolvesse e efetivasse, resultando em ganhos em saúde para a população. Tivemos a oportunidade de assistir a parte de uma conferência sobre esta temática, intitulada “Enfermeiros, uma voz de liderança: Alcançar os objetivos de desenvolvimento sustentável”

proferida pela Professora Doutora Lucília Nunes. Esta conferência proporcionou aprendizagens e reflexão crítica sobre como os enfermeiros podem e devem ser líderes enquanto pessoas, profissionais e membros de equipas multidisciplinares, conduzindo projetos e introduzindo melhorias nos seus locais de trabalho.

Durante este estágio tivemos ainda a oportunidade de participar numa formação sobre os adolescentes, em conjunto com a restante equipa multidisciplinar. Permitiu-nos não só consolidar as aprendizagens já realizadas na prática, como também ajudou na perceção de como a equipa funciona, enquanto várias partes individuais que se articulam como um todo, almejando o crescimento e o desenvolvimento adequado e saudável dos jovens. A discussão de novas estratégias de promoção da saúde atrativas para esta faixa etária foi um dos temas desta formação, o que também permitiu a aquisição de conhecimentos e o contacto com metodologias específicas.

A competência E3.1. – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil foi nitidamente desenvolvida durante este estágio. A aquisição e o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades sobre o crescimento e o desenvolvimento da criança/jovem, bem como a sua avaliação tendo em conta a faixa etária e o estágio de desenvolvimento, foi diária. Aprender a transmitir orientações antecipatórias às famílias e conviventes significativos, tendo em vista a maximização do potencial de desenvolvimento da criança/jovem, gerou capacitação e aumento de conhecimento, melhorando a prática clínica já existente e preparando-nos para a prática especializada.

Por exemplo, uma aprendizagem com repercussões positivas e imediatas ao nível da nossa prática clínica foi relativa à higiene oral, tema presente em grande parte das consultas de enfermagem desta unidade. Aprendemos que a higiene oral deve iniciar-se logo após o nascimento, sendo realizada diariamente com recurso a uma compressa humedecida com água ou soro fisiológico. Para além de incluirmos este cuidado na nossa prática clínica (competência B1.2. – Incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática), realizámos uma formação em serviço sobre a temática (competência D2.1. – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade), pois o desconhecimento sobre estas orientações era geral entre os elementos da equipa de enfermagem. A promoção da saúde oral desde o nascimento faz agora parte dos ensinamentos realizados aos pais e conviventes significativos.

Outra competência também bastante desenvolvida neste contexto clínico foi a B3.1. – Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo. O respeito pela identidade cultural e espiritual enquanto parte integrante da criança/jovem e família facilita o estabelecimento da relação terapêutica, fazendo com que o enfermeiro seja encarado como um parceiro nos processos de saúde e doença, funcionando como um agente potenciador da saúde. Esta consideração origina uma percepção de segurança por parte dos indivíduos/grupo, o que por si só é também promotor da saúde.

O respeito e a promoção das escolhas em saúde da criança/jovem e família, da privacidade, da confidencialidade e da segurança da informação, foram presenças constantes neste estágio, convergindo no desenvolvimento da competência A2.1. – Promove a proteção dos direitos humanos.

Ao encontro do projeto de intervenção profissional, a prevenção e o controlo da dor através de intervenções sensoriais foi algo também adquirido e aprofundado neste estágio, interligando-se com o desenvolvimento da competência E2.2. – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. Quer em contexto de consulta, quer na promoção do bem-estar e do conforto no domicílio, várias foram as intervenções aplicadas e promovidas.

A musicoterapia foi a intervenção mais realizada, com o objetivo de diminuir o medo e a ansiedade que as consultas frequentemente geram nas crianças/jovens. Tal como descrito na literatura, a dor na criança pode ser potenciada por fatores como o medo e a ansiedade, pelo que a sua prevenção e controlo funcionam como medidas de gestão da dor. Com resultados positivos no decorrer das consultas, confirmou-se a eficácia da musicoterapia enquanto intervenção sensorial para o alívio da dor.

O estudo de caso (Apêndice D, página LXXVII) desenvolvido durante este contexto clínico foi sobre uma lactente com 1 mês e 18 dias de vida que compareceu a uma consulta de desenvolvimento perinatal, com sinais de desconforto/dor como choro persistente e abdómen distendido e timpanizado. O diagnóstico de cólicas do lactente era evidente, e após uma pequena conversa com a mãe percebeu-se que provavelmente estaria relacionado com problemas na amamentação. Durante a consulta foi avaliado e melhorado o conhecimento dos pais relativamente a este problema muito comum no lactente. Foram também ensinadas, instruídas e incentivadas intervenções com vista a promover o conforto e a diminuição da dor na criança,

tanto naquele momento como no domicílio, como o posicionamento, a massagem abdominal e a aplicação de calor na região abdominal.

Para além da aquisição e desenvolvimento da competência E2.2. estas intervenções possibilitaram o desenvolvimento da competência E3.2. – Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais, pois a capacitação dos pais potencia o desenvolvimento da parentalidade, o que apresenta sempre efeitos positivos ao nível da vinculação.

No serviço de pediatria onde a unidade de consultas externas está inserida existem normas, protocolos e orientações específicas para a prevenção e controlo da dor na criança, as quais contemplam e incentivam a aplicação de intervenções sensoriais. O acesso a tais documentos institucionais, as experiências vividas e apreendidas durante o estágio, e a pesquisa bibliográfica sobre as temáticas de dor na criança e de intervenções sensoriais para o seu controlo, permitiram a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e competências fundamentais à implementação do projeto de intervenção profissional.

3.2. Estágio II –Serviço de Internamento de Pediatria do Foro Oncológico

Em contraste com a abrangência do Estágio I relativamente aos problemas de saúde que as crianças e jovens apresentaram, o estágio no serviço de internamento de pediatria desenvolveu-se em torno do diagnóstico oncológico. Apesar das múltiplas patologias apresentadas pelas crianças e jovens neste contexto, sendo as mais comuns as leucemias e as neoplasias do sistema nervoso, todas estavam associadas a prognósticos reservados, tratamentos difíceis e expectativas ambíguas por parte das crianças/jovens e dos seus conviventes significativos.

Foi um estágio onde a componente ética e legal esteve sempre muito presente, através da participação ativa na tomada de decisão ética e deontológica, tendo também em conta a envolvente jurídica de cada caso clínico, permitindo assim a aquisição e desenvolvimento da competência A1.2. – Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas.

A obtenção e o aumento de conhecimentos e capacidades da prática especializada foram também destacados neste contexto específico, sendo cruciais para a tomada de decisão e para a resolução de problemas em parceria com a criança/jovem e família (competência A1.1. – Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada).

Prognósticos difíceis geram inevitavelmente situações familiares e relacionais complexas, onde o medo e a incerteza dão muitas vezes origem a processos de negação, de desespero e de dor. Acompanhar estas crianças/jovens e suas famílias neste caminho difícil, com destino incerto e repleto de inconstâncias, é da competência do enfermeiro, onde a prática especializada faz toda a diferença (E2.5. – Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade). Incentivá-las a participar na tomada de decisão, encontrando um ponto de encontro entre a esperança e a construção de expectativas e objetivos reais e exequíveis, caracteriza-se por um trabalho complexo mas muitas vezes gratificante e emotivo.

A tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada (competência A1.1.) foi também adquirida e desenvolvida neste contexto clínico, não só na prestação de cuidados como em momentos específicos para a tomada de decisão em equipa. Tivemos oportunidade de participar numa reunião multidisciplinar onde são discutidos os casos clínicos atuais e delineadas as intervenções para cada um, tendo em conta a situação de saúde e as necessidades especiais identificadas. Este momento em equipa é também utilizado para relembrar antigos casos de sucesso, através da partilha de novas informações sobre ex-doentes, conferindo um cariz terapêutico para a equipa multidisciplinar.

Devido à complexidade do cuidar nesta área, e à especificidade da equipa de enfermagem deste contexto clínico, foi possível desenvolver a competência D1.1. – Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro. Assistir as crianças/jovens e famílias durante o internamento e a evolução da doença requer uma estruturação pessoal e profissional adequada, ainda para mais quando frequentemente se testemunha processos de perda de autonomia e de independência, e até de morte/luto. Desenvolver o auto-conhecimento, reconhecer e gerir os recursos próprios e os seus limites pessoais e profissionais, buscando apoio e suporte quando necessário, torna-se fundamental para que os cuidados sejam prestados de forma plena e consciente, com o profissionalismo e o humanismo que as crianças/jovens e famílias merecem e têm direito.

Participar na tomada de decisão e na prestação de cuidados a crianças/jovens em situação paliativa foi também parte integrante deste estágio. A obtenção e o aprofundamento de conhecimentos e capacidades facilitadores dos processos de morte e de luto são sempre complexos, principalmente quando englobam crianças. Promover a melhor qualidade de vida possível durante este período, controlar a dor e trabalhar com a família para a gestão do fim de

vida foram intervenções de enfermagem desenvolvidas, permitindo adquirir e desenvolver a competência E2.1. – Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.

A proteção dos direitos humanos (competência A2.1.) está automaticamente implícita aos cuidados de enfermagem desenvolvidos neste tipo de unidades específicas. Promover a sua segurança, privacidade e dignidade é igualmente essencial, de forma a permitir que os cuidados prestados sejam seguros e que respeitem todas as dimensões da criança/jovem e família, em termos sociais, culturais, religiosos, etc. Sem estes pilares a parceria de cuidados entre criança/família e enfermeiro fica comprometida, visto que é necessário o estabelecimento de uma relação de confiança e de respeito.

A aquisição e desenvolvimento da competência A2.2. – Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente, ocorreu de forma sistemática e exaustiva. Por exemplo, verificar, preparar e administrar quimioterapia foram atividades específicas com as quais nunca tínhamos tido contacto na nossa experiência profissional. Todo este processo requer conhecimentos e capacidades particulares, de forma a ser possível reconhecer e prevenir práticas de risco, bem como promover estratégias de diminuição do erro.

Estes tratamentos, em conjunto com os meios complementares de diagnóstico utilizados para efeitos de diagnóstico e sucessivas avaliações, estão associados a procedimentos dolorosos com impacto negativo nas atividades de vida diária destas crianças/jovens, pelo que proteger a sua dignidade e privacidade em todos os momentos é crucial para o seu bem-estar. Muitas vezes estes procedimentos têm consequências associadas que podem e devem ser minoradas, por exemplo a colocação de cateter central é um procedimento que implica alterações a nível corporal e estético, o que muitas vezes interfere negativamente no modo como a criança/jovem se vê e se sente. Estas alterações da imagem corporal são particularmente difíceis para os adolescentes, pelo que é fundamental encontrar estratégias em parceria com os mesmos para superar este problema (competência E3.4. – Promove a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde).

A dor é um diagnóstico presente em todas estas crianças/jovens e famílias, quer na sua vertente física como psicológica e emocional. A inexistência de protocolos e normas relativos à avaliação, prevenção e controlo da dor na criança/jovem nesta unidade, gera divergências na

intervenção dos enfermeiros, quer em termos farmacológicos como não farmacológicos. Após a identificação deste problema, propusemo-nos a construir um dossiê temático sobre a dor na criança, nomeadamente quanto à sua avaliação e controlo. Esta compilação de documentos será a base que a equipa de enfermagem desta unidade poderá utilizar para o desenvolvimento de um projeto futuro, que permita uniformizar os cuidados de enfermagem relativamente a esta temática.

Deste modo, a elaboração do dossiê temático e a sua divulgação no seio da equipa de enfermagem, permitiu-nos não só contribuir para o nosso projeto, como impulsionou a aquisição e desenvolvimento da competência D2.2. – Suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade. Enquanto agentes dinamizadores para a incorporação de conhecimentos atuais e com base na evidência científica, motivámos a equipa a utilizar o dossiê temático como ponto de partida para a melhoria dos cuidados, o que se traduzirá em ganhos em saúde para as crianças/jovem que cuidam.

Apesar da falta de sistematização na avaliação e controlo da dor nesta unidade, tal não significa que a dor seja desvalorizada e/ou subtratada. A dor é um dos principais focos dos cuidados de enfermagem, e para além da analgesia farmacológica, as intervenções sensoriais são também utilizadas com o objetivo de prevenir e/ou diminuir a dor na criança/jovem e família. As estratégias cognitivas e comportamentais, bem como a associação entre os dois tipos, são frequentemente utilizadas. O reforço positivo, a imaginação guiada, a distração, as técnicas de relaxamento e o humor são estratégias utilizadas diariamente pelos enfermeiros desta unidade, ainda que muitas vezes de forma inconsciente.

A brincadeira terapêutica é frequentemente utilizada nas faixas etárias mais jovens, de forma a reduzir o medo e a ansiedade associados a procedimentos invasivos e dolorosos. Participámos num caso em que esta intervenção foi utilizada previamente à colocação de um cateter central numa menina de 4 anos de idade. Com a criança junto da mãe, foi-lhe explicado todo o procedimento e o mesmo foi exemplificado no seu urso de peluche preferido, desde a aplicação do cateter à realização do penso de proteção. O resultado foi sem dúvida positivo, pois a criança não só compreendeu o procedimento, expressando dúvidas e receios, como permitiu a realização de todos os procedimentos preparativos que o antecederam, de forma sorridente e sem sinais/sintomas de medo ou ansiedade. Nos dias seguintes, mostrava a toda a equipa o cateter central colocado na companhia do seu urso de peluche, também ele preparado para receber o tratamento de quimioterapia, recebendo reforço positivo por parte de todos os elementos.

Este é um caso gratificante e de sucesso na implementação das intervenções sensoriais para o controlo da dor na criança. A participação nesta intervenção junto desta menina, que durante toda a duração do nosso estágio se fez sempre acompanhar do seu peluche, foi uma das experiências mais significativas deste estágio, enquanto aprendizagem da prática especializada. Contribuiu assim para a aquisição e desenvolvimento das competências E2.2. – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas e E2.4. – Providencia cuidados à criança/ jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.

Outra experiência de aprendizagem muito gratificante e significativa foi a oportunidade de estagiar dois dias no hospital de dia de pediatria do mesmo hospital. Ao contrário do internamento, no hospital de dia são assistidas crianças/jovens em fases mais avançadas do tratamento, e em que a sua situação de saúde permite a prestação de cuidados na modalidade de ambulatório. Foi enriquecedor perceber como aquelas crianças/jovens e famílias encaram o enfermeiro como parceiro dos cuidados, discutindo com os mesmos opções terapêuticas, estratégias de atuação e resolução de problemas, em prole do seu bem-estar e do sucesso do tratamento. Estas experiências permitiram desenvolver de forma particular a competência E1.1. – Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.

O medo e a insegurança do período inicial na fase de internamento dão lugar à esperança, à motivação e à partilha de experiências e conhecimentos na fase de ambulatório, onde a relação terapêutica entre criança/jovem/família e enfermeiro é também evidente. As intervenções sensoriais para o controlo da dor estão também presentes no hospital de dia, principalmente através do humor e da brincadeira lúdica e terapêutica, contando com o apoio de palhaços profissionais com formação específica nesta área (competência E2.2. – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem).

Para além do hospital de dia, tivemos também a possibilidade de efetuar um estágio de observação de um dia na Clínica da Dor existente neste hospital central. As consultas realizadas nesta clínica funcionam em complementaridade com o tratamento para as patologias oncológicas, com especial enfoque na gestão da dor crónica. Apesar de não incluir a vertente pediátrica, este estágio de observação permitiu perceber qual a população encaminhada para

esta unidade de cuidados diferenciados, a estrutura e os conteúdos abordados nas consultas e a tomada de decisão da equipa multidisciplinar.

Nesta unidade específica as intervenções sensoriais são também utilizadas e divulgadas, com o objetivo de capacitar as pessoas para que as utilizem de forma autónoma, potenciando a sua eficácia em conjunto com as intervenções farmacológicas.

Durante o decorrer deste estágio, e de forma a aumentar os conhecimentos para a prática especializada de enfermagem participámos no 1º Congresso Multiprofissional do Hospital de Dona Estefânia (Anexo A, página LXI), que incluiu temas como o controlo da dor em pediatria, cuidados paliativos pediátricos, ansiedade pelo desconhecido e a dor da perda, entre outros.

3.3. Estágio II – Unidade de Neonatologia

O estágio na unidade de neonatologia decorreu durante dois dias na unidade de cuidados intermédios e o restante período na unidade de cuidados intensivos. A especificidade dos cuidados no período neonatal é por si só elevada, aumentando exponencialmente o seu grau de complexidade e diferenciação na área dos cuidados intensivos.

Durante este estágio prestámos cuidados sobretudo ao RN pré-termo de alto risco (grande prematuridade) e ao RN com problemas de saúde complexos, nomeadamente patologias respiratórias, sepsis neonatal e asfixia perinatal grave com necessidade de hipotermia induzida com vista à neuroprotecção. Promover o crescimento e o desenvolvimento infantil destas crianças (competência E3.1.) é o principal objetivo por detrás de todas as intervenções de enfermagem nesta área, o que exige a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e capacidades específicas para esta faixa etária.

A par com este objetivo, a tomada de decisão é sempre complexa e individualizada, e devido à permanente inconstância da situação de saúde característica desta população, é necessário que o enfermeiro tome a iniciativa de conduzir os processos de tomada de decisão, recolhendo contributos dos restantes elementos da equipa. Posteriormente procede à análise dos fundamentos e dos resultados das suas decisões, partilhando-os com a equipa e promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Participar neste processo permitiu-nos adquirir e desenvolver as competências A1.3. – Lidera de forma efectiva os processos de tomada

de decisão ética de maior complexidade na sua área de especialidade e A1.4. – Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão.

A competência C1.1. – Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão foi também desenvolvida durante este estágio, através da participação nas decisões da equipa multidisciplinar, na formulação de diagnósticos e intervenções de enfermagem, e na gestão dos cuidados de enfermagem em parceria com os cuidados prestados por parte de outros profissionais pertencentes à equipa (fisioterapeutas, por exemplo).

Mesmo dentro deste clima intensivista, a família é também incluída na tomada de decisão e na prestação de cuidados sempre que possível, permitindo o processo de vinculação pais-criança (competência E3.2. – Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais). A promoção da parentalidade através da participação dos pais/família na prestação de cuidados (competência E1.1.), como a muda da fralda e o banho, requer a realização de ensinamentos por parte de enfermeiro, orientando o papel parental tendo em conta as necessidades especiais que o RN apresenta. Capacitar os pais neste âmbito permitiu desenvolver a competência C1.2. – Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade, definindo quais as tarefas a delegar, utilizando a instrução e a demonstração como metodologias de aprendizagem e supervisionando e avaliando todo este processo.

Enquanto unidade especializada, tivemos a oportunidade de prestar cuidados muito específicos e individualizados, onde todas as intervenções são altamente planeadas e executadas com o máximo rigor. Como em qualquer unidade neonatal, os procedimentos eram agrupados de forma a minimizar as manipulações do RN e a reduzir os estímulos, promovendo o seu repouso e desenvolvimento adequados, aumentando conseqüentemente o seu conforto.

O conforto e o bem-estar do RN são promovidos de forma sistemática e contínua, sendo que todas as intervenções de enfermagem são delineadas com a presença permanente deste foco. As intervenções sensoriais para a gestão da dor no RN são amplamente aplicadas, assumindo-se como essenciais no cuidado diário ao RN, visto que a presença de dor afeta negativamente a sua frágil estabilidade hemodinâmica. Participar nesta assistência altamente diferenciada ao nível da gestão da dor permitiu-nos uma vez mais o desenvolvimento da competência E2.2. – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.

Os pais são motivados a participar nos cuidados ao RN, não constituindo o alívio da dor uma exceção. A promoção da parentalidade (competência E1.1.) e da vinculação (competência E3.2.), através da participação dos pais com a sua conseqüente capacitação no alívio da dor, foram notórias neste contexto.

Uma das experiências mais marcantes durante o estágio nesta unidade reportou-se à integração e participação de uma senhora, cuja filha apresentava como principais problemas a prematuridade e a displasia bronco-pulmonar grave, nas intervenções para o alívio da dor. Apesar da sua presença e participação constante na realização de procedimentos dolorosos, através do toque, da comunicação e da promoção da sucção não nutritiva, a senhora considerava as suas intervenções pouco eficazes, sentindo-se triste com essa situação. Após o ensino sobre quais as intervenções sensoriais preconizadas para a gestão da dor no RN a senhora referiu que ouviu música durante o período da gravidez, como forma de relaxamento. Em conjunto com a equipa de enfermagem motivámos e ajudámos a senhora a reproduzir junto da filha algumas dessas músicas, com recurso a um rádio. A musicoterapia teve resultados positivos tanto para a criança como para a mãe, gerando conforto para ambas, fortalecendo a sua relação, e permitindo também a capacitação da senhora enquanto mãe e aumentando os seus níveis de satisfação.

Apesar de nesta unidade a dor no RN ser alvo de particular atenção por parte dos enfermeiros, sendo avaliada e registada de forma sistemática e com recurso a instrumentos adequados e validados, a implementação de intervenções sensoriais necessita ainda de ser trabalhada. A inexistência de uniformização dos cuidados com enfoque no controlo da dor gera divergências na sua aplicação e registo entre os vários elementos da equipa de enfermagem. Apesar da implementação efetiva deste tipo de intervenções autónomas por parte de todos os enfermeiros desta unidade, a sua aplicação com o objetivo de controlar a dor no RN não é consensual na equipa.

Esta divergência pode estar relacionada com a falta que esta unidade apresenta em termos de documentos institucionais referentes à gestão da dor no RN através da utilização de estratégias sensoriais. Propusemo-nos assim a elaborar uma norma de procedimento relativa à aplicação de uma intervenção sensorial para a prevenção e controlo da dor no RN, ficando a seleção da intervenção a cargo da equipa de enfermagem.

A intervenção escolhida foi a administração de sacarose a 24% ou de glicose a 30%. A elaboração desta norma (Apêndice E, página CXVI) teve como objetivo impulsionar a equipa a

realizar outras normas importantes ao nível da gestão da dor no RN diária nesta unidade específica, promovendo a boa prática clínica e a sua uniformização (competência B2.2.). A divulgação da norma de procedimento e a recolha de sugestões e propostas de melhoria, com a sua consequente reformulação, ocorreu durante todo o mês de dezembro de 2017.

Neste tipo de população a dependência farmacológica é muito elevada, indo desde a nutrição parentérica à multiplicidade de antibióticos e de terapêuticas para manter as funções vitais, principalmente respiratórias e cardíacas. Devido a este aporte farmacológico, e tendo em conta a imaturidade dos sistemas corporais no RN, principalmente no RN pré-termo, os procedimentos invasivos são inevitáveis. Desde a colocação de cateteres centrais, drenagens e sondas de alimentação, à necessidade de efetuar cirurgias cardíacas e abdominais, tudo se processa para que estes pequenos guerreiros sobrevivam e tenham o melhor desenvolvimento possível.

No entanto, grandes intervenções estão associadas a grandes riscos, e a prestação de cuidados seguros toma uma grande proporção neste tipo de unidades. Por exemplo, devido à imaturidade do seu sistema imunitário o RN tem maior probabilidade de desenvolver infeções, o que nestes casos pode ser fatal, levando a uma cultura de prevenção e de controlo da infeção muito rigorosa. Erros terapêuticos são outra preocupação neste tipo de unidades, visto que as dosagens são mínimas e os fármacos muito específicos, qualquer erro pode ter consequências irreversíveis ou ser fatal, pelo que nos permitiu contactar com metodologias e estratégias com vista a erradicá-los. Desenvolvemos assim de forma particular a competência B3.2. – Gere o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais.

Outra característica deste contexto de estágio que potenciou a aprendizagem especializada e a aquisição e desenvolvimento da competência D1.2. – Gera respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional, foi a frequente prestação de cuidados em situações emergentes, ensinando-nos a atuar eficazmente sob pressão e a gerir sentimentos e emoções de forma a obter uma resposta eficiente. Estes momentos permitiram-nos também participar na organização e coordenação da equipa, e na mobilização de recursos de forma eficiente para promover a qualidade dos cuidados (competência C2.1. – Optimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidado), bem como nos auxiliaram no reconhecimento e compreensão das funções dependentes e interdependentes de todos os membros da equipa e na apreensão de estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado (competência C2.2. – Adapta o estilo de liderança e adequa-o ao clima organizacional estrito favorecedores da melhor resposta do grupo e dos indivíduos).

A aprendizagem e a prática especializada ocorreram também em situações de morte e de luto. Por vezes, derivada à extrema imaturidade do RN e/ou a problemas graves associados, a morte da criança que acabou de nascer torna-se inevitável, atingindo contornos complexos e por vezes difíceis de gerir, tanto para os familiares como para a equipa de saúde.

Quando todas as opções terapêuticas no sentido de possibilitar a sobrevivência do RN se esgotam, as intervenções paliativas e de conforto adquirem especial relevância, sendo o alívio da dor aquela que mais sobressai. O processo de morte de um RN, que pode durar entre algumas horas a alguns dias, é sempre devastador e doloroso para os pais/conviventes significativos, que frequentemente procuram nos profissionais de saúde, principalmente nos enfermeiros, o apoio e o suporte que necessitam para conseguirem lidar com a situação.

Estas situações de perda e insucesso são ultrapassadas em larga escala pelos casos de êxito, o que é muito gratificante e motivador para a equipa de saúde. Nesta unidade as crianças tendem a apresentar internamentos prolongados e difíceis, com uma variabilidade hemodinâmica e diagnóstica muito elevada, tornando todo este processo muito inconstante e exaustivo principalmente para os pais/família, levando à adoção do lema “um dia de cada vez”. Participar em momentos de transferência para a unidade de cuidados intermédios, e presenciar visitas de crianças que estiveram anteriormente internadas naquela unidade de neonatologia há meses ou anos atrás, foi muito enriquecedor tanto em termos pessoais como profissionais. São estes momentos que comprovam que a evolução científica e tecnológica aliada a uma prática clínica de excelência, e em regime de melhoria contínua, resultam em ganhos em saúde inconcebíveis num passado recente.

Devido a esta diferenciação dos cuidados e à especificidade dos problemas que estas crianças apresentam, os cuidados de enfermagem são alvo de múltiplas avaliações com vista à melhoria contínua da qualidade. O resultado de tais avaliações promove a realização de projetos que culminem na resolução de problemas e na consequente melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Um desses projetos, que se encontra atualmente em fase de implementação e se centra na promoção do conforto e na prevenção da dor no RN, é sobre a utilização da placa hidrocolóide na prevenção da ferida traumática associada aos dispositivos de ventilação mecânica não invasiva no RN pré-termo.

De forma a participarmos ativamente neste projeto, que coincide com o nosso próprio projeto de intervenção profissional, propusemo-nos a realizar uma revisão sistemática da literatura sobre

esta temática, com o objetivo de averiguarmos a evidência científica atual sobre esta prática. A elaboração deste artigo científico (Apêndice F, página CXX), conjuntamente com a colaboração nas atividades a desenvolver do referido projeto possibilitou-nos a aquisição e desenvolvimento da competência B1.1. – Inicia e participa em projetos institucionais na área da qualidade.

A implementação do nosso projeto permitiu-nos também adquirir e desenvolver algumas das competências específicas do enfermeiro especialista, como a competência B2.3. – Lidera programas de melhoria. Planejar, liderar, implementar e avaliar um projeto, implica o incremento de conhecimentos que irão contribuir positivamente para a prática especializada, tornando-a segura, eficaz e eficiente, tal como previsto na competência D2.3. – Provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho.

Enquanto metodologia baseada na evidência científica que obedece a um processo rigoroso e sistemático, a implementação do projeto possibilitou-nos a aquisição e desenvolvimento da competência B2.1. – Avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado. Por sua vez, a competência B2.2. – Planeia programas de melhoria contínua, foi desenvolvida através da identificação do problema e do estabelecimento de prioridades com vista à melhoria da qualidade da prática de enfermagem.

Tal como previsto no planeamento do projeto, elaborámos uma apresentação em formato eletrónico sobre a temática das intervenções sensoriais no controlo da dor no RN, a qual foi apresentada apenas uma vez após uma passagem de turno, já decorria o mês de Janeiro de 2018. Neste momento formativo foi também divulgada a norma de procedimento sobre a administração de sacarose a 24% ou de glicose a 30% para o controlo da dor no RN finalizada, em formatos eletrónico e de papel.

A chefia de enfermagem recusou a realização das sessões de formação delineadas no nosso projeto, bem como o seu planeamento recorrendo a um plano de sessão de formação e à avaliação das sessões através de um questionário. Foi-nos referido que o volume atual de trabalho na unidade de neonatologia, concomitantemente com a falta de elementos da equipa de enfermagem devido a motivos de doença, e o agendamento já efetivo de outras sessões de formação sobre outras temáticas não permitiam a elaboração dessa atividade.

A chefia sugeriu-nos a reformulação da apresentação já elaborada sobre as intervenções sensoriais no controlo da dor no RN de forma a que a sua exibição pudesse ocorrer após as passagens de turno, num período máximo de 5 minutos. Acedemos a este pedido e mostrámo-nos sempre disponíveis para realizar a apresentação nas passagens de turno em que estivemos presentes, relembrando e incentivando a equipa a participar no nosso projeto. No entanto, apenas estiveram reunidas condições para a exposição da nossa apresentação em uma passagem de turno, visto que os profissionais abandonavam a sala assim que passavam e recebiam as ocorrências. Nesta apresentação única foram também sugeridas algumas estratégias para uniformização dos registos de enfermagem relativos à implementação das intervenções sensoriais.

De forma a alargar os nossos conhecimentos e competências nesta área específica dos cuidados, e em concordância com os objetivos específicos delineados no nosso projeto, durante este último estágio participámos no III Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa (Anexo B, página LXIV), com o tema cuidar para o neurodesenvolvimento na vulnerabilidade, e na II Reunião de Enfermagem em Cuidados Intensivos Pediátricos (Anexo C, página LXVII), que abordou temas como boas práticas em cuidados intensivos pediátricos, gestão em cuidados intensivos, competências do enfermeiro em cuidados intensivos e emoções de quem cuida.

4. ANÁLISE REFLEXIVA DO PROJETO

Na metodologia de projeto, após a fase de implementação surge a etapa de avaliação (Ruivo *et al.*, 2010). Apesar de ser apresentada como uma das últimas fases desta metodologia específica, a avaliação tem na verdade um caráter contínuo, realizando-se ao longo de toda a duração do projeto (Ruivo *et al.*, 2010). Esta monitorização permanente permite a redefinição dos objetivos e o ajuste das atividades a desenvolver, adaptando-os à realidade encontrada e às limitações que forem surgindo (Ruivo *et al.*, 2010).

O diagnóstico de situação ocorreu sem intercorrências e de acordo com o planeamento do projeto. No entanto, a pouca adesão da equipa de enfermagem relativamente ao preenchimento do questionário para fins de diagnóstico de situação no segundo contexto clínico de estágio II, levou a resultados muito restritos que podem não refletir adequadamente a situação atual nesse contexto.

A implementação do projeto nos três contextos clínicos também decorreu como planeado, permitindo desenvolver as atividades/estratégias propostas, excetuando apenas a realização de pelo menos cinco sessões de formação de curta duração sobre as intervenções sensoriais no controlo da dor no RN na unidade de neonatologia.

Esta atividade foi reformulada, segundo a orientação da chefia de enfermagem, de acordo com o que seria possível implementar nesse contexto. Apesar disso os resultados ficaram aquém do pretendido, o que provavelmente indica que as estratégias implementadas não foram adequadas à equipa de enfermagem desta unidade e/ou não estiveram de acordo com as suas necessidades reais relativamente à temática, apesar do diagnóstico de situação elaborado.

Por último, a etapa de divulgação dos resultados reporta-se à realização do presente relatório de estágio, contribuindo para o desenvolvimento da enfermagem e da formação especializada.

Independentemente das contrariedades, consideramos ter atingido o objetivo geral do projeto, contribuindo para a implementação de cuidados de enfermagem e intervenções sensoriais no controlo da dor na criança nos diferentes contextos clínicos onde o mesmo decorreu.

Ambos os estágios nos permitiram desenvolver conhecimentos, competências, capacidades e habilidades relacionados com as temáticas de dor na criança e de intervenções sensoriais para o controlo da dor na criança, através da pesquisa bibliográfica, da participação em congressos, encontros, conferências e palestras, e principalmente das oportunidades de aprendizagem nos vários contextos clínicos e da análise de situações clínicas neles vivenciadas.

A construção do dossiê temático sobre a dor e as intervenções sensoriais para o controlo da dor na criança, a elaboração do artigo científico sobre a aplicação de placa hidrocolóide na prevenção da ferida traumática relacionada com dispositivos ventilatórios no RN pré-termo, e a realização da apresentação sobre as intervenções sensoriais no controlo da dor no RN, foram atividades que, associadas à aprendizagem clínica, nos possibilitaram aplicar conhecimentos e competências adquiridas e desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio.

O objetivo específico de definir a norma de procedimento de enfermagem relativa às intervenções sensoriais no controlo da dor no RN foi também alcançado, tendo o processo de elaboração, reformulação e divulgação da norma sido realizado com sucesso.

A aprendizagem clínica nos três contextos de estágio e o desenvolvimento positivo deste projeto, incluindo as suas limitações e as dificuldades sentidas, permitiram não só a aquisição e o desenvolvimento das competências de enfermeiro EESCJ como também de mestre em enfermagem.

As competências de mestre encontram-se contempladas em Diário da República N.º 176, 1.ª série, de 13 de setembro de 2016, sendo as mesmas:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º 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;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, inclu-

do reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

- 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;
- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

A conferência do grau de mestre está associado a uma especialização, pelo que evidenciar as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista é um dos requisitos essenciais. Tal como foi já referido, tanto a aprendizagem nos contextos clínicos de estágio como a realização do projeto profissional facultaram a aquisição e desenvolvimento dessas mesmas competências.

O processo de especialização teve como ponto de partida os conhecimentos, capacidades e competências anteriormente adquiridos ao nível do 1º ciclo, tendo sido aprofundados e amplificados durante todo o curso de especialização, permitindo-nos alcançar um nível de compreensão superior, como descrito na competência a), alínea i).

A alínea ii) da mesma competência refere que este aumento de conhecimentos e da capacidade de compreensão têm que conduzir a progressos, nomeadamente em termos da investigação em enfermagem, como é o caso da elaboração do nosso projeto. Enquanto metodologia no âmbito da investigação científica direcionada para a resolução de problemas, o seu principal objetivo é originar uma evolução positiva ao nível da prática clínica, promovendo uma melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, justificando-os com a evidência científica atual. O nosso projeto, que contribuiu para a implementação de cuidados de enfermagem e intervenções sensoriais no controlo da dor na criança, permitiu elevar a qualidade da assistência através da evidência científica atual e dos referenciais éticos e deontológicos relacionados com esta temática, traduzindo-se em ganhos em saúde.

A aprendizagem efetuada nos três contextos clínicos de estágio guiou-nos também à aquisição e desenvolvimento da competência b). Apesar de os contextos no seu todo pertencerem à área pediátrica, todos apresentavam um elevado grau de diferenciação, com equipas multidisciplinares distintas e em situações específicas. Foi-nos possível alargar capacidades para incorporação de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, refletindo sobre as mesmas em termos éticos, profissionais e sociais.

O aperfeiçoamento de competências e capacidades relativamente a todas as etapas do trabalho de projeto, realizando a análise diagnóstica, o planeamento, a implementação, a avaliação, e por fim procedendo à divulgação dos resultados, tendo em vista a formação e a capacitação dos nossos pares, ajudou-nos a alcançar a competência c). O projeto, enquanto estratégia de identificação e resolução de um problema identificado, caracteriza-se por um processo abrangente e complexo, trazendo à tona responsabilidades éticas e sociais indissociáveis dos cuidados de saúde e da prática de enfermagem.

A competência d), relativa à capacidade do mestre em enfermagem de transmitir as suas conclusões, partilhando os seus conhecimentos e demonstrando os seus processos de raciocínio, foi adquirida e melhorada ao longo de todo o curso, através da apresentação de trabalhos, da implementação e divulgação do projeto e da elaboração do presente relatório de estágio.

Obter o grau de mestre implica uma necessidade constante de aprendizagem contínua ao longo da vida, como referente na competência e), através do desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências do próprio e dos seus pares. Utilizar a investigação para promover e incentivar a prática de enfermagem baseada na evidência científica atual, iniciando projetos e participando naqueles já existentes, surge como um dever para com a profissão, impulsionando o desenvolvimento da disciplina e da formação especializada.

Neste nosso percurso, conseguimos desenvolver o nosso próprio projeto, capacitando-nos para a liderança e governação clínica, bem como participar em outros projetos e estratégias de melhoria, impulsionando assim a aquisição e o alargamento de conhecimentos, competências e capacidades próprias e dos nossos pares dentro da prática especializada. Para que tal fosse possível, foi necessária a nossa evolução relativamente a processos de julgamento clínico e de tomada de decisão, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde identificados nos vários contextos clínicos.

Ser mestre em enfermagem é um caminho que se inicia sem porto de chegada, é uma viagem permanente pelo reino do saber visando o nosso aperfeiçoamento profissional e pessoal, almejando o objetivo de elevar a enfermagem enquanto disciplina, ciência e arte.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O controlo eficaz da dor na criança configura-se como um indicador da qualidade dos cuidados de enfermagem, tanto devido às suas repercussões ao nível do bem-estar e do desenvolvimento adequado da criança, como do ponto de vista ético, deontológico e social. Deste modo, avaliar, prevenir e gerir a dor na criança deve revelar-se uma prioridade em todos os serviços de saúde que a assistam (DGS, 2012).

Reconhecer a individualidade da dor na criança e a sua variabilidade, quer na percepção, na manifestação, e ainda nas respostas conseguidas, leva os enfermeiros a prestar cuidados diferenciados, ajudando a criança a lidar com cada situação de dor, facilitando a sua expressão e planeando intervenções individualizadas no sentido da prevenção e do autocontrolo.

Dentro dessas intervenções, destacamos a aplicação de estratégias sensoriais enquanto intervenções de enfermagem autónomas, eficientes e eficazes na prevenção e no controlo da dor na criança, promovendo o seu conforto e bem-estar, bem como dos seus conviventes significativos.

O modelo conceptual de cuidados do enfermeiro EESCJ centra-se na necessidade de preservação da segurança e do bem-estar da criança e família, qualquer que seja a situação que se apresente (OE, 2013). O enfermeiro EESCJ deve assim orientar a sua prática clínica de forma a maximizar a saúde e o conforto da criança e da sua família, integrando a gestão diferenciada da dor através da implementação de intervenções sensoriais na busca contínua da excelência no exercício profissional (OE, 2013).

Ao mestre em enfermagem compete a permanente procura de conhecimento e aquisição de capacidades, a partir da investigação científica, que lhe permitam a aprendizagem contínua e a consequente melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. A capacitação própria e dos seus pares relativamente a esta temática integrante dos cuidados de enfermagem afigura-se premente, enquanto medida de promoção do desenvolvimento da disciplina e da formação especializada.

Consideramos ter conseguido atingir o objetivo geral a que nos propusemos com a elaboração deste relatório de estágio, transmitindo e clarificando a aquisição e desenvolvimento das competências de enfermeiro EESCJ e de mestre ao longo do curso e dos vários contextos clínicos de estágio.

Fomos capazes de descrever e sistematizar o desenvolvimento e as conclusões do nosso projeto, desenvolvendo a nossa capacidade de reflexão e análise crítica sobre a prática clínica, fundamentando a mesma com base na evidência científica atual e na teorização em enfermagem.

Foi muito gratificante desenvolver um trabalho que teve como resultado a implementação de cuidados de enfermagem especializados, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e consequentemente a qualidade de vida de crianças e das suas famílias.

Futuramente seria importante dar continuidade a este projeto, com o objetivo de uniformizar a atuação dos enfermeiros relativamente à aplicação e registo das intervenções sensoriais para o controlo da dor na criança, conduzindo ao aumento do conhecimento nesta área específica dos cuidados e fomentando a investigação e a produção científica sobre esta temática.

6. BIBLIOGRAFIA

Alligood, Martha & Tomey, Ann. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra - Modelos e Teorias de Enfermagem*. Lusociência, Loures;

APA Style. (2018). *APA Style CENTRAL*. Acedido a 20 de maio de 2018 em <http://www.apastyle.org/>;

DGS. (2003). *Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14/06/2003: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Acedido a 29 de abril de 2017 em <http://www.myos.com.pt/files/circular5sinalvital.pdf>;

DGS. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Acedido a 29 de abril de 2017 em http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.010%20DE%20DEZ.2010.pdf;

DGS. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Acedido a 29 de abril de 2017 em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-controlo-da-dor/orientacoes-tecnicas.aspx>;

DGS. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nas crianças com doença oncológica*. Acedido a 29 de abril de 2017 em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-controlo-da-dor/orientacoes-tecnicas.aspx>;

DGS. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Acedido a 29 de abril de 2017 em <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-controlo-da-dor/orientacoes-tecnicas.aspx>;

DGS. (2013). *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor)*. Acedido a 23 de abril de 2017 em <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>;

DIÁRIO DA REPÚBLICA, 1ª SÉRIE, N.º 176 de 13 de Setembro;

Fernández, Carmen & Medina, Isabel. (2012). *Revisión bibliográfica en el manejo del dolor neonatal*. Acedido a 23 de abril de 2017 em <https://eneenfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/203>;

Fortin, Marie-Fabienne. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta: Loures;

Grunau, Ruth *et al.* (2009). *Neonatal pain, parenting stress and interaction, in relation to cognitive and motor development at 8 and 18 months in preterm infants*. Acedido a 23 de abril de 2017 em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304395909001316>;

International Association for the Study of Pain. (1994). *Pain Definition*. Acedido a 29 de abril de 2017 em <http://www.iasp-pain.org/>;

Iturriaga, Gabriel *et al.* (2009). *Efecto analgésico de la lactancia materna en la toma sanguínea del talón en el recién nacido*. Acedido a 23 de abril de 2017 em https://www.ihan.es/cd/documentos/Analgesia_LM.pdf;

Jeong, Ihn *et al.* (2014). *Perceptions on pain management among Korean nurses in neonatal intensive care units*. Acedido a 23 de abril de 2017 em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1976131714000735>;

Kolcaba, 2003 referenciado por Apóstolo, João. (2009, Março). *O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos*. Revista Referência, (II), 9, 61-67;

Kolcaba, 2003 referenciado por Lima, Juliana *et al.* (2016, Dezembro). *Utilidade da teoria do conforto para o cuidado clínico de enfermagem à puérpera: análise crítica*. Revista Gaúcha de Enfermagem, (37), 4, 1-5;

Kolcaba, Katharine & DiMarco, Marguerite. (2005, Maio-Junho). *Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing*. Pediatric Nursing, (31), 3;

OE. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido a 2 de abril de 2018

em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf;

OE. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do jovem*. Acedido a 2 de abril de 2018 em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4902/regulamentocompetenciacrian%C3%A7ajov_aprovadoag_20nov2010.pdf;

OE. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias não farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Acedido a 29 de abril de 2017 em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf;

PICH Program. (2014). *PICH*. Acedido a 5 de maio de 2018 em <http://www.sickkids.ca/PICH/>;

Priberam. (2018). *Confortar*. Acedido a 1 de maio de 2018 em <https://www.priberam.pt/dlpo/confortar>;

Priberam. (2018). *Conforto*. Acedido a 1 de maio de 2018 em <https://www.priberam.pt/dlpo/conforto>;

Ruivo, Alice *et al.*. (2010, Janeiro-Março). *Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas*. *Percursos*, (15), 1–37.

Walker, Suellen. (2014). *Neonatal pain*. Acedido a 23 de abril de 2017 em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pan.12293/full>.

ANEXO A



CERTIFICADO

Certifica-se que

Susana Isabel Alferes Roças

Participou no 1.º Congresso Multiprofissional do Hospital de Dona Estefânia, que decorreu na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, nos dias 28 e 29 de setembro de 2017.

Coordenador da
Comissão Organizadora

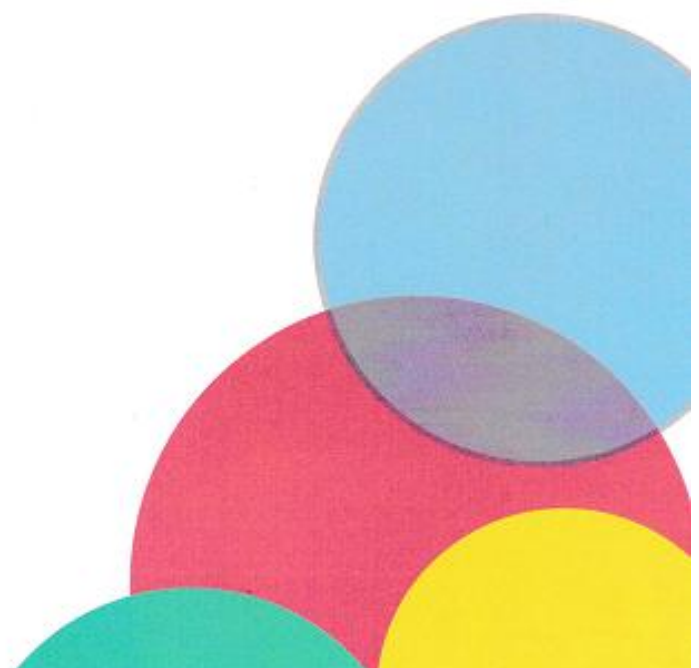
A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Almeida'.

**A CUIDAR
DA CRIANÇA**

1877-2017

Hospital de Dona Estefânia

**Preparados para
o FUTURO!**





PROGRAMA

SESSÕES PLENÁRIAS

5.ª feira - 28 de setembro de 2017

A CRIANÇA, A SAÚDE E O AMBIENTE | Mesa Redonda
 Presidente - Eulália Calado | Moderadores - Luísa Monteiro; António Trigueiros; Henrique Sá-Couto

9:00 - 9:30	Mitos e tradições da Saúde Infantil no século da Informação e da tecnologia Paolo Casella
9:30 - 10:00	O combate ao sedentarismo e a promoção da segurança infantil - um equilíbrio difícil? Carlos Neto
10:00 - 10:30	A arquitetura hospitalar e o bem estar da criança doente - Desenhar os hospitais do futuro Pedro Cabral

INTERVALO

11:00 - 11:45	Sessão solene de abertura
---------------	---------------------------

GRANDE TEMA - A HISTÓRIA DA PEDIATRIA
 Presidente - Maria Teresa Neto;
 Moderadores - Fernanda Gíria; Micaela Serelha; Palmira Silva

11:45 - 13:00	O Hospital Pediátrico de Coimbra Henrique Carmona da Mota Passado, presente e futuro do Centro Materno-Infantil do Norte Teresa Terrudo O Hospital de Dona Estefânia e os Hospitais Pediátricos Gonçalo Cordeiro Ferreira
---------------	---

6.ª feira - 29 de setembro de 2017

O DOENTE COMPLEXO | Do diagnóstico à organização dos cuidados
 Presidente - João Pascoal | Moderadores - Luís Nunes; José Augusto Antunes; Teresa Candeias

9:00 - 9:30	Como procurar a zebra sem esquecer os cavalos? João Farela Neves
9:30 - 10:00	Genética e prática clínica - Avanços úteis e escolhas impossíveis Jorge Pinto Bastos
10:00 - 10:30	Inovação e futuro na Cirurgia Pediátrica e Neonatal Rui Alves

INTERVALO

A SAÚDE NAS MINHAS MÃOS
 Presidente - Augusto Carreira | Moderadores - Luís Pisco; José Rosado Pinto; Emília Bártolo

11:00 - 11:30	Apostas de sucesso nos cuidados primários Sónia Coelho
11:30 - 12:00	Partilhar soluções inovadoras - Programas de sucesso Helena Canhão
12:00 - 12:30	Uma integração com sucesso (a confirmar)



Nota: Programa provisório preletores / moderadores a confirmar

ANEXO B

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO



III ENCONTRO DE ENFERMEIROS DE NEONATOLOGIA DA ÁREA DE LISBOA

Cuidar para o Neurodesenvolvimento
na Vulnerabilidade

Certifica-se que Susana Isabel Alferes Roças esteve presente no III Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da área de Lisboa, subordinado ao tema principal, "Cuidar para o Neurodesenvolvimento", que decorreu nos dias 10 e 11 de Novembro de 2017, no Auditório da ESEL— Polo Artur Ravara, Lisboa.



Enfermeiros Neonatologia
Área de Lisboa

A COMISSÃO ORGANIZADORA

A Neonatologia, é uma das áreas da Medicina, onde o progresso tem sido mais evidente ao longo das últimas décadas, com reflexos evidentes e relevantes na diminuição da mortalidade e morbilidade neonatal.

Para o sucesso desta evolução, tem contribuído o avanço da ciência e da tecnologia, assim como o surgimento de uma filosofia de cuidados ao bebé prematuro “inovadora” designada como cuidados centrados no desenvolvimento. No entanto, sabemos que os internamentos nas Unidades de Neonatologia não são isentos de alguns efeitos negativos na criança e ou família relacionados com a sua vulnerabilidade e o trauma associados a alguns eventos.

A presença constante, do Enfermeiro no Cuidar destas crianças e famílias, assume uma importância primordial na compreensão do seu comportamento, pois este é o principal veículo de comunicação, contribuindo assim para um crescimento e desenvolvimento global e harmonioso destes bebés, promovendo a parentalidade e a sua integração na família / comunidade.



III Encontro Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa

Cuidar para o Neurodesenvolvimento na Vulnerabilidade

PROGRAMA



Organização:

Ana Isabel Gregório (HFF)	Margarida Pimenta (HDE)
Alice Curado (ESEL)	Maria José Pinheiro (ESEL)
Ana Patrícia Pereira (H Cascais)	Maria José Araújo (HGO)
Ana Maria Sequeira (HSM)	Manuel Alves (HGO)
Ana Rita Pereira (HBA)	Maria Thereza Vasconcelos (HSFX)
Cláudia Pinheiro (HSFX)	Susana Lima (HFF)
Esmeralda Pereira (MAC)	Sónia Semião (HFF)
Graça Roldão (HSM)	Silvia Duarte (MAC)
Inês Tojeira (HBA)	Tânia Lopes (USCP Alameda)
	Vicência Pacifico (HDE)

Patrocínios

10 e 11 de Novembro de 2017

Auditório da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – pólo Artur Ravara

www.encontroenfeonatalogia.pt

www.encontroenfeonatalogia.pt

10 de Novembro de 2017

- 8h00 | Abertura do Secretariado
- 8h30 | Conferência – A VULNERABILIDADE | Prof.ª Oliveira Marçal
- 10h00 | SESSÃO DE ABERTURA
- 10h30 | Pausa/Momento musical (alunos do Mestrado Musicoterapia da Univ. Lusíada)
- 11h00 | Mesa – A VULNERABILIDADE NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS – QUE RESPOSTAS! MODERADOR: Sónia Colaço (ESEL)
 - > Técnicas de alimentação no recém-nascido pré-termo | Ana Lúcia Brantes (ESEL, H. Cascais)
 - > Método Canguru: a importância da voz materna em bebés vulneráveis | Silvia Duarte e Eduarda Carvalho (Maternidade Alfredo Costa)
 - > O posicionamento e o neurodesenvolvimento | Inês Cruz e Carlos Correia (H.S. Francisco Xavier e H. Garcia de Orta)
 - > Ganhos em saúde com Unidade Móvel Apoio Domiciliário | Margarita Lopez e Paula Lopes (H. Fernando Fonseca, H. D. Estefânia)
- 13h00 | Pausa para almoço
- 14h00 | Mesa - CUIDAR NA VULNERABILIDADE: EXPERIÊNCIA DO CENTRO MATERNO INFANTIL NORTE /CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO PORTO MODERADOR: Teresa Folha (Enfermeira do Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral da FCG)
 - > Os Pais na UCIN | Ana Isabel Magalhães (CMIN/CHUP)
 - > Contornar a vulnerabilidade dentro e fora de portas | Luísa Matos e Paula Lopes (CMIN/CHUP)
 - > Cuidar - Experiência da Unidade de Cuidados Integrados Pediátricos : o KASTELO | Teresa Fraga - Directora Técnica
- 16h00 | Pausa
- 16h30 | Apresentação posters/comunicações livres

11 de Novembro de 2017

- 8h30 | Apresentação e discussão dos posters
- 9h30 | Mesa – A VULNERABILIDADE NA COMUNIDADE MODERADOR: Cristina Terruta (Enfermeira USF Jardins da Encarnação, ACES Lisboa Central)
 - > A Intervenção Precoce na Infância: sua implicação na população vulnerável 0-5 anos e a organização de serviços de Intervenção Precoce em Portugal | Teresa Marques (MTSSS/SNIPI)
 - > Fundação Liga | António Alves
- 10h30 | Pausa
- 11h00 | Banco do Bebê: intervenção Domiciliária em interface com a Comunidade | Cristina Maltês
A palavra dos Cuidadores | Marta Pina
- 12h00 | Conferência - CUIDADOS CONTINUADOS | Prof. Manuel Lopes (coordenador nacional da RNCCI)
- 13h00 | Entrega de prémios dos posters/comunicações
Encerramento

O valor da inscrição – 15€
reverte na totalidade a favor de uma das instituições

Mais informações no site:
www.encontroenfeonatalogia.pt

ANEXO C

CERTIFICADO

Susana Roças

Participou na **II Reunião de Enfermagem em Cuidados Intensivos Pediátricos**
realizada no dia 24 de novembro de 2017, em Lisboa.



© 2017 João Queiroz

A Comissão Organizadora:



CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, IPE

HOSPITAL DE
SANTAMARIA

hospital
Palácio Valentim

II

REUNIÃO DE ENFERMAGEM DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS

Hotel Sana Malhoa Lisboa

PROGRAMA - 24 de Novembro

8h30: Abertura do Secretariado

9h00: Boas vindas: Enf^a Catarina Batuca (Enf^a Directora do CHLN), Enf^a Fernando Sá (Enf^a Supervisor do Departamento de Pediatria do CHLN), Enf^a Zélia Soares (Enf^a Coordenadora da UCIPed do CHLN)

9h30: Boas Práticas em Cuidados Intensivos Pediátricos

Moderador: *(a designar)*

- Suporte Extra-Corporal: Enf. Ricardo Cruz (Hosp. São João)
- Morte Cerebral e doação de órgãos: Enf^a Sandra Lopes (Hosp. Pediátrico de Coimbra)
- Segurança do Doente numa UCI: Enf. Fernando Mateus (Hosp. Dona Estefânia)

11h00: Intervalo para café

11h30: Gestão em Cuidados Intensivos

Moderador: Enf^a Conceição Capaz (Hosp. Pediátrico de Coimbra)

- Gestão do dia-a-dia: Enf. José Alexandre Abrantes (Hosp. Sta. Maria)
- O Custo da Excelência: Enf. António Almeida (Soc. Port. Cuidados Intensivos)

12h30: Apresentação e discussão de Posters

13h00: Almoço

14h00: Apresentação e discussão de Comunicações Livres

15h00: Competências do Enfermeiro em Cuidados Intensivos

Moderador: Prof. Doutor José Vilelas (ESSCVP)

- Formação Específica: Prof^a Cândida Durão (ESEL)
- Desenvolvimento de Competências: Enf^a Helga Oliveira (Hosp. Fernando Fonseca)
- Ética em Cuidados Intensivos: Prof^a Lucília Nunes (ESS Setúbal)

16h30: Intervalo para café

17h00: Emoções de quem cuida:

Moderador: Enf^a Graça Roldão (Hosp. Santa Maria)

- Paliar em Cuidados Intensivos: Enf^a Emília Fradique (Hosp. Sta. Maria)
- Decisão de não reanimação: Enf^a Joana Mendes (Hosp. S. Francisco Xavier)
- Cuidar da família: Psicóloga Rita Machado (Hosp. Sta. Maria)

18h30: Encerramento

Organização:

UCIPED - HSM / CHLN

Mais info: ireuniaoenfcp.wixsite.com/reuniao



APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Parte I – Caracterização da Equipa de Enfermagem

Assinale a resposta com “X”.

1. Género: Masculino Feminino

2. Idade: 20 a 29 anos 30 a 39 anos 40 a 49 anos
 50 a 59 anos >60 anos

3. Habilitações Literárias:

Licenciatura em Enfermagem Pós-Graduação Mestrado

Doutoramento Curso de Especialização Enfermagem

Área de Especialização: _____

4. Anos de Experiência Profissional:

0 a 4 anos 5 a 9 anos 9 a 14 anos

15 a 19 anos > 20 anos

5. Anos de Experiência Profissional nesta Unidade:

0 a 4 anos 5 a 9 anos 9 a 14 anos

15 a 19 anos > 20 anos

6. Unidade onde exerce funções: Intermédios Intensivos

Parte II – Intervenções sensoriais no controlo da dor

1. Quais as intervenções não farmacológicas no controlo da dor em pediatria que conhece?

2. Quais costuma utilizar na sua prática diária?

3. Em que procedimentos as costuma utilizar?

4. Com que frequência as utiliza?

Nunca Raramente Frequentemente Sempre

Obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE B

PLANEAMENTO DO PROJETO				
Objetivo: Contribuir para a implementação de cuidados de enfermagem e intervenções sensoriais no controlo da dor na criança				
Objetivos Específicos	Atividades/Estratégias a desenvolver	Recursos		Indicadores de Avaliação
		Humanos	Materiais	
Desenvolver conhecimentos, competências, capacidades e habilidades relacionados com as temáticas de dor e intervenções sensoriais para o controlo da dor na criança;	Pesquisa bibliográfica sobre a temática Participação em congressos, encontros, conferências, palestras e/ou outras atividades onde se aborde a temática Aprendizagem clínica nos diferentes contextos de estágio	Enfermeira orientadora Docente de referência	Livros Publicações científicas Bases de dados científicas Guidelines Guias orientadores de boas práticas Planos/programas nacionais Orientações técnicas Protocolos Normas de orientação clínica Computador Material de escritório	Aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, competências, capacidades e habilidades relacionados com as temáticas de dor na criança e de intervenções sensoriais para o controlo da dor na criança
Aplicar conhecimentos e competências adquiridas e desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio	Construção de dossiê temático sobre a dor e as intervenções sensoriais para o controlo da dor na criança Realização (elaboração, implementação e avaliação) de pelo menos cinco sessões de formação de curta duração (5-10 minutos) sobre as intervenções sensoriais no controlo da dor no recém-nascido Aprendizagem clínica nos diferentes contextos de estágio	Enfermeira chefe Enfermeira orientadora Equipa de Enfermagem Docente de referência	Computador Material de escritório	Aplicação de conhecimentos e competências nos contextos de estágio Construção do dossiê temático sobre a dor na criança e as intervenções sensoriais para o controlo da dor na criança Realização de sessões de curta duração Avaliação positiva da sessão de formação
Definir a norma de procedimento de enfermagem relativa às intervenções sensoriais no controlo da dor no recém-nascido	Elaboração da norma de procedimento Recolha de sugestões e propostas de melhoria à norma de procedimento, junto da chefia de enfermagem e restante equipa Reformulação da norma de procedimento Divulgação da norma de procedimento finalizada	Enfermeira chefe Enfermeira orientadora Equipa de Enfermagem Docente de referência	Computador Projektor Material de escritório	Validação da norma de procedimento por parte da enfermeira chefe, enfermeira orientadora, docente de referência e equipa de enfermagem

APÊNDICE C

CRONOGRAMA DO PROJETO											
Datas	2017						2018				
	Estágio I			Estágio Final							
	Consulta Externa de Pediatria			Serviço de Pediatria			Neonatologia				
	Mai	Junho	Setem	Out	Nov	Dez	Jan	Fevereiro	Março		
Atividades/Estratégias a desenvolver											
Pesquisa bibliográfica sobre as temáticas de dor na criança e de intervenções sensoriais para o controlo da dor na criança											
Participação em congressos, encontros, conferências, palestras e/ou outras atividades onde se aborde a temática											
Aprendizagem clínica nos diferentes contextos de estágio											
Construção de dossier temático sobre a dor e as intervenções sensoriais para o controlo da dor na criança											
Realização (elaboração, implementação e avaliação) de pelo menos cinco sessões de formação de curta duração (5-10 minutos) sobre as intervenções sensoriais no controlo da dor no recém-nascido											
Elaboração da norma de procedimento											
Recolha de sugestões e propostas de melhoria à norma de procedimento, junto da chefia de enfermagem e restante equipa											
Reformulação da norma de procedimento											
Divulgação da norma de procedimento finalizada											
Elaborar relatório de estágio											
Entrega do relatório de estágio											

APÊNDICE D

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Unidade Curricular

Estágio I

Docentes

Professor António Casa Nova
Professora Doutora Ana Lúcia Ramos
Professora Doutora Antónia Chora
Professora Gabriela Calado

ESTUDO DE CASO

Docente Orientador

Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

Enfermeira Orientadora

EEESCJ Maria José Guerreiro

Discente

Susana Roças | N.º 37219

18 de 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
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

Unidade Curricular

Estágio I

Docentes

Professor António Casa Nova
Professora Doutora Ana Lúcia Ramos
Professora Doutora Antónia Chora
Professora Gabriela Calado

ESTUDO DE CASO

Docente Orientador

Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

Enfermeira Orientadora

EEESCJ Maria José Guerreiro

Discente

Susana Roças | N.º 37219

18 de junho de 2017

Abreviaturas e Símbolos

%	Porcento
APA	<i>American Psychological Association</i>
CHBM	Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
cm	Centímetros
DGS	Direção Geral da Saúde
EEESCJ	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem
EPE	Entidade Pública Empresarial
g	Gramas
h	Horas
HGO	Hospital Garcia de Orta, EPE
mg	Miligramas
mg/dl	Miligramas por decilitro
ml	Mililitros
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial da Saúde
Pág.	Página
PCR	Proteína C Reativa
PNSIJ	Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
Rh	Fator Rhesus
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VHB	Vacina contra a Hepatite B

Índice

	Pág.
INTRODUÇÃO	4
1. APRECIÇÃO INICIAL	6
1.1 HISTÓRICO DE SAÚDE	6
1.2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO.	10
1.3 FOCOS DE INTERVENÇÃO	18
2. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM	20
CONCLUSÃO	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
REFERÊNCIAS ELETRÓNICAS	33
APÊNDICES	34
APÊNDICE 1 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	35
APÊNDICE 2 – GENOGRAMA E ECOMAPA	37

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de índole académica, proposto no âmbito da Unidade Curricular de Estágio I do Mestrado em Enfermagem em Associação do ano letivo 2016/17, decorrente na Unidade de Consulta Externa de Pediatria do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo [CHBM], EPE, tem como tema a elaboração de um estudo de caso.

O estudo de caso consiste numa metodologia que visa investigar, de forma pormenorizada, os conhecimentos respeitantes a uma determinada pessoa, grupo ou comunidade. É frequentemente utilizado pelos profissionais de saúde para auxiliar a tomada de decisão clínica, na medida em que faculte e amplifica conhecimentos, competências e capacidades inerentes a esse processo (Pereira *et al.*, 2009). Sendo a prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem [EEESCJ] (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010), o estudo de caso revela-se uma metodologia importante de aplicar e aperfeiçoar.

Este estudo de caso é relativo a uma lactente que iniciou a sua vigilância em saúde complementar nas consultas de desenvolvimento perinatal do centro hospitalar anteriormente referido durante o decorrer desta unidade curricular. A oportunidade de estar presente no primeiro contacto da criança/família com a unidade de cuidados e com a tipologia de consulta em questão, foi o que motivou a seleção deste caso para o seu respetivo estudo. De forma a proteger o direito de sigilo e privacidade da lactente e respetiva família a que este estudo de caso se reporta, o nome verídico da mesma foi substituído por um nome fictício.

Deste modo foi definido como objetivo geral adquirir competências ao nível da elaboração de um estudo de caso. Como objetivos específicos foram delineados adquirir/desenvolver conhecimentos, competências e capacidades ao nível da enfermagem de saúde da criança e do jovem, enquanto futura mestre e enfermeira especialista, adquirir/desenvolver conhecimentos e capacidades relativamente a esta metodologia específica, adquirir/desenvolver conhecimentos e competências referentes ao processo de enfermagem e das várias etapas que o constituem e adquirir/desenvolver conhecimentos e competências ao nível da linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE].

Este trabalho encontra-se dividido em duas partes, a primeira referente à etapa inicial do processo de enfermagem, a apreciação inicial, a qual se divide em três sub-capítulos, relativos ao histórico de saúde, enquadramento teórico e focos de intervenção. A segunda parte remete para o plano de cuidados alusivo ao caso em estudo, e por fim é apresentada a conclusão, onde para além da síntese dos aspetos significativos, é referido se os objetivos propostos para a elaboração deste trabalho foram ou não atingidos, e quais os ganhos pessoais e profissionais obtidos.

A elaboração deste trabalho cumpre as diretrizes do novo acordo ortográfico português e obedece à norma de referenciação *American Psychological Association [APA]*.

1. APRECIÇÃO INICIAL

A apreciação inicial caracteriza-se pela primeira fase do processo de enfermagem, através da qual o enfermeiro recolhe todos os dados e informações de saúde do cliente, de forma a identificar as suas necessidades. A identificação dos problemas de saúde em parceria com o cliente permite ao enfermeiro planear os cuidados a prestar, bem como estipular resultados pertinentes e exequíveis para ambos os intervenientes, respeitando sempre o projeto de saúde do cliente.

Para o EEESCJ, a apreciação inicial revela-se essencial para a tomada de decisão, na medida em que é fundamental dar resposta às necessidades da criança/jovem, mas também dos seus respetivos pais/conviventes significativos, através do estabelecimento de uma parceria de cuidados (OE, 2011). O respeito e o conhecimento pleno da situação de saúde da criança/jovem permitem ao EEESCJ direcionar a sua prática, fundamentando-a na evidência científica atual, com o objetivo de atingir os resultados esperados de forma eficaz e eficiente (OE, 2011).

De forma a simplificar esta complexa fase do processo de enfermagem, dividiu-se a apreciação inicial em três componentes essenciais, sendo eles o histórico de saúde, o enquadramento teórico e a identificação dos focos de intervenção.

1.1 HISTÓRICO DE SAÚDE

O histórico de saúde engloba todas as informações que se revelam importantes para a identificação dos focos que necessitam da intervenção do enfermeiro, neste caso do EEESCJ.

Tal como foi já referido anteriormente, o caso escolhido para estudo reporta-se a uma lactente, pelo que toda a colheita de dados foi efetuada através de informações facultadas pelos pais da mesma, do processo clínico existente e da observação direta em contexto de consulta de desenvolvimento perinatal. A recolha de dados ocorreu no dia 18/05/2017, data da primeira consulta de desenvolvimento perinatal da lactente em questão, com recurso a um instrumento de colheita propositadamente construído para a elaboração do presente estudo de caso (Apêndice 1). Este instrumento foi organizado com base no instrumento de colheita de dados utilizado nas consultas de desenvolvimento perinatal do CHBM e nas orientações preconizadas pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil [PNSIJ] atualmente em vigor em Portugal (Direção Geral da Saúde [DGS], 2013). Durante a recolha

de dados foram respeitados os princípios básicos de alguns instrumentos de enfermagem como a entrevista, a observação, a comunicação e a relação de ajuda.

Neste histórico de saúde, para além da análise das informações gerais e do estado atual de saúde da lactente, foram também alvos de avaliação a estrutura e o contexto do sistema familiar na perspetiva dos pais da mesma, constituindo esta avaliação familiar um dos critérios de boa prática do EEESCJ (OE, 2011).

A lactente chama-se Rita e nasceu no dia 31/03/2017, tendo atualmente 1 mês e 18 dias de vida. É do género feminino, etnia caucasiana, reside no Montijo e tem os pais como agregado familiar (família nuclear).

A mãe da Rita tem 21 anos de idade, o seu grupo sanguíneo é A Rh+, índice obstétrico de 1-0-1-1, apresenta serologias negativas, desconhece alergias e apresentou asma e bronquite crónica durante a infância. O pai da Rita tem 22 anos de idade, é saudável, não apresentando quaisquer patologias ou problemas de saúde agudos ou crónicos, e desconhece o seu grupo sanguíneo ou alergias. Relativamente a outros antecedentes familiares de saúde, o avô paterno da Rita apresenta hipercolesterolemia, a avó materna apresenta asma, e não existe qualquer historial familiar, materno ou paterno, de alergias a alimentos ou medicamentos.

O pai da Rita tem o 9º ano de escolaridade e encontra-se atualmente desempregado, a mãe também frequentou a escolaridade até ao 9º ano e trabalha como empregada de mesa num restaurante, encontrando-se atualmente a usufruir da licença parental inicial. Esta família não recebe nenhum tipo de apoio social ou comunitário e vive em casa alugada com boas condições habitacionais. A Rita não frequenta a creche, encontrando-se atualmente em casa com os pais.

A gravidez não foi planeada mas foi vigiada no centro de saúde desde as 9 semanas de gestação, num total de 5 consultas. Sem alterações nas ecografias fetais realizadas. O parto ocorreu às 37 semanas e 3 dias de gestação no Bloco de Partos do Hospital Garcia de Orta, EPE [HGO], foi eutócico com apresentação cefálica e extração difícil com circular cervical apertada. Ruptura da bolsa de águas de 52 horas [h] (proteína C reativa [PCR] materna negativa).

A Rita nasceu com 2500 gramas [g] de peso e índice de Apgar de 6-9, com 51cm de comprimento e 34,5cm de perímetro cefálico. Ao nascer apresentava-se hipotónica e com respiração pouco eficaz, recuperando após estimulação tátil, aspiração de secreções e ventilação por pressão positiva. Administrada vitamina K no momento do nascimento. Às 7h de vida foi encontrada em apneia, recuperando a respiração espontânea após 45 segundos de ventilação por pressão positiva com recurso a insuflador manual, sendo de seguida transferida para a unidade de cuidados intensivos neonatais [UCIN] do HGO.

O internamento da Rita na UCIN decorreu sem intercorrências entre 31/03/2017 e 07/04/2017. Durante este período a Rita não voltou a apresentar episódios de apneia e manteve-se sempre hemodinamicamente estável, com administração de oxigénio complementar a 0,25 litros por minuto por óculos nasais apenas no primeiro dia de internamento, para prevenção de dificuldade respiratória. Também para prevenção deste problema, após a sua transferência para a UCIN, a Rita iniciou alimentação entérica por sonda nasogástrica e suspendeu temporariamente o aleitamento materno.

No dia 31/03/2017 a Rita foi submetida a vários exames complementares de diagnóstico, nomeadamente hemocultura (com resultado negativo a 06/04/2017), hemograma e bioquímica (PCR de 2,96 miligramas por decilitro [mg/dl], parâmetro positivo de infeção neonatal) e ecografia transfontanelar, a qual revelou uma hemorragia intraventricular.

Devido à infeção neonatal a Rita cumpriu ciclo de antibioterapia dupla de 31/03/2017 a 07/04/2017, com esquema terapêutico de ampicilina 140 miligramas [mg] por via intravenosa de 8 em 8h e gentamicina 11mg por via intravenosa de 24 em 24h. Repetiu hemograma e bioquímica a 01/04/2017 e a 02/04/2017, com PCR de 4,29mg/dl e de 1,06mg/dl, respetivamente. No dia 04/04/2017 realizou eletroencefalograma cujo resultado não revelou quaisquer alterações. Foi efetuado diagnóstico precoce e administrada vacina anti-hepatite B (VHB) a 05/04/2017. Para vigilância da hemorragia intraventricular a Rita foi novamente submetida a ecografia transfontanelar a 06/04/2017, na qual se verificou uma franca melhoria do estado clínico, com resultado dentro dos parâmetros normais. Ficou com indicação para repetir ecografia transfontanelar aos 14 dias de vida e ao 1º e 3º mês de vida respetivamente.

A Rita tolerou a alimentação durante todo o internamento, iniciando novamente o aleitamento materno no dia 02/04/2017, o qual se manteve de forma exclusiva até ao momento da alta clínica. Peso na alta de 2610g. Teve alta clínica com indicação para vigilância em saúde complementar nas consultas de desenvolvimento perinatal do CHBM.

Atualmente a vigilância em saúde da Rita é efetuada no centro de saúde e complementarmente nas consultas de desenvolvimento perinatal do CHBM. Na primeira consulta de desenvolvimento perinatal da Rita estiveram presentes ambos os pais. Neste primeiro contacto a Rita apresentava-se com boa vitalidade, no entanto agitada e com um choro queixoso, com cuidados de higiene e vestuários adequados. Quando questionados sobre o estado geral da Rita, a mãe verbalizou que a última semana tinha sido complicada, pois surgiram problemas ao nível da amamentação e do conforto, nomeadamente uma pega incorreta à mama e o choro persistente. Segundo a mãe da Rita o choro persistente encontrava-se relacionado com o aparecimento de cólicas, exceto alguns episódios em que aparentava estar associado a fome.

De forma a resolver estes problemas, e após aconselhamento por parte do médico pediatra que efetua a vigilância em saúde da Rita no centro de saúde, a mãe da Rita adquiriu mamilos de silicone e iniciou a alimentação com leite artificial, em complemento ao aleitamento materno (90 mililitros [ml] após a mamada). Segundo esta, a Rita encontrava-se a cumprir este esquema alimentar há 3 dias, no entanto, e apesar de tolerar a totalidade dos 90ml de leite artificial após todas as mamadas, o choro persistente e pouco consolável mantinha-se. A mãe da Rita referiu mesmo um agravamento do desconforto abdominal e alterações ao nível do padrão de eliminação intestinal, visto que naquele momento a Rita não evacuava há mais de 48h.

Quando incentivada a amamentar naquele momento, com os objetivos de promover o conforto da Rita e de observar a pega e o posicionamento, a mãe acedeu de imediato. Apesar do correto posicionamento, os mamilos de silicone não eram de tamanho adequado tendo em conta a estrutura anatómica da Rita, e ao serem excessivamente grandes não permitiam que esta abocanhasse corretamente o mamilo, estimulando até por vezes o reflexo de vômito.

Apenas a mãe da Rita respondeu às questões colocadas, e a mesma apresentava-se visivelmente cansada. Apesar do pai da Rita se encontrar sempre presente, este não prestava cuidados à Rita por receio de a magoar, participando apenas na eructação durante e após as mamadas. No entanto, ambos os pais se demonstraram afetuosos e preocupados com a Rita no decorrer da consulta. Quando abordados sobre a possibilidade de ajuda por parte dos avós da Rita, para que a mãe conseguisse maiores períodos de descanso, esta respondeu que recebia algum apoio por parte dos avós maternos, no entanto estes ainda se encontravam profissionalmente ativos. A relação familiar com os avós paternos era distante, pelo que não era possível contar com o seu auxílio (Apêndice 2).

Após a amamentação a Rita mostrou-se mais confortável e foi possível efetuar a sua avaliação física, antropométrica e do desenvolvimento. Fisicamente a Rita apresentava pele e mucosas coradas e hidratadas, crânio sem alterações, fontanelas normotensas, face sem alterações, olhos sem alterações, nariz sem alterações, bocasem alterações, orelhassem alterações, pescoço sem alterações, tórax sem alterações com respiração predominantemente abdominal, abdómen distendido e doloroso à palpação, coto umbilical cicatrizado, membros superiores sem alterações, costas sem alterações, anca sem alterações, membros inferiores sem alterações, genitais sem alterações, ânus sem alterações, tónus muscular normal, atividade motora mantida e reflexos primitivos presentes. Nos valores antropométricos verificou-se um peso corporal de 4010g (percentil 50), comprimento de 54cm (percentil 50), perímetro cefálico de 37,5cm (percentil 50) e índice de massa corporal de 13,75 (percentil 15).

Em termos de desenvolvimento foram avaliadas a postura e a motricidade global, a visão e a motricidade fina, a audição e a linguagem, o comportamento e a adaptação social, e a presença de sinais de alarme. Relativamente à postura e motricidade global foi verificado que em decúbito ventral a Rita lateraliza a cabeça e tenta levantá-la, com membros fletidos sob o abdómen e cotovelos fletidos junto ao tronco; em suspensão ventral a cabeça encontra-se alinhada com o tronco, permanecendo abaixo do plano do corpo e os membros encontram-se semi-fletidos; lateraliza a cabeça em decúbito dorsal, braços e pernas semi-fletidos; apresenta postura assimétrica em decúbito dorsal, membro superior do lado da face em extensão; manifesta queda da cabeça aquando tração pelas mãos; ostenta dorso em arco, queda da cabeça para a frente e mãos fechadas em posição sentada; mantém a cabeça ereta e os membros semi-fletidos quando em suspensão vertical; possui os reflexos de Moro, sucção, deglutição, preensão palmar, marcha automática e tónico assimétrico do pescoço presentes e sem alterações. Quanto à visão e motricidade fina foi possível avaliar que a Rita segue lentamente com o olhar uma roca amarela a 20-25cm em quarto de círculo de círculo (de ambos os lados até à linha média) e fixa a face dos pais. Na audição e linguagem foi averiguado que a Rita comunica o seu desconforto através do choro; mostra-se atenta ao som de uma roca a 15cm do ouvido, olhando nessa direção; sobressalta-se com sons altos; reage positivamente à voz dos pais. Revela-se importante referir que a Rita não efetuou o rastreio auditivo neonatal universal por indisponibilidade do aparelho necessário a esse exame no HGO. A avaliação relativa ao comportamento e adaptação social mostrou que a Rita fixa a face da mãe durante a amamentação e chora quando desconfortável. A presença do sorriso social não se verificou durante a consulta, no entanto os pais referiram que se encontra presente. Após toda a avaliação da Rita concluiu-se a ausência de sinais de alarme.

Relativamente aos últimos exames complementares de diagnóstico, as ecografias transfontanelares efetuadas aos 14 dias e ao 1º mês de vida não revelaram quaisquer alterações, estando os resultados dentro dos parâmetros normais. Foi verificada adesão ao programa nacional de vacinação.

1.2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Define-se por lactente qualquer criança com idade compreendida entre os 29 dias e os 12 meses (Hockenberry & Wilson, 2014). Durante este período a criança apresenta um crescimento e um desenvolvimento notoriamente acentuados, registando-se uma maturação progressiva dos vários sistemas corporais e, simultaneamente, a aquisição e desenvolvimento de competências que lhe permitirão responder de forma crescente ao ambiente que a rodeia (Hockenberry & Wilson, 2014).

A Rita ainda se encontra no início desta faixa etária, no entanto é já possível verificar-se alguma evolução ao nível das diferentes áreas que o crescimento e o desenvolvimento do lactente engloba, nomeadamente em termos físicos, motores, sensoriais, cognitivos, psicossociais e sociais.

O desenvolvimento físico do lactente é francamente notório, principalmente nos primeiros 6 meses, e é facilmente verificado através da avaliação antropométrica. O peso corporal deve duplicar relativamente ao peso de nascimento até aos 5 meses, com um aumento médio do peso de cerca de 680g mensais até essa altura (Hockenberry & Wilson, 2014). Com 1 mês e 18 dias de vida a Rita já aumentou 1510g desde o nascimento, faltando-lhe apenas 990g para duplicar o seu peso de nascença (2500g), o que é indicativo de uma evolução ponderal positiva. No que respeita ao comprimento, o lactente aumenta em média cerca de 2,5cm mensais nos primeiros 6 meses, e quanto ao perímetro cefálico é suposto que aumente aproximadamente 2cm por mês até aos 3 meses de idade. Atualmente a Rita apresenta 54cm de comprimento e 37,5cm de perímetro cefálico, averiguando-se um aumento de 3cm em cada uma das respetivas medidas, estando esta evolução dentro dos valores de referência. Estes valores antropométricos atuais da Rita, peso, comprimento e perímetro cefálico, encontram-se associados ao percentil 50. No entanto, estes dados são meramente orientadores face ao desenvolvimento do lactente, uma vez que este é influenciado por vários fatores, nomeadamente genéticos, ambientais, metabólicos e nutricionais (Hockenberry & Wilson, 2014). Relativamente ao exame físico a Rita não apresentou alterações, excepto o abdómen distendido e doloroso à palpação, sugestivo de cólicas. As cólicas no lactente, ou dor abdominal paroxística, caracterizam-se por dor ou câibra abdominal manifestada por irritabilidade e/ou choro excessivo e súbito, acompanhada pela flexão das pernas sob o abdómen (Hockenberry & Wilson, 2014). Manifestam-se normalmente entre as duas semanas e os quatro meses de vida da criança, no entanto podem surgir mais precocemente e/ou perdurarem muito mais tempo para além deste período (Hockenberry & Wilson, 2014). A etiologia deste problema é desconhecida, existindo apenas algumas teorias e estudos que apontam para potenciais causas e fatores desencadeantes, entre eles fatores gastrointestinais, biológicos e psicossociais (Hockenberry & Wilson, 2014). O diagnóstico é normalmente efetuado através da verificação dos critérios de Wessel, que consistem em choro intenso e/ou irritabilidade durante um período de tempo superior a três horas por dia, mais de três dias por semana e com uma duração superior a três semanas, não existindo quaisquer exames complementares ou provas analíticas que permitam tornar o processo de diagnóstico mais objetivo e fidedigno (Hockenberry & Wilson, 2014).

O desenvolvimento da motricidade global e fina ocorre sequencialmente e de forma ordenada, no sentido céfalo-caudal e próximo-distal (Hockenberry & Wilson, 2014). A falta

de controlo da cabeça aquando tração pelas mãos, a lateralização da mesma quando se encontra em decúbito ventral ou dorsal e segurá-la momentaneamente na linha média estando o corpo em suspensão ventral são características que o lactente apresenta entre 1 e 2 meses de idade (Hockenberry & Wilson, 2014). Para além destas, apresentar uma postura assimétrica em decúbito dorsal, ostentar o dorso em arco e possuir os reflexos primitivos presentes e sem alterações, com uma maturação efetiva da sucção e deglutição, são também indicativos de um desenvolvimento normal da motricidade global (Hockenberry & Wilson, 2014). Em termos de motricidade fina a Rita apresenta as mãos predominantemente fechadas, o que se afigura como o padrão normal para a faixa etária em que se encontra (Hockenberry & Wilson, 2014).

Da mesma forma que ocorrem mudanças significativas ao nível físico e motor do lactente, no que diz respeito às mudanças sensoriais também se afiguram várias e de extrema importância no seu desenvolvimento. A acuidade visual é gradualmente aperfeiçoada, e até às 6 semanas de vida é expectável que o lactente consiga seguir um objeto em movimento numa amplitude de 90 graus, quando exibido a 20-25 cm de distância e mostrar interesse pelo rosto humano, especialmente o da mãe (Hockenberry & Wilson, 2014). No que toca à audição é suposto que o lactente até às 8 semanas se sobressalte quando exposto a sons elevados e que reaja mais prontamente ao som da voz humana do que a qualquer outro tipo de som (Hockenberry & Wilson, 2014). A Rita já atingiu todos estes marcos do desenvolvimento visual e auditivo.

Quanto ao desenvolvimento cognitivo, segundo a teoria do desenvolvimento de Jean Piaget, a Rita encontra-se no período sensório-motor, o qual ocorre entre o nascimento e os 2 anos de idade (Hockenberry & Wilson, 2014). Dentro deste período, o lactente evolui da execução de atividades reflexas, através de comportamentos repetitivos simples, até ao comportamento imitativo, em que a afetividade e a inteligência são indissociáveis (Hockenberry & Wilson, 2014). O período sensório-motor divide-se em 6 sub-estádios, sendo que a Rita se encontra no segundo, o qual tem lugar entre o primeiro e o quarto mês de vida. Este sub-estádio é referente às reações circulares primárias, surgindo os primeiros esboços dos atos voluntários, e onde o lactente adapta as suas reações ao ambiente que o rodeia e reconhece o estímulo que gerou a resposta (Hockenberry & Wilson, 2014). São comportamentos característicos deste sub-estádio do desenvolvimento mostrar antecipação antes da alimentação, descobrir partes do próprio corpo (mãos e dedos), ausência de sinais de ansiedade da separação (caso a rotina seja sempre a mesma), reconhecer rostos e objetos familiares, demonstrar consciência de ambientes estranhos e mostrar-se aborrecido quando fica sozinho (Hockenberry & Wilson, 2014). A Rita, com aproximadamente 1 mês e meio de vida, não apresenta sinais de ansiedade da separação

(permanece a maior parte do tempo em casa com os pais) e já reconhece rostos e objetos familiares.

Relativamente ao desenvolvimento psicossocial, a Rita encontra-se na fase da confiança versus desconfiança, tendo por base a teoria psicossocial do desenvolvimento de Erikson (Hockenberry & Wilson, 2014). Esta fase está relacionada com o ultrapassar a desconfiança com a aquisição simultânea de um sentimento de confiança. Neste período o lactente apercebe-se de que os outros, para além dele próprio, controlam também o ambiente, compreendendo que ocorrem uma série de circunstâncias que permitem o atingir de uma satisfação mútua (Hockenberry & Wilson, 2014). Para que esta fase se desenvolva dentro da normalidade é fundamental que exista um excelente vínculo mãe/filho, e que o lactente e os pais aprendam a satisfazer positivamente as suas necessidades (Hockenberry & Wilson 2014). Esta fase destaca-se por ser a mais importante no desenvolvimento da criança, pois a confiança adquirida na infância proporciona as bases para o sucesso de todas as fases psicossociais futuras (Hockenberry & Wilson 2014). Durante os primeiros 4 meses de vida a alimentação é a atividade psicossocial mais importante para o lactente, na medida em que começa a apresentar comportamentos mais avançados para interagir com quem o rodeia, nomeadamente com os pais, chamando a atenção com métodos distintos de choro (Hockenberry & Wilson 2014). Esta pressão, mesmo que inicialmente seja reflexa, envolve-se de um importante significado social para os pais, cuja resposta leva à estimulação tátil, tornando-se esta estimulação uma ferramenta fulcral no processo de aquisição de confiança (Hockenberry & Wilson 2014). A mãe da Rita referiu conseguir identificar os diferentes tipos de choro da Rita, reconhecendo quando esta manifesta fome ou desconforto. Observou-se que a Rita fixa o rosto da mãe durante a amamentação, e por sua vez a mãe acaricia-a durante esta atividade, demonstrando o estabelecimento de um vínculo forte e de uma confiança mútua.

Por último, o desenvolvimento social do lactente está diretamente dependente da relação existente com os seus cuidadores principais, sendo estes os pais na maioria dos casos (Hockenberry & Wilson 2014). A partir dos 6 meses de idade, o apego ao progenitor, predominantemente à mãe, torna-se mais visível. Durante o primeiro ano de vida, o lactente faz grandes progressos tanto na comunicação como no comportamento pessoal-social (Hockenberry & Wilson 2014). A vinculação, que consiste num laço emocional forte estabelecido entre a criança e os seus cuidadores, normalmente os pais, é essencial para o correto desenvolvimento social e emocional da criança (Hockenberry & Wilson 2014). A capacidade de distinguir os pais de outros indivíduos, bem como o choro, o sorriso e a vocalização diferenciada dirigidos para estes, favorecem e demonstram processos de vinculação e, conseqüentemente, de comunicação e socialização positivos (Hockenberry & Wilson 2014). Por sua vez, o choro é a primeira forma de comunicação verbal da criança, e

durante os primeiros meses de vida é sinónimo de desconforto e/ou de alerta. Outros sinais de uma adequada adaptação social a partir das 4 semanas de vida são a diminuição dos períodos de sono e o aumento do estado de alerta, prolongando a interação com os pais, o fixar o rosto dos pais e a presença do sorriso social (Hockenberry & Wilson 2014). Tal como foi já referido anteriormente a vinculação entre a Rita e os pais parece estar bem estabelecida, sendo mais notória com a mãe. O facto de a Rita fixar a face da mãe, chorar quando se encontra desconfortável e ter presente o sorriso social demonstram um comportamento adequado à faixa etária em que a Rita se insere, bem como uma adaptação social positiva.

Apesar de a Rita apresentar atualmente um crescimento e um desenvolvimento adequados à sua idade, com os parâmetros avaliados dentro da normalidade, revela-se importante explorar o seu período neonatal devido às alterações que nele apresentou, e que poderão ainda influenciar o seu desenvolvimento infantil futuro.

A Rita foi uma recém-nascida pré-termo tardia, ou seja, o seu nascimento ocorreu entre as 34 e as 36 semanas e 6 dias de gestação (Hockenberry & Wilson, 2014). Vários são os fatores de risco para a ocorrência de parto pré-termo, como o baixo nível socioeconómico, a gravidez múltipla, o tabagismo, um parto pré-termo anterior, entre outros, no entanto a maioria destes partos ocorrem em mulheres sem qualquer fator de risco associado (Centeno, 2017).

O recém-nascido prematuro apresenta um risco acrescido de mortalidade e de morbilidade (tanto a curto como a longo prazo), comparativamente ao recém-nascido de termo (Centeno, 2017). A melhoria dos cuidados perinatais nas últimas décadas permitiu um aumento das taxas de sobrevivência, principalmente em recém-nascidos com idade gestacional igual ou inferior a 33 semanas e/ou com muito baixo peso ao nascer (Quintas, 2017). A imaturidade inerente ao recém-nascido pré-termo torna-o mais susceptível a complicações neonatais, tais como hiperbilirrubinemia, sépsis, dificuldade respiratória, apneia da prematuridade, entre outros, predispondo-os também a problemas que podem persistir na idade adulta, como alterações do crescimento e do desenvolvimento, asma, problemas na aprendizagem, etc. (Hockenberry & Wilson, 2014).

Durante o período neonatal da Rita os cuidados de saúde foram direcionados para a profilaxia e tratamento/controlo de problemas de saúde característicos do recém-nascido prematuro, nomeadamente a dificuldade respiratória, a apneia da prematuridade, a hemorragia intraventricular e a infeção neonatal. Estes problemas, para além de serem comuns no recém-nascido pré-termo, encontram-se relacionados entre si, influenciando a evolução clínica da criança.

A dificuldade respiratória é uma condição própria do recém-nascido, estabelecendo-se quando surge dificuldade na adaptação à vida extrauterina (Malveiro *et al.*, 2012). A

transição do meio intrauterino para o meio extrauterino obriga a alterações elementares dos sistemas respiratório e circulatório do recém-nascido, de forma a que as trocas gasosas continuem a ocorrer adequadamente sem a intervenção da circulação placentar (Malveiro *et al.*, 2012). Dependendo dos casos, o tempo necessário para esta adaptação pode variar. Por norma, aos 20 minutos de vida a frequência respiratória deve ser inferior a 60 ciclos por minuto, a saturação periférica de oxigénio deve ser superior a 90 por cento [%] e devem estar ausentes sinais de dificuldade respiratória, como tiragem intercostal, gemido e adejo nasal (Malveiro *et al.*, 2012). A persistência destes e/ou de outros sinais de dificuldade respiratória exigem vigilância clínica e eventual investigação diagnóstica e terapêutica (Malveiro *et al.*, 2012).

São vários os fatores de risco associados à dificuldade respiratória no recém-nascido, como é o caso da prematuridade (défice de surfatante e caixa torácica excessivamente complacente), do parto por cesariana (atraso na absorção do líquido amniótico pulmonar), stresse fetal (associado ao síndrome de aspiração meconial), do frio/hipotermia (diminuição da produção de surfatante), entre outros (Malveiro *et al.*, 2012). O diagnóstico diferencial da dificuldade respiratória pode estar relacionado com causas infecciosas e/ou alterações ao nível de vários sistemas corporais, nomeadamente respiratório, cardiovascular, gastrointestinal, metabólico, hematológico, nervoso central, incluindo-se neste último a hemorragia intracraniana (Malveiro *et al.*, 2012). Segundo Saldanha *et al.* (2017), entre as intervenções terapêuticas mais comuns na prevenção e controlo deste problema no recém-nascido destacam-se o fornecimento de calor (incubadora, fonte de calor, mantas, etc.), o posicionamento (elevação da cabeceira do berço a 45 graus), a administração de oxigénio (em incubadora, por óculos nasais, etc.) e a alimentação por sonda nasogástrica ou por tetina (para diminuição do esforço respiratório).

A apneia é definida por uma pausa respiratória superior a 20 segundos, ou por qualquer pausa respiratória sucedida de cianose e/ou bradicardia (Malveiro *et al.*, 2012). O recém-nascido pré-termo tem maior probabilidade de apresentar este problema, passando a denominar-se apneia da prematuridade, a qual pode ser classificada de acordo com a sua origem (Hockenberry & Wilson, 2014). Existem três tipos de apneia da prematuridade, a apneia central, que ocorre por ausência da função muscular do diafragma e/ou de outros músculos respiratórios, a apneia obstrutiva, por obstrução das vias aéreas superiores, e a apneia mista, a qual é a mais comum e se afigura uma combinação dos dois tipos anteriores (Hockenberry & Wilson, 2014).

A imaturidade do recém-nascido prematuro concede-lhe um conjunto de características que o tornam vulnerável a esta patologia, nomeadamente o fraco controlo dos mecanismos neurológicos e respiratórios, a ausência de resposta à hipercapnia e à hipoxemia, os reflexos respiratórios pouco maduros e a hipotonia dos músculos respiratórios (Hockenberry

& Wilson, 2014). Para além disso, estão já identificados outros fatores que podem despoletar episódios de apneia, como a infeção neonatal, convulsões, desidratação, persistência do canal arterial, dificuldade respiratória, hemorragia intraventricular, entre outros (Hockenberry & Wilson, 2014). A administração de cafeína na forma de citrato tem demonstrado grande eficácia no tratamento da apneia, atuando como estimulante do sistema nervoso central. Em casos mais graves é frequentemente necessário recorrer à ventilação mecânica (Hockenberry & Wilson, 2014).

Qualquer recém-nascido, seja de termo ou de pré-termo, apresenta um risco hemorrágico elevado devido à deficiência em vitamina K, razão pela qual esta lhe é administrada logo após o parto (Hockenberry & Wilson, 2014). A principal função desta vitamina é catalizar a síntese de protrombina no fígado, a qual é essencial para a ação dos fatores de coagulação sanguíneos. A vitamina K é naturalmente sintetizada na flora intestinal, mas visto que o intestino do recém-nascido é presumivelmente estéril no nascimento e que o leite materno inicial possui baixos níveis desta vitamina, o seu fornecimento é inadequado durante os primeiros dias de vida da criança (Hockenberry & Wilson, 2014).

Apesar da administração de vitamina K como medida preventiva de hemorragias no recém-nascido, estas podem mesmo assim ocorrer. Focando-nos nas hemorragias cerebrais, o recém-nascido pré-termo está mais sujeito a eventos hemorrágicos neste órgão devido à sua elevada vascularização, especialmente durante episódios geradores de flutuações no fluxo cerebral, tais como o aumento da pressão venosa e a hipoxemia (Hockenberry & Wilson, 2014). A hemorragia intraventricular é um dos principais tipos de lesão cerebral que ocorrem no recém-nascido prematuro, juntamente com a leucomalácia periventricular e a hemorragia/lesão do cerebelo (Quintas, 2017). Caracteriza-se por uma hemorragia ao nível dos ventrículos cerebrais, podendo haver rutura do seu revestimento endimário e consequente enchimento parcial ou total do sistema ventricular. Nos casos mais graves a hemorragia pode estender-se ao parênquima cerebral (Hockenberry & Wilson, 2014).

Várias são as características clínicas associadas à hemorragia intraventricular, entre elas a asfixia ao nascer, a dificuldade respiratória, a hipotensão, o pneumotórax, a idade gestacional precoce, etc. (Hockenberry & Wilson, 2014). Os métodos de diagnóstico neuroimagiológicos são a ecografia transfontanelar e a ressonância magnética nuclear crânio-encefálica. A ecografia transfontanelar é o exame complementar de eleição nos primeiros meses de vida da criança, e consiste na visualização anatómica das estruturas intracranianas através das fontanelas com recurso a um ecógrafo especial para o efeito (Quintas, 2017).

O tratamento da hemorragia intraventricular é meramente preventivo e de controlo, assentando numa deteção rápida e precoce e numa vigilância clínica adequada (Hockenberry & Wilson, 2014). A administração de vitamina K após o nascimento e a manutenção de uma oxigenação adequada são consideradas as principais intervenções preventivas deste tipo de hemorragia (Hockenberry & Wilson, 2014). De um modo geral, caso os resultados das ecografias transfontanelares de controlo sejam repetidamente normais, os estudos sugerem uma probabilidade de 94% de a criança vir a apresentar um desenvolvimento motor adequado (Quintas, 2017).

No ano de 2005 as definições do contínuo de sepsis (síndrome de resposta inflamatória sistémica, infeção, sepsis, sepsis grave, choque séptico e disfunção orgânica) no adulto foram adaptadas em consenso internacional ao recém-nascido de termo, no entanto ainda não existe atualmente consenso sobre estas definições relativas ao recém-nascido prematuro (Marçal e Tuna, 2012). Num recém-nascido de termo, é reconhecida como infeção neonatal a suspeita de infeção ou infeção comprovada (por cultura positiva, coloração de Gram ou reação em cadeia da polimerase – PCR), originada por qualquer microrganismo patogénico ou síndrome associada a elevada probabilidade de infeção. A evidência de infeção preconiza alterações dos exames físico, imagiológicos ou laboratoriais. (Marçal e Tuna, 2012).

O recém-nascido é altamente suscetível à infeção, devido à diminuição da imunidade específica (humoral) e não específica (inflamatória), à deficiência fagocitária, à resposta quimiotática lenta, a imunoglobulinas A (IgA) e M (IgM) mínimas ou ausentes e a níveis diminuídos de complemento (Hockenberry & Wilson, 2014). Devido à reduzida ou inexistente resposta aos agentes patogénicos, geralmente não se verifica uma reação inflamatória na porta de entrada que permita detetar precocemente a infeção, assim como os sintomas tendem a ser vagos e inespecíficos, fazendo com que a infeção facilmente evolua para uma sepsis (Hockenberry & Wilson, 2014). Entre os fatores exacerbantes do risco de infeção encontram-se a prematuridade, as malformações congénitas, os procedimentos invasivos, alterações da integridade da pele e/ou mucosas, entre outros (Hockenberry & Wilson, 2014).

A infeção neonatal pode ser adquirida antes, durante e após o parto. A infeção pré e perinatal implica a transferência materno-fetal de organismos patogénicos, sendo que a infeção após o parto tende a ocorrer por infeção hospitalar ou por contágio na comunidade (Hockenberry & Wilson, 2014). O tratamento consiste na administração de antibióticos por via intravenosa entre 7 a 10 dias, e eventual suporte circulatório e respiratório. A administração de terapêutica antifúngica e antiviral deve ser implementada sempre que necessário, dependente dos agentes causais (Hockenberry & Wilson, 2014). O aleitamento materno é uma das principais medidas preventivas deste problema de saúde no recém-

nascido, devido à presença de aglutininas, imunoglobulinas, macrófagos e linfócitos, estabelecendo assim um efeito protetor (Hockenberry & Wilson, 2014).

1.3 FOCOS DE INTERVENÇÃO

A elaboração do histórico de saúde possibilitou a identificação de necessidades de intervenção por parte do EEESCJ em determinados focos específicos, ou seja, potenciais diagnósticos de enfermagem, nomeadamente em termos da amamentação, do papel parental, da cólica e da obstipação.

Ao nível da amamentação a primeira intervenção foi elogiar o aleitamento materno, e de como este se encontra a contribuir para a evolução ponderal positiva da Rita, apesar de já não ser um alimento exclusivo. O elogiar funciona como estímulo positivo, promovendo a amamentação e incentivando os pais a manterem este tipo de alimentação que tantas vantagens apresenta para a Rita e para a sua mãe. De forma a tentar resolver/minimizar os problemas relacionados com a amamentação atualmente existentes, efetuaram-se vários ensinamentos. Para além disso, os pais foram também capacitados para estarem alerta relativamente a algumas dificuldades que já surgiram, ou que se poderão ainda manifestar, com o objetivo de que as consigam ultrapassar.

A promoção e a otimização da saúde durante esta faixa etária da criança passam não só pela sua vigilância em saúde, mas também pela orientação e esclarecimento dos pais, os quais se encontram num período de transição para a parentalidade e de adaptação ao papel parental. Foi enaltecido o papel parental enquanto elemento essencial ao adequado crescimento e desenvolvimento da Rita, e acima de tudo o pai foi incentivado a participar mais nos cuidados à Rita. Esta participação efetiva do pai no tomar conta da Rita terá efeitos positivos na lactente, promovendo um pleno desenvolvimento cognitivo, psicossocial e social, na mãe da Rita, a qual pudera descansar e recuperar tanto física como mentalmente, bem como irá fortalecer o vínculo entre todos os elementos da família e a ligação já existente entre a Rita e o pai.

Foram referidas várias atividades promotoras do desenvolvimento passíveis de serem facilmente executadas pelo pai, para que a maior interação por parte deste se vá gradualmente verificando, tais como pegar na Rita e embalá-la suavemente, falar e cantar suavemente com sons variantes em intensidade e tonalidade, chamar a Rita pelo nome, comunicar com ela olhando-a nos olhos, falar com a Rita enquanto esta se encontra nos joelhos do pai e deixar que esta agarre o seu dedo indicador com as mãos, etc. Mencionaram-se outras atividades para o mesmo fim mas com o objetivo de serem realizadas em grupo, ou seja, com a presença de ambos os pais, nomeadamente movimentar objetos coloridos e/ou sonoros perto de rosto da Rita de maneira a chamar a sua atenção, observar a Ritana suas atividades de vida de forma a perceber aquilo que a

acalma, o que a estimula e o que ela procura para se autoconfortar, efetuar massagem de conforto após o banho sem movimentos bruscos ou muito elaborados, proporcionar momentos calmos e pouco estimulantes, limitando as visitas de estranhos e ambientes agitados.

Quanto à cólica e à obstipação, são dois problemas de saúde que a Rita atualmente apresenta e que necessitam de ser rapidamente apaziguados/eliminados, pois comprometem o conforto e o bem-estar de toda a família. Foi inicialmente avaliado o conhecimento dos pais sobre estas temáticas, direccionando-se assim os ensinamentos para aquilo que era desconhecido e/ou suscitava dúvidas, tornando assim a consulta mais eficaz e eficiente. Abordou-se a prevenção e o tratamento/alívio destes problemas, bem como se desmistificaram alguns pontos relacionados com os mesmos.

Durante o estabelecimento desta parceria de cuidados a comunicação expressiva de emoções foi deliberadamente facilitada (OE, 2011). A abertura dos pais para a capacitação e negociação permitiu aperfeiçoar os elementos de qualidade do EEESCJ de criar uma oportunidade para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adopção de comportamentos potenciadores da saúde, e de fornecimento de informação orientadora dos cuidados antecipatórios, dirigida às famílias, para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil (OE, 2011).

2. PLANO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O plano de cuidados de enfermagem engloba as restantes etapas do processo de enfermagem, sendo elas a formulação dos diagnósticos de enfermagem, o planeamento e a implementação dos cuidados e a avaliação.

A formulação dos diagnósticos de enfermagem tem como princípio a identificação dos focos onde o EEESCJ deve intervir, atribuindo-lhes um juízo que caracteriza o seu estado atual.

O planeamento e a implementação dos cuidados é por si só um processo complexo e criativo, na medida em que as intervenções de enfermagem planeadas têm de ir ao encontro dos resultados esperados delineados e do projeto de saúde da criança/jovem e/ou família. Para que tal seja possível é imprescindível o estabelecimento de uma parceria de cuidados com a criança/jovem e/ou família tendo em vista o envolvimento, a participação, a capacitação e a negociação (OE, 2011).

Nesta etapa a tomada de decisão deve ter como orientação as evidências científicas atuais. Nos critérios de qualidade da intervenção do EEESCJ encontra-se a exigência relativa ao rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem, que visem a aplicação e mobilização de conhecimentos e habilidades referentes a diversos temas, como é o caso da rápida identificação dos focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória, do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem e sua respetiva avaliação, e das terapias não farmacológicas para o alívio da dor (OE, 2011).

A avaliação rigorosa e sistemática dos resultados decorrentes das intervenções de enfermagem realizadas permite a atualização constante do plano de cuidados, tanto ao nível dos diagnósticos como do planeamento e da implementação dos cuidados, acompanhando o estado de saúde do cliente e os seus objetivos em saúde.

Tal como foi já anteriormente referido, no caso da Rita os focos de intervenção identificados foram a amamentação, o papel parental, a cólica e a obstipação. Deste modo, foram delineados e priorizados 4 diagnósticos de enfermagem com recurso à CIPE – Versão 2015 (OE, 2016): amamentação comprometida, papel parental potencialidade, cólica atual e obstipação atual.

Após o apuramento destes diagnósticos em parceria com os pais da Rita, um conjunto de cuidados de enfermagem foi então discutido, planeado e implementado, de forma a dar resposta a essas necessidades alteradas.

Seguidamente é apresentado o plano de cuidados em formato de tabela para simplificar a leitura e a compreensão do mesmo (Tabela 1). Neste encontram-se especificados os diagnósticos de enfermagem por ordem de prioridade, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem respeitantes a cada um deles, bem como as competências do EEESCJ (OE, 2010) e a evidência científica que sustentam todo este processo. As intervenções de enfermagem planeadas e implementadas reportam-se sobretudo à avaliação do conhecimento dos pais da Rita e ao ensino e capacitação dos mesmos relativamente aos focos de intervenção, visto a Rita ainda ser uma criança totalmente dependente dos cuidados parentais.

Tabela 1 – Plano de cuidados da Rita (18/05/2017)

Diagnóstico de Enfermagem 1	
<p>Amamentação comprometida</p> <p>Padrão alimentar ou de ingestão de líquidos: alimentar um lactente oferecendo leite das mamas (OE, 2016).</p>	<p><u>Resultados Esperados:</u></p> <p>Amamentação melhorada</p>
<p><u>Intervenções de Enfermagem:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Incentivar a amamentação; ✓ Observar a mamada; ✓ Avaliar o conhecimento sobre o amamentar; ✓ Ensinar sobre o amamentar e as vantagens do aleitamento materno; ✓ Ensinar e instruir sobre os sinais de pega correta à mama; ✓ Ensinar sobre o aleitamento materno em horário livre; ✓ Aconselhar a aquisição de mamilos de silicone de tamanho 	<p><u>Competências do EEESCJ:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar (E1.1.1.); ✓ Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença (E1.1.4.); ✓ Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adopção de comportamentos

<p>adequado à estrutura anatómica da Rita;</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Ensinar como complementar a amamentação com leite materno em substituição do leite artificial;✓ Ensinar sobre o armazenamento de leite materno;✓ Ensinar sobre os picos de crescimento no lactente e o consequente aumento repentino das necessidades nutricionais.	<p>potenciadores de saúde (E1.1.5.);</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória (E2.1.1.);✓ Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem (E2.2.1);✓ Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento (E3.1.1.);✓ Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem (E3.1.2.);✓ Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil (E3.1.3.);✓ Avalia o desenvolvimento da parentalidade (E3.2.1.);✓ Demonstra conhecimentos sobre competências do recém-nascido para promover o comportamento interativo (E3.2.2.);✓ Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/recém-nascido (E3.2.4.);✓ Promove a amamentação (E3.2.5.);✓ Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao recém-nascido (E3.2.6.);✓ Facilita a comunicação expressiva de emoções (E3.4.1.);✓ Reforça a tomada de decisão responsável (E3.4.4.).
--	--

Evidência científica:

O leite materno é um alimento vivo, completo e natural, e as vantagens do aleitamento materno são múltiplas, tanto a curto como a longo prazo, existindo consenso a nível mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor forma de alimentação das crianças até aos 6 meses de idade (Levy & Bértolo, 2012). Estima-se que cerca de 40% das mulheres portuguesas abandonam o aleitamento materno exclusivo entre o nascimento e os 6 meses de vida da criança, relacionando essa decisão com dificuldades na amamentação, má progressão ponderal do lactente, noção de hipogaláctia e o regresso à atividade laboral (Gaspar *et al.*, 2015). De forma a contrariar esta tendência, revela-se essencial a promoção e o suporte do aleitamento materno junto dos pais dos lactentes.

As dificuldades na amamentação devem ser devidamente exploradas, com o objetivo de serem ultrapassadas com sucesso. Capacitar os pais relativamente aos sinais de pega correta à mama (prevenindo problemas na mama e na amamentação), aos meios alternativos de alimentação com leite materno (extração do leite materno e oferecê-lo por teta, a utilização de bicos de silicone adequados ao lactente, etc.) e às medidas a tomar para que o armazenamento de leite materno seja possível, são deveras importantes na promoção do aleitamento materno exclusivo, facilitando o regresso à atividade laboral e permitindo ultrapassar obstáculos (Organização Mundial da Saúde [OMS] & Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF], 1993).

De forma a prevenir uma progressão ponderal negativa no lactente é essencial informar os pais sobre a importância do aleitamento materno em horário livre, ou seja, alimentar a criança sempre que esta manifestar fome. Para além disso, é fundamental ensinar os pais sobre os picos de crescimento no lactente, e o conseqüente aumento repentino das necessidades nutricionais, sendo que o primeiro tem tendência a manifestar-se entre as 6 e as 8 semanas de vida (OMS & UNICEF, 1993). O súbito aumento do número de vezes em que a criança manifesta fome pode levar a uma noção errada de hipogaláctia, e à introdução desnecessária de leites artificiais (OMS & UNICEF, 1993).

Capacitar os pais no ato de amamentar traduz-se em ganhos na saúde da criança e da mãe, bem como permite o estabelecimento de um vínculo emocional e afetivo forte entre esta e os seus pais.

Diagnóstico de Enfermagem 2	
<p>Papel parental potencialidade</p> <p>Papel de membro da família: interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe/pai; internalizar as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de mãe/pai, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente (OE, 2016).</p>	<p><u>Resultados Esperados:</u></p> <p>Papel parental melhorado</p>
<p><u>Intervenções de Enfermagem:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Incentivar os pais pelo desempenho do papel parental; ✓ Apoiar e promover o papel parental; ✓ Estimular a participação do pai nos cuidados à Rita; ✓ Ensinar sobre o papel parental; ✓ Avaliar o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil; ✓ Ensinar sobre o desenvolvimento infantil; ✓ Ensinar sobre sinais de alerta e como atuar perante estes; ✓ Esclarecer dúvidas e/ou receios. 	<p><u>Competências do EEESCJ:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar (E1.1.1.); ✓ Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis (E1.1.2.); ✓ Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assumpção dos seus papéis em saúde (E1.1.3.); ✓ Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos

	<p>específicos de saúde/doença (E1.1.4.);</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde (E1.1.5.);✓ Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar (E1.1.6.);✓ Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico (E1.2.3.);✓ Identifica situações de risco para a criança e jovem (Ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco) (E1.2.4.);✓ Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde (E1.2.7.);✓ Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família (E1.2.8);✓ Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem (E2.2.1);✓ Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem (E3.1.2.);✓ Avalia o desenvolvimento da parentalidade (E3.2.1.);✓ Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/recém-nascido (E3.2.4.);✓ Promove a amamentação (E3.2.5.);✓ Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao
--	---

	recém-nascido (E3.2.6.); ✓ Facilita a comunicação expressiva de emoções (E3.4.1.).
<p><u>Evidência científica:</u></p> <p>O papel parental tem como objetivo a promoção da sobrevivência física e da saúde da criança, de forma a que esta cresça e se desenvolva adequadamente, tornando-se num adulto autónomo e independente (Hockenberry & Wilson, 2014). Contudo, a maioria dos pais apresenta conhecimentos e experiência limitadas quando confrontados com o papel parental inicial, quer a criança tenha ou não sido planeada e desejada (Hockenberry & Wilson, 2014).</p> <p>As primeiras semanas de vida após o nascimento exigem aos pais alterações radicais no seu estilo de vida, passando a ter que assumir um papel até então desconhecido, o papel de mãe e de pai. A realidade pode não coincidir com a expectativa criada, o que não é fácil de gerir em termos pessoais e, principalmente, sociais (Hockenberry & Wilson, 2014). A pressão da sociedade atual quanto à vivência de um papel parental adequado, juntamente com o cansaço físico e mental frequentemente presentes nos primeiros meses de vida da criança, pode levar os pais a cair numa espiral de dúvidas, receios, desilusão e falta de autoestima que são prejudiciais à vinculação com a criança e ao estabelecimento de relações familiares saudáveis (Hockenberry & Wilson, 2014).</p> <p>Orientar os pais nestes primeiros meses, e sempre que eles necessitem de um apoio mais efetivo, promove não só o bem-estar da criança/jovem e família, como permite e auxilia a vivência de um papel parental saudável e benéfico para todos os intervenientes. Capacitá-los nas tarefas básicas do cuidar e do tomar conta, garante não só a segurança, o crescimento e o desenvolvimento apropriados da criança, como eleva os pais ao estatuto de cuidadores e de protetores daquele ser frágil e dependente, impulsionando os sentimentos positivos e vinculativos próprios do papel parental (Hockenberry & Wilson, 2014).</p>	

Diagnóstico de Enfermagem 3	
<p>Cólica atual</p> <p>Dor visceral: desconforto ligeiro a intenso devido ao espasmo da musculatura lisa em órgãos ocos como o intestino, ureteres ou vias biliares (OE, 2016).</p>	<p><u>Resultados Esperados:</u></p> <p>Cólica diminuída</p>
<p><u>Intervenções de Enfermagem:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar o conhecimento sobre as cólicas no lactente; ✓ Ensinar sobre as cólicas no lactente; ✓ Ensinar e instruir a posicionar; ✓ Ensinar e instruir a aplicação de calor na região abdominal; ✓ Ensinar e instruir a massagem abdominal; ✓ Ensinar sobre a gestão/otimização do ambiente físico (ambientes tranquilos e sem estímulos excessivos ou desadequados); ✓ Ensinar sobre as vantagens da sucção não nutritiva para a promoção do conforto no lactente; ✓ Avaliar o conhecimento sobre o conforto do lactente; ✓ Ensinar sobre o conforto do lactente. 	<p><u>Competências do EEESCJ:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença (E1.1.4.); ✓ Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde (E1.2.7.); ✓ Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família (E1.2.8); ✓ Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem (E2.2.1); ✓ Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor (E2.2.2.); ✓ Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor (E2.2.3); ✓ Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento (E3.1.1.);

	✓ Promove a amamentação (E3.2.5).
<p><u>Evidência científica:</u></p> <p>As cólicas ocorrem em cerca de 15 a 40% dos lactentes, e manifestam-se normalmente entre as 2 semanas e os 4 meses de vida (Hockenberry & Wilson, 2014). Devido à sua etiologia desconhecida é apenas possível intervir ao nível da prevenção, através da utilização de técnicas de alimentação corretas e adequadas ao lactente, e ao nível do alívio da dor quando existe realmente cólica, promovendo a implementação de medidas de conforto (Hockenberry & Wilson, 2014).</p> <p>As técnicas corretas de alimentação do lactente têm como objetivo promover o aleitamento materno, evitar a alimentação demasiado rápida, as quantidades alimentares excessivas e a aerofagia, permitindo o estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis(Hockenberry & Wilson, 2014). Por sua vez, as medidas de conforto passam por posicionar o lactente em posições de cómodas (decúbito ventral, contenção com manta, etc.), aplicação de calor na região abdominal, efetuar massagem abdominal que promova a libertação dos gases intestinais, proporcionar ambientes calmos e providenciar sucção não nutritiva (Hockenberry & Wilson, 2014).</p>	

Diagnóstico de Enfermagem 4	
<p>Obstipação atual</p> <p>Processo do sistema gastrointestinal comprometido: diminuição na frequência da defecação acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta das fezes; passagem de fezes excessivamente duras e secas (OE, 2016).</p>	<p><u>Resultados Esperados:</u></p> <p>Obstipação normal</p>
<p><u>Intervenções de Enfermagem:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Avaliar o conhecimento sobre a obstipação no lactente; ✓ Ensinar sobre a obstipação no lactente; ✓ Ensinar a vigiar as fezes e o padrão de eliminação intestinal da Rita; ✓ Ensinar sobre as vantagens do aleitamento materno na prevenção da obstipação no lactente; ✓ Ensinar sobre as medidas não farmacológicas e farmacológicas para estimular a eliminação intestinal; ✓ Avaliar o conhecimento sobre o conforto do lactente; ✓ Ensinar sobre o conforto do lactente. 	<p><u>Competências do EEESCJ:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença (E1.1.4.); ✓ Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde (E1.2.7.); ✓ Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família (E1.2.8); ✓ Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem (E2.2.1); ✓ Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor (E2.2.2.); ✓ Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor (E2.2.3); ✓ Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvi-

	mento (E3.1.1.); ✓ Promove a amamentação (E3.2.5.).
<p><u>Evidência científica:</u></p> <p>A obstipação não é um problema muito comum no lactente que efetua aleitamento materno exclusivo. O leite materno possui propriedades laxantes que, juntamente com os reflexos de sucção e deglutição, promovem o adequado funcionamento do sistema digestivo (Hockenberry & Wilson, 2014; OMS & UNICEF, 1993). A amamentação em horário livre também previne esta complicação, na medida em que permite a constante hidratação da criança (OMS & UNICEF, 1993). Com a introdução de leites artificiais na sua alimentação, o lactente frequentemente experiencia alterações no seu padrão de eliminação intestinal como obstipação, cólicas e/ou maior dificuldade em evacuar (OMS & UNICEF, 1993). É importante comunicar aos pais todas as vantagens do aleitamento materno, de forma a que estes possam decidir de forma consciente e devidamente informada sobre a alimentação que querem para o seu filho (OMS & UNICEF, 1993).</p> <p>Em casos mais raros, a obstipação no lactente pode surgir devido a alterações anatómicas ou metabólicas, associada a outras patologias, ou ainda como efeito adverso de alguns medicamentos (Hockenberry & Wilson, 2014). Capacitar os pais na implementação de medidas não farmacológicas e farmacológicas que promovam a eliminação intestinal é essencial para o bem-estar do lactente que apresenta este problema, nomeadamente a massagem abdominal e a estimulação retal e a administração de glicerina por via retal (Hockenberry & Wilson, 2014).</p>	

A etapa da avaliação não foi possível de realizar devido ao facto de apenas ter existido um momento de contacto com Rita e a sua família durante o decorrer da unidade curricular, o qual ocorreu no dia 18/05/2017, dia em que foi efetuada a colheita de dados para o histórico de saúde e elaborado o plano de cuidados anteriormente apresentado.

CONCLUSÃO

A Enfermagem enquanto ciência exige-nos um nível crescente de conhecimentos, competências e capacidades, para que consigamos responder de forma eficaz e eficiente às necessidades de saúde da sociedade atual.

Enquanto futura mestre e enfermeira especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, a elaboração deste estudo de caso possibilitou-me alargar os meus conhecimentos, bem como me permitiu adquirir e desenvolver competências e capacidades específicas desta área de especialização. Esta oportunidade de aprendizagem em contexto real foi inestimável, levando a melhorias de nível pessoal não só como enfermeira, mas também como pessoa e cliente dos cuidados de saúde.

Penso ter conseguido atingir o objetivo geral a que me propus com a realização deste trabalho, adquirindo competências ao nível da elaboração de um estudo de caso. Relativamente aos objetivos específicos creio ter adquirido/desenvolvido conhecimentos e capacidades ao nível da enfermagem de saúde da criança e do jovem, tendo em conta as competências específicas e os padrões de qualidade do EEESCJ. Alguns destes padrões destacaram-se fortemente tendo em conta a metodologia e o caso particular em questão, como por exemplo a identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico na criança/jovem e família, implementação de intervenções que contribuam para a promoção da amamentação e das competências parentais e o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que visem a avaliação do desenvolvimento da parentalidade (OE, 2011).

Considero também ter adquirido/desenvolvido conhecimentos e capacidades relativamente à metodologia de estudo de caso, bem como ter conseguido adquirir/desenvolver conhecimentos e competências referentes ao processo de enfermagem, às suas diversas etapas, e à linguagem CIPE.

A unidade curricular de Estágio I e o presente trabalho facultaram-me acima de tudo novos conhecimentos e capacidades que se enquadram na minha prática clínica diária, elevando conseqüentemente a qualidade dos cuidados de enfermagem por mim prestados.

REFERÊNCIAS BLIOGRÁFICAS

- Centeno, M. (2017). A Obstetrícia a olhar pelo feto. Saldanha, J. *et al.* (Eds.). *Nascer Pré-termo. Cuidados Multidisciplinares*. (pp. 11-14). Lisboa: Associação das Crianças de Santa Maria, Serviço de Neonatologia, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE;
- Gaspar, J. (2015). Aleitamento Materno – Ainda Longe do Desejável. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 46, 318-325;
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda;
- Malveiro, D. *et al.* (2012). Problemas Respiratórios no Recém-nascido. Guimarães, J. *et al.* (Eds.). *Neonatologia, Manual Prático*. (pp. 33-34). Lisboa: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital de São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE;
- Marçal, M. & Tuna, M. (2012). Infecção em Neonatologia – Definições. Guimarães, J. *et al.* (Eds.). *Neonatologia, Manual Prático*. (pp. 59-61). Lisboa: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital de São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE;
- OE. (2016). *CIFE – Versão 2015. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Genebra: Conselho Internacional de Enfermeiros;
- OMS & UNICEF. (1993). *Aconselhamento em Amamentação: Um curso de treino*. São Paulo: Nelson Francisco Brandão, Instituto de Saúde, SES;
- Pereira, L. *et al.* (2009). Estudo de Caso como Procedimento de Pesquisa Científica: Reflexão a partir da Clínica Fonoaudiológica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 422-429.
- Quintas, S. (2017). Prognóstico neurológico: da clínica, à ecografia transfontanelar, à RMN.... Saldanha, J. *et al.* (Eds.). *Nascer Pré-termo. Cuidados Multidisciplinares*. (pp. 79-84). Lisboa: Associação das Crianças de Santa Maria, Serviço de Neonatologia, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE;
- Saldanha, J. *et al.* (2017). *Nascer Pré-termo. Cuidados Multidisciplinares*. Lisboa: Associação das Crianças de Santa Maria, Serviço de Neonatologia, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE.

REFERÊNCIAS ELETRÓNICAS

- DGS. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Acedido a 22 de maio de 2017 em <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>;
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de aleitamento materno*. Acedido a 15 de junho de 2017 em https://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento_2012.pdf;
- OE. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Acedido a 28 de maio de 2017 em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf;
- OE. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Acedido a 28 de maio de 2017 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/documents/pqceesaudecriancajovem.pdf>.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Dados de Identificação

Nome:

Data de Nascimento | Idade:

Género:

Etnia:

Agregado familiar:

Local de Residência:

Antecedentes Familiares de Saúde

Mãe:

Pai:

Outros familiares:

Situação Social

Rendimento:

Apoio Social / Comunitário:

Habitação:

Creche/Jardim de Infância/Escola:

Relações familiares:

Antecedentes Pessoais de Saúde

Gestação:

Parto:

Local do parto:

Problemas de Saúde | Patologias:

Internamentos hospitalares anteriores:

História do internamento hospitalar anterior:

Terapêutica anterior:

Exames Complementares de Diagnóstico:

Alergias:

Imunizações:

Rastreios:

Vigilância em Saúde:

História da Situação Atual

Exame Físico

Pele e mucosas:

Crânio:

Fontanelas:

Face:

Olhos:

Nariz:

Boca:

Orelhas:

Pescoço:

Tórax:

Abdómen:

Coto umbilical:

Membros superiores:

Costas:

Anca:

Membros inferiores:

Genitais:

Ânus:

Tónus muscular:

Atividade motora:

Reflexos primitivos:

Valores Antropométricos

Peso:

Comprimento:

Perímetro cefálico:

Índice de massa corporal:

Avaliação do Desenvolvimento

Postura e motricidade global:

Visão e motricidade fina:

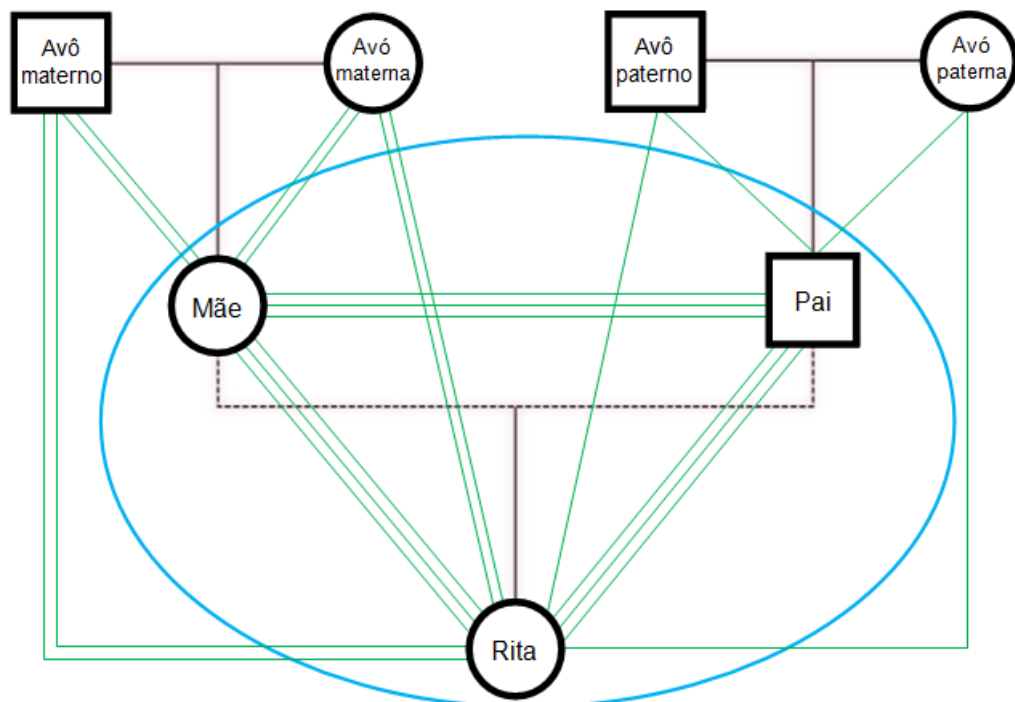
Audição e linguagem:

Comportamento e adaptação social:




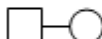
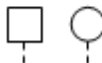

Sinais de alarme:

APÊNDICE 2

GENOGRAMA E ECOMAPA



Legenda:

- | | |
|--|--|
|  Masculino |  Agregado familiar |
|  Feminino |  Relacionamento distante |
|  Casamento |  Relacionamento próximo |
|  Vivem juntos |  Relacionamento muito próximo |

APÊNDICE E

NORMA DE PROCEDIMENTO

Administração oral de sacarose a 24% para controlo da dor no recém-nascido

Objetivos

- ✓ Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao recém-nascido, através do controlo da dor aquando procedimentos dolorosos e potencialmente dolorosos;
- ✓ Aumentar o bem-estar e o conforto do recém-nascido;
- ✓ Uniformizar a prática clínica relativamente ao controlo da dor no recém-nascido.

Campo de aplicação

- ✓ O procedimento dirige-se à equipa de enfermagem a exercer funções na Unidade de Neonatologia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE.

Fundamentação

A sacarose caracteriza-se por um dissacárido formado por glucose e frutose.

O mecanismo de ação que permite à sacarose atuar na prevenção da dor no recém-nascido ainda não é totalmente conhecido, no entanto crê-se que o sabor doce da sacarose permite a libertação de β -endorfinas, as quais reduzem a transmissão dos sinais dolorosos ao sistema nervoso central⁽¹⁾.

Está descrito que a sacarose deve de ser administrada na porção anterior da língua do recém-nascido, e o seu efeito analgésico dura entre três a cinco minutos, com um efeito máximo de ação aos dois minutos, razão pela qual deve ser administrada dois minutos antes da realização dos procedimentos dolorosos⁽¹⁾.

As *guidelines* atuais referem que para uma maior eficácia a sacarose deve ser administrada antes, durante e após o procedimento^(1;2). Relativamente a dosagens ainda não foi atingido

um consenso sobre a dose ideal de sacarose, no entanto, as doses recomendadas estão entre 0,05 e 2 mililitros, sendo considerada a dose mínima eficaz de 0,05 a 0,5 mililitros⁽¹⁾.

A administração oral de sacarose deve, sempre que possível, ser utilizada concomitantemente com outras intervenções sensoriais para o controlo da dor no recém-nascido, como a sucção não nutritiva, a presença dos pais, medidas ambientais, entre outras⁽¹⁾.

Os procedimentos mais comuns onde a esta intervenção deve ser implementada são⁽¹⁾:

- ✓ Aspiração traqueal do recém-nascido ventilado;
- ✓ Colocação de cateteres centrais;
- ✓ Colocação de cateteres umbilicais;
- ✓ Colocação de dreno torácico;
- ✓ Colocação de sonda nasogástrica;
- ✓ Injeções subcutâneas e intramusculares;
- ✓ Limpeza de feridas;
- ✓ Punção do calcânhar;
- ✓ Punção lombar;
- ✓ Punção supra-púbica;
- ✓ Punção venosa periférica;
- ✓ Rastreio oftalmológico;
- ✓ Remoção de adesivos ou de qualquer outro tipo de colantes da pele do recém-nascido.
- ✓ Remoção de dreno torácico.

Procedimento

1. Informar os pais sobre os procedimentos a executar;
2. Incentivar a participação dos pais, enquanto intervenção sensorial adjuvante para o controlo da dor;
3. Administrar a sacarose na porção anterior da língua do recém-nascido 2 minutos antes de se iniciar o procedimento;
4. Promover a sucção não nutritiva, se possível;
5. Avaliar e registar a dor que o recém-nascido apresenta antes do procedimento, com recuso à escala de avaliação da dor preconizada;

6. Executar o procedimento, se o recém-nascido apresentar *scores* elevados de dor efetuar nova administração de sacarose;
7. Avaliar e registar a dor que o recém-nascido apresentou durante e após o procedimento;
8. Se o recém-nascido apresentar *scores* elevados de dor após o procedimento efetuar nova administração de sacarose.

Bibliografia

Direção-Geral da Saúde. *Orientação da Direção-Geral da Saúde: Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012-png.aspx>. [Acedido a 3 de novembro de 2018].

APÊNDICE F

Placa hidrocolóide na prevenção da ferida traumática associada ao nCPAP no recém-nascido pré-termo

Revisão Sistemática da Literatura

Susana Roças– Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, Enfermeira na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE.

Ana Lúcia Caeiro Ramos – Licenciada em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa. Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria pela Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Nova de Lisboa. Doutorada em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa. Professora Adjunta no Instituto Politécnico de Setúbal.

Resumo

Introdução: Apesar das vantagens do nCPAP (*nasal continuous positive airway pressure*), existem também complicações associadas a esta prática, entre elas a ferida traumática na região nasal, principalmente no recém-nascido pré-termo (RNPT). A prevenção desta complicação através da aplicação de placa hidrocolóide revela-se uma preocupação relativamente recente nos enfermeiros que exercem as suas funções em unidades de cuidados neonatais, de forma a que possam basear a sua prática na evidência científica.

Objectivos: Averiguar o benefício da colocação da placa hidrocolóide na prevenção da ferida traumática associada ao nCPAP no RNPT.

Métodos: Realizada revisão sistemática da literatura com base na pesquisa de estudos em bases de dados científicos informatizadas, publicados nos últimos dez anos (2007-2017).

Resultados: Foram seleccionados 2 artigos de abordagem quantitativa. Ambos verificaram que a aplicação da placa hidrocolóide diminui a incidência de ferida traumática nasal no RNPT, bem como reduz o grau de severidade da ferida aquando a sua presença.

Conclusão: A aplicação da placa hidrocolóide deve ser utilizada como medida preventiva das feridas traumáticas nasais associadas ao nCPAP no RNPT. Esta intervenção deve integrar os cuidados de enfermagem ao RNPT submetido a nCPAP, aumentando o seu conforto e qualidade de vida, e prevenindo complicações.

Palavras chave: ferida traumática nasal, nCPAP, recém-nascido pré-termo, hidrocolóide, revisão sistemática

Introdução

A impetuosa evolução dos cuidados neonatais tem permitido a sobrevivência de recém-nascidos cada vez mais imaturos, destacando-se os avanços significativos ao nível do suporte respiratório através da ventilação mecânica. A ventilação mecânica é uma técnica que assegura a movimentação de gás dirigido para dentro e para fora dos pulmões, graças à aplicação de pressão positiva nas vias aéreas, com recurso a um equipamento externo⁽¹⁾.

Esta técnica divide-se em dois tipos, sendo eles a ventilação mecânica invasiva e a não invasiva, os quais diferem na forma de aplicação da pressão positiva⁽¹⁾. No modo invasivo introduz-se uma prótese na via aérea, como um tubo endotraqueal ou uma cânula de traqueotomia, enquanto que na versão não invasiva utiliza-se uma máscara ou cânulas nasais como interface de adaptação entre o recém-nascido e o ventilador⁽¹⁾.

Existe atualmente uma grande variedade de ventiladores, capazes de executar uma ou mais modalidades ventilatórias, de forma a dar resposta às necessidades específicas de cada recém-nascido⁽¹⁾. Uma das modalidades mais praticadas dentro da ventilação mecânica não invasiva é a *nasal continuous positive airway pressure* ou nCPAP, a qual consiste na aplicação de um nível de pressão positiva contínuo, ou seja, durante todo o ciclo respiratório, na via aérea do recém-nascido com respiração espontânea^(2,3).

De fluxo contínuo ou variável, este modo ventilatório está indicado para diversas complicações frequentes do recém-nascido, como a apneia da prematuridade, o síndrome de dificuldade respiratória, a taquipneia transitória, a pneumonia/atelectasia, aspiração meconial, entre outras^(2,3). É sempre utilizado após ventilação mecânica invasiva prolongada ou após extubação em recém-nascidos de baixo peso^(2,3).

O nCPAP apresenta múltiplas vantagens, nomeadamente a diminuição dos efeitos adversos associados à entubação endotraqueal e à ventilação invasiva, a facilidade de aplicação/manutenção e a boa relação custo-eficácia⁽¹⁾. Em termos de efeitos benéficos destacam-se o aumento da capacidade residual funcional, a optimização das trocas gasosas, a melhoria da distensibilidade pulmonar e

estabilização da parede torácica, a redução de apneias, a prevenção da atelectasia, a diminuição do trabalho respiratório, a promoção do crescimento pulmonar e a otimização da libertação de secreções^(2,3).

Os últimos Consensos em Neonatologia⁽⁴⁾ referem a utilização precoce do nCPAP como um importante método de suporte ao recém-nascido pré-termo (RNPT), devendo ser aplicado em todos aqueles que apresentem risco de vir a desenvolver o síndrome de dificuldade respiratória, particularmente com uma idade gestacional inferior a trinta semanas. Encontra-se já evidenciado que a utilização precoce do nCPAP no RNPT aumenta a probabilidade de evitar a ventilação invasiva e reduz a necessidade de administração de surfactante⁽²⁾.

Apesar das vantagens do nCPAP, este está contra-indicado em algumas situações, como nos casos de anomalias da via aérea, hérnia diafragmática congénita, instabilidade hemodinâmica grave, apneia recorrente e grave ou acidose⁽²⁾. Como complicações associadas evidenciam-se a retenção de dióxido de carbono, a redução do retorno venoso com diminuição do débito cardíaco, barotrauma com pneumotórax, pneumomediastino, enfisema subcutâneo, distensão gástrica, deformação craniofacial e ferida traumática na região nasal (dorso nasal, septo nasal, asa do nariz e filtro nasolabial) com desenvolvimento de necrose^(2,3).

As feridas traumáticas na região nasal relacionadas com a adaptação da interface do nCPAP encontram-se descritas na literatura desde 1996⁽⁵⁾. Estas podem ocorrer devido à elevada pressão que a máscara ou as cânulas nasais exercem nas estruturas anatómicas do nariz e/ou à fragilidade do sistema tegumentar do recém-nascido, principalmente do RNPT⁽⁶⁾. A imaturidade da pele do RNPT confere-lhe um risco mais elevado de desenvolver feridas, aumentando consequentemente o risco de infecção devido à imaturidade do sistema imunológico⁽⁷⁾. Outras consequências associadas à presença de ferida no RNPT são os internamentos prolongados, o aumento dos custos de internamento e a experiência de dor⁽⁸⁾.

De forma a minimizar esta complicação do nCPAP é necessária uma escolha adequada da interface e do equipamento de fixação, em tamanho apropriado ao recém-nascido, e uma correta técnica de fixação, permitindo a estabilidade da

interface^(1,3). Evitar a aspiração nasal invasiva, alternar as interfaces e aplicar uma placa hidrocolóide entre a pele do recém-nascido e a interface estão também descritas como medidas preventivas da ferida traumática^(1,3).

Averiguar o benefício da colocação da placa hidrocolóide na prevenção da ferida traumática relacionada com a aplicação do nCPAP, nomeadamente no RNPT, revela-se uma preocupação relativamente recente nos enfermeiros que exercem as suas funções em unidades de cuidados neonatais, de forma a que possam basear a sua prática na evidência científica.

Métodos

Desenvolveu-se uma revisão sistemática da literatura tendo em conta os princípios da pesquisa baseada na evidência científica. Segundo Ercole⁽⁹⁾, a revisão sistemática da literatura caracteriza-se por uma metodologia que tem como objetivo dar resposta a uma questão específica da área da saúde. Materializa-se numa síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas com a questão que se quer investigar, comumente respeitante à causa, diagnóstico e prognóstico de um problema de saúde, estando geralmente associada à eficácia de uma determinada intervenção que se apresente como solução⁽⁹⁾. Os estudos incluídos neste tipo de revisão da literatura são regularmente de carácter experimental, levando a uma correlação e/ou comparação de dados empíricos⁽⁹⁾.

De forma a conduzir este estudo delineou-se a seguinte pergunta de investigação: “A aplicação de placa hidrocolóide contribui para a prevenção de feridas traumáticas nasais no RNPT submetido a nCPAP?”. Esta questão de investigação foi elaborada segundo o formato PICOD (acrónimo de *Participants, Intervention, Comparisons, Outcomes, Design*), que tem em consideração o tipo de participantes, o tipo de intervenção, a comparação entre intervenções, os resultados e o desenho do estudo.

Atendendo à metodologia escolhida para a formulação da pergunta de investigação, definiram-se critérios de inclusão de forma a conduzir a identificação e a selecção dos estudos, nomeadamente:

- ✓ Participantes – RNTP submetidos a nCPAP;

- ✓ Intervenção – Aplicação de placa hidrocolóide entre a pele do RNPT e a interface do nCPAP;
- ✓ Comparação – Ausência de aplicação de placa hidrocolóide como intervenção de comparação;
- ✓ Resultados – Diminuição da incidência de ferida traumática nasal;
- ✓ Desenho – Estudos prospetivos comparativos publicados nos últimos 10 anos.

Delimitaram-se como critérios de exclusão estudos não indexados a bases de dados científicos informatizadas, artigos com texto integral indisponível e cuja publicação não se verificasse nos idiomas de português, inglês ou espanhol.

A pesquisa foi efetuada em diversas bases de dados científicos informatizadas, entre as quais a PubMed, a B-On, a SciELO, a *Clinical Key* e a EBSCO, tendo como limite temporal inferior o ano de 2007 e o limite máximo o ano de 2017. Foram utilizados como descritores de pesquisa catalogados no *Medical Subject Headings* (MeSH)⁽¹⁰⁾: *premature*, *continuous positive airway pressure*, *hydrocolloid*, *silicon* e *injury*. Para além destes, foram utilizados como descritores não controlados: *preterm infant*, *CPAP*, *gel*, *trauma* e *skin breakdown*.

Como operadores booleanos e combinações foram utilizados: *premature AND continuous positive airway pressure AND injury*; *premature AND continuous positive airway pressure AND hydrocolloid*; *premature AND continuous positive airway pressure AND silicon*. Os descritores não controlados foram utilizados em substituição dos descritores catalogados, nas mesmas combinações e com operadores booleanos idênticos, com o objetivo de aumentar os resultados da pesquisa.

Numa primeira fase foram analisados os títulos e os resumos dos artigos obtidos, excluindo-se aqueles que não contemplaram os critérios de inclusão. Em seguida foi realizada a leitura na íntegra das publicações selecionadas.

Resultados

Através da aplicação da metodologia selecionada, a pesquisa resultou em 27 artigos. Após a leitura dos títulos e dos resumos foram selecionados 4 artigos, os

quais foram examinados na íntegra. Com a leitura integral destes 4 artigos verificou-se que apenas 2 reuniam os critérios de inclusão definidos para esta revisão sistemática da literatura.

A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada por parte dos dois autores de forma independente e com recurso às ferramentas de avaliação crítica do *Joanna Briggs Institute*⁽¹¹⁾. Ambos os estudos selecionados apresentam nível de evidência 1 (*Randomized Controlled Trials*).

Para facilitar a análise dos estudos e para efeitos de comparação, efetuou-se a sistematização dos dados com recurso a uma tabela, a qual abrange os seguintes pontos: identificação do estudo, país e data, objetivo do estudo, desenho do estudo, número e tipo de participantes, intervenção de interesse, *outcomes*, resultados e conclusões (Tabela 1).

Tabela 1 – Características metodológicas dos estudos e principais resultados e conclusões

<u>Autor/Título</u>	Xie, L ⁽¹²⁾ <i>Hydrocolloid dressing in preventing nasal trauma secondary to nasal continuous positive airway pressure in preterm infants</i>	Günlemez A, Isken T, Gökalp A, Türker G, Arisoy E ⁽¹³⁾ <i>Effect of Silicon Gel Sheeting in Nasal Injury Associated with Nasal CPAP in Preterm Infants</i>
<u>País/Ano</u>	China / 2014	Turquia / 2010
<u>Objetivo</u>	Comparar a incidência de traumatismo nasal devido ao nCPAP com a aplicação ou não de placa hidrocolóide em RNPT	Verificar a eficácia da aplicação de um adesivo siliconizado na prevenção de ferida nasal em RNPT ventilados com nCPAP
<u>Desenho</u>	Estudo clínico aleatorizado prospectivo e controlado)	Estudo clínico aleatorizado (prospectivo e controlado)
<u>Participantes</u>	65 RNPT (33 no grupo de estudo e 32 no grupo de controlo)	179 RNPT (92 no grupo de estudo e 87 no grupo de controlo)
<u>Intervenção de interesse</u>	Aplicação de placa hidrocolóide entre a pele e a interface do nCPAP	Aplicação de adesivo siliconizado entre a pele e a interface do nCPAP
<u>Outcomes</u>	Diminuição da incidência de traumatismo nasal	Diminuição da incidência de ferida traumática nasal
<u>Resultados</u>	9 apresentaram traumatismo nasal (2 no grupo de estudo e 7 no grupo de controlo)	17 apresentaram ferida traumática nasal (4 no grupo de estudo e 13 no grupo de controlo)
<u>Conclusões</u>	A aplicação de placa hidrocolóide reduz significativamente a incidência de traumatismo nasal	A aplicação de adesivo siliconizado reduz a incidência e o grau de severidade de ferida traumática nasal

Em ambos os estudos, as amostras foram selecionadas de forma aleatorizada. Os critérios de inclusão foram também em ambos os estudos RNPT submetidos a nCPAP, e como critérios de exclusão foram definidos por Günlemez *et al.*⁽¹³⁾ recém-nascidos de termo, anomalias nasais, choque e anomalias ao nível da coagulação, e por Xie⁽¹²⁾ recém-nascidos de termo, anomalias nasais e lesões nasais pré-existentes. Os dois estudos são referentes a RNPT internados em unidades de cuidados intensivos neonatais.

No estudo de Xie⁽¹²⁾ a média de idade gestacional da totalidade da amostra foi de 32,6 semanas. Quanto à metodologia, no grupo de estudo foi aplicada placa hidrocolóide entre a pele do RNPT e a interface do nCPAP, enquanto que no grupo de controlo apenas foi aplicada parafina líquida na região das narinas antes da primeira adaptação da interface. A placa hidrocolóide colocada era adaptada para o efeito, realizando-se dois buracos onde eram introduzidas as cânulas nasais.

Neste estudo, a integridade da pele da região nasal era avaliada uma vez por dia no período da manhã, com remoção e nova aplicação da placa hidrocolóide. Sempre que um traumatismo nasal ligeiro (eritema) ou moderado (traumatismo sangrante) era detetado, iniciava-se a alternância entre cânulas nasais e máscara de 6 em 6 horas, no caso de traumatismo severo (necrose) o nCPAP era substituído pela ventilação invasiva.

No estudo de Günlemez *et al.*⁽¹³⁾ a metodologia foi muito semelhante. No grupo de estudo foi aplicado um adesivo siliconizado entre a pele do RNPT e a interface do nCPAP, enquanto que no grupo de controlo nada foi aplicado. O adesivo siliconizado foi da mesma forma adaptado para o efeito, a integridade da pele da região nasal era também diariamente avaliada, e as lesões foram classificadas de eritema, ferida e necrose. Relativamente à amostra não se verificam diferenças significativas entre os dois grupos, com a média de idade gestacional de 32,2 semanas.

Discussão

A partir da análise dos resultados verificou-se uma elevada semelhança entre os dois estudos, tanto ao nível da metodologia como dos resultados obtidos. Ambos verificaram que a aplicação da placa hidrocolóide não só decresce o risco de desenvolver ferida traumática nasal, como diminui o grau de severidade da ferida aquando a sua presença.

Tanto Xie⁽¹²⁾ como Günlemez *et al.*⁽¹³⁾, sublinham como principal etiologia para o desenvolvimento de ferida traumática relacionada com o nCPAP o excesso de pressão, num mecanismo semelhante às úlceras de pressão nas proeminências ósseas, onde a diminuição da perfusão sanguínea conduz a isquemia e a consequente lesão cutânea.

Günlemez *et al.*⁽¹³⁾ apontam como principal fator de risco para o desenvolvimento deste tipo de ferida a duração do tratamento, ou seja, quanto mais tempo o RNPT for submetido a nCPAP maior o risco de apresentar ferida. Outros fatores de risco referidos pelos autores foram a baixa idade gestacional e o baixo peso à nascença, algo também evidenciado por Xie⁽¹²⁾ no seu estudo.

Ambos os estudos convergem em termos de opinião relativamente à placa hidrocolóide. Referem-na como um material fácil de utilizar e de custo reduzido, podendo ser utilizado em segurança em RNPT. Nesta situação em concreto, contribui não só para proteção da pele, como também para a redução da pressão, bem como auxilia na fixação correta das interfaces (prevenindo a pressão excessiva e a fricção).

Em suma, os 2 estudos analisados concluíram que a aplicação da placa hidrocolóide está associada a uma diminuição da incidência de ferida traumática nasal. Não obstante a esta evidência, ambos os estudos referem a importância dos cuidados de manutenção desta modalidade ventilatória, desde a adequação das pressões delimitadas no ventilador, à escolha do equipamento de fixação adequado e à monitorização diária e rigorosa da integridade cutânea da região nasal.

Como limitações destacam-se a aplicação de parafina líquida do grupo de controlo do estudo de Günlemez *et al.*⁽¹³⁾ e a amostra reduzida do estudo de

Xie⁽¹²⁾. O facto do estudo de Xie⁽¹²⁾ ter decorrido apenas durante três meses, em contraste com os oito meses do estudo de Günlemez *et al.*⁽¹³⁾, não permitiu obter uma amostra tão representativa, no entanto tal não impede a comparação dos resultados. Segundo Fortin⁽¹⁴⁾, de forma geral maiores amostras conduzem a aproximações mais precisas aos parâmetros da população, contudo, em estudos cujo objetivo é explorar e descrever fenómenos, o tamanho da amostra poderá ser reduzido. A aplicação de parafina líquida no grupo de controlo do estudo de Günlemez *et al.*⁽¹³⁾ pode de facto enviesar os resultados, pois a segurança da parafina não se encontra estudada em RNPT.

Conclusões

A presente revisão sistemática da literatura permitiu concluir que a aplicação da placa hidrocolóide contribui para a prevenção de feridas traumáticas nasais no RNPT submetido a nCPAP, respondendo assim à questão de investigação delineada. A incidência de ferida traumática relacionada com o nCPAP foi mais elevada nos grupos de controlo, ou seja, naqueles em que a placa hidrocolóide não foi utilizada.

A presença de ferida traumática nasal no RNPT pode ter um grande impacto ao nível da sua evolução clínica, do seu conforto e qualidade de vida e, conseqüentemente, do seu desenvolvimento e maturação. O desenvolvimento de ferida nasal grave pode ter como efeito adverso o abandono do nCPAP em detrimento da ventilação invasiva, a qual está inegavelmente associada a maiores níveis de risco para o RNPT. A dor que este tipo de lesão cutânea pode gerar no RNPT terá inevitavelmente um impacto negativo ao nível da sua estabilidade hemodinâmica, promovendo uma descompensação do seu estado clínico, bem como poderá originar alterações no seu desenvolvimento tardio, relacionadas com as experiências precoces de dor.

Percebe-se assim que a prevenção deste tipo de lesões associadas ao nCPAP deve ser parte integrante dos cuidados de enfermagem ao RNPT submetido a esta técnica, através da aplicação da placa hidrocolóide e da sistematização dos cuidados de manutenção característicos deste modo ventilatório.

Como limitações desta revisão sistemática destacamos a reduzida quantidade de estudos analisados. Apesar da atualidade do tema, ainda existem muitos poucos estudos relativos à prevenção das feridas traumáticas nasais associadas ao nCPAP, sendo quase nula a existência de estudos que abordem especificamente a utilização da placa hidrocolóide como medida preventiva. Para além da análise de apenas dois artigos, um deles ultrapassa já o limite temporal dos últimos cinco anos, limite temporal inferior que deve ser utilizado em termos de evidência científica.

Referências Bibliográficas

1. Malveiro D, Santos E. Ventilação Não Invasiva. In: Associação Pediátrica de S. Francisco Xavier, Unidade de Neonatologia, Hospital de São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, (Org). Ventilação Neonatal, Manual Prático. Lisboa: Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE; 2016. p 49-55.
2. Girbal I. Da rampa de oxigénio ao nCPAP...e.... In: Associação das Crianças de Santa Maria, Serviço de Neonatologia, Departamento de Pediatria, Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE, (Org). Nascer pré-termo, Cuidados multidisciplinares. Lisboa: Centro Hospitalar de Lisboa Norte, EPE; 2017. p 21-27.
3. Marçal M, Santos E, Tuna M. Princípios de Ventilação Mecânica. In: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais, Hospital de São Francisco Xavier, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, (Org). Neonatologia, Manual Prático. Lisboa: Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE; 2012. p 50-56.
4. Sociedade Portuguesa de Neonatologia. Ventilação Não Invasiva (VNI). Consensos em Neonatologia 2014 a 2015. [Em linha]. 2014. Disponível em: <https://www.spneonatologia.pt/documents/consensuses/>.
5. Robertson NJ, McCarthy LS, Hamilton PA, Moss AL. Nasal deformities resulting from flow driver continuous positive airway pressure. In: Xie L. Hydrocolloid dressing in preventing nasal trauma secondary to nasal continuous positive airway pressure in preterm infants. World Journal of Emergency Medicine. 2014 ; 5(3):218–222.
6. Buettiker V, Hug MI, Baenziger O, Meyer C, Frey B. Advantages and disadvantages of different nasal CPAP systems in newborns. In: Xie L. Hydrocolloid dressing in preventing nasal trauma secondary to nasal continuous positive airway pressure in preterm infants. World Journal of Emergency Medicine. 2014; 5(3):218–222.
7. Rodrigues Y, Rodrigues P. Semiologia pediátrica. In Ferreira VR, Madeira LM. Lesões de pele em recém-nascidos na unidade de terapia intensiva neonatal e a assistência de enfermagem. In: Timbó C, Godinho D, Fontenele F, Barbosa M, Lancia L, Dodt R, Rocha R. Skin lesions in preterm infants in a

- neonatal intensive care unit. *Children's Nurses - Italian Journal of Pediatric Nursing Sciences*. 2015; 7(4): 132-135.
8. Ferreira VR, Madeira LM. Lesões de pele em recém-nascidos na unidade de terapia intensiva neonatal e a assistência de enfermagem. In: Timbó C, Godinho D, Fontenele F, Barbosa M, Lancia L, Dodt R, Rocha R. Skin lesions in preterm infants in a neonatal intensive care unit. *Children's Nurses - Italian Journal of Pediatric Nursing Sciences*. 2015; 7(4): 132-135.
 9. Ercole F, Melo L, Alcoforado C. Revisão Integrativa *Versus* Revisão Sistemática. *Revista Mineira de Enfermagem*. 2014; 18(1): 10-11.
 10. MeSH - Medical Subject Headings. National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine. [Web page] USA; 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.
 11. Joanna Briggs Institute. Systematic Review Resource Package. [Web page] Adelaide; 2017. Disponível em: http://joannabriggs.org/assets/docs/jbc/operations/can-synthesise/CAN_SYNTHSISE_Resource-V4.pdf.
 12. Xie L. Hydrocolloid dressing in preventing nasal trauma secondary to nasal continuous positive airway pressure in preterm infants. *World Journal of Emergency Medicine*. 2014; 5(3):218–222.
 13. Günlemez A, Isken T, Gökalp A, Türker G, Arisoy E. Effect of Silicon Gel Sheeting in Nasal Injury Associated with Nasal CPAP in Preterm Infants. *Indian Pediatrics*. 2010;47:265-267.
 14. Fortin M. Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta; 2009.