

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio

**Um olhar sobre a pele do recém-nascido:
O cuidado de enfermagem promotor da integridade
cutânea em neonatologia**

Eva Madalena Canha Ferreira

Lisboa
2018

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, featuring a large, stylized green swirl that transitions into three horizontal, slightly curved lines of varying shades of green, mirroring the ESEL logo.

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio

**Um olhar sobre a pele do recém-nascido:
O cuidado de enfermagem promotor da integridade
cutânea em neonatologia**

Eva Madalena Canha Ferreira

Orientador: Prof.^a Doutora Maria Alice dos Santos Curado

Lisboa

2018

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, featuring a small green swirl above three thick, horizontal, slightly curved lines in shades of green that sweep across the bottom of the page.

AGRADECIMENTOS

Ao Francisco e ao Afonso, marido e filho, pela presença constante, pela paciência nas ausências, pelo amor incondicional, por serem a minha família. Ao Guilherme que cresce dentro de mim, forte e saudável.

Aos que já partiram mas permanecem presentes no meu coração e pensamento, pela força interior, pela perseverança, pela tranquilidade em cada etapa vivida.

Aos Recém-Nascidos hospitalizados na Neonatologia, aqueles pequenos Guerreiros que me inspiram a fazer mais e melhor todos os dias, foram a minha motivação.

À Professora Alice Curado, pela dedicação, empenho, apoio e carinho demonstrado neste percurso difícil e moroso, foi um alicerce sempre firme e fundamental.

Às minhas amigas e companheiras neste caminho, Inês e Joana, porque a partilha e ajuda mútua foram essenciais para chegar ao fim, esta é uma vitória nossa.

À turma do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem ESIP, porque vos conheci e me tornaram uma pessoa melhor, uma enfermeira melhor, pelos momentos partilhados e as batalhas vencidas! Um carinho especial pela Ana Guerreiro e a Mariana, que amigas maravilhosas!

À restante família, amigos e colegas de trabalho, pelo incentivo e força constante para que pudesse chegar a bom porto.

Aos enfermeiros e utentes com que partilhei este caminho, com quem tanto aprendi, pelas experiências que me fizeram crescer e ser melhor profissional.

A todos Muito Obrigado, de coração!

“Reflectir sobre o cuidado de enfermagem à criança convida-nos a visitar os percursos das práticas de cuidados (...) procurando compreender os sentidos (...) ao longo do tempo; os desafios a que responderam e, apesar da incerteza, perspetivar o seu futuro.”

Teresa Marçal

RESUMO

O percurso formativo concretizado permitiu desenvolver processos de prestação de cuidados à criança, jovem e família em resposta às necessidades do seu crescimento e desenvolvimento, no sentido da maximização da sua saúde e em situações complexas relacionadas com o ciclo de vida e condições de doença, atendendo às especificidades desenvolvimentais das diferentes etapas da idade pediátrica, e adequando às particularidades dos contextos em que se encontrem. Considerando a variedade de situações vivenciadas pela criança, jovem e família, o enfermeiro especialista em saúde da criança e do jovem aspira a promoção do mais elevado estado de saúde e bem-estar, traduzindo a sua intervenção um nível avançado de segurança, competência e satisfação desta idade. As aprendizagens desenvolvidas contribuíram para a apropriação de competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, gestão, prestação e supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família. Os cuidados à pele constituem uma ampla e complexa gama de ações concertadas que, pelo respeito pela dignidade humana preservam a saúde e bem-estar, concorrendo para a construção de uma relação de ajuda terapêutica e holística. Este cuidado ganha especial relevo quando os seus beneficiários são a população pediátrica, particularmente os recém-nascidos que experienciam processos de saúde-doença numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Refiro-me a seres vulneráveis, imaturos e gravemente doentes, que vivenciam hospitalizações difíceis, prolongadas, permeadas de tecnologia de ponta, dispositivos complexos e procedimentos invasivos constantes, contudo necessários para garantir a sua sobrevivência. Considerando a fragilidade da pele desta população e o risco de lesões cutâneas durante a hospitalização, o enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para proteger este órgão, reconhecendo que desempenha funções fundamentais no desenvolvimento harmonioso do recém-nascido. O foco de atenção é dirigido à preservação da integridade da pele, através de cuidados assentes numa abordagem holística, alicerçada na filosofia de cuidados pediátricos e nos seus pilares, os cuidados centrados na família, não traumáticos e promotores do desenvolvimento. A prática de enfermagem avançada e especializada neste âmbito inclui a avaliação padronizada da condição da pele do recém-nascido, através de um instrumento de avaliação válido e fiável para os neonatos portugueses, aliada a cuidados especializados à pele, sustentados na melhor evidência disponível.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem, Estudos de Validação, Pele, Recém-Nascido, Neonatologia

ABSTRACT

The finished training pathway has enabled the development of processes to provide care for the child, youth and family, in response to growth and developmental needs, in order to maximize their health in complex situations, related to the life cycle and illness conditions, in order to the developmental specificities of the different stages of the pediatric age, and adapting to the particularities of the contexts in which they stay. Considering the variety of situations experienced by the child, youth and family, the nurse specialist in the health of the child and the youth aims to promote the highest state of health and well-being, translating their intervention into an advanced level of safety, competence and satisfaction of this dyad. The learning developed contributed to the appropriation of scientific, technical and human skills for the conception, management, delivery and supervision of specialized nursing care for the child, the youth and the family.

Skin care is a wide and complex range of concerted actions that, by respect for human dignity, preserve health and well-being, and contributing to the construction of a therapeutic and holistic help relationship. This care gains special prominence when its beneficiaries are the pediatric population, particularly newborns who experience health-disease processes in a neonatal intensive care unit. I am referring to vulnerable, immature and seriously ill beings who experience difficult and prolonged hospitalizations, permeated by cutting-edge technology, complex devices and constant invasive procedures, however necessary to ensure their survival. Considering the fragility of the skin of this population and the risk of skin lesions during hospitalization, the nurse is in a privileged position to protect this organ, recognizing that it plays a fundamental role in the harmonious development of the newborn. The focus of attention is directed to the preservation of skin integrity, through care based on a holistic approach, based on the philosophy of pediatric care and its pillars, family-centered, non-traumatic care and development promoters. The advanced and specialized nursing practice in this field includes the standardized assessment of the condition of the newborn's skin, through a valid and reliable evaluation instrument for the Portuguese neonates, combined with specialized skin care, supported on the best available evidence.

Key words: Nursing Care, Validation Studies, Skin, Newborn, Neonatology

ABREVIATURAS

AAP – *American Academy of Pediatrics*

AWHONN - Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses

CCF – Cuidados Centrados na Família

CES - Comissão de Ética para a Saúde

CHG – Gluconato de Clorhexidina

CME - Curso de Mestrado em Enfermagem

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção-Geral da Saúde

DR – Diário da República

ECDC – Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (*European Centre for Disease Prevention and Control*)

EE – Enfermeiro Especialista

EEESCJ - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

ELCOS - Sociedade Portuguesa de Feridas

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EUA – Estados Unidos da América

FAPPC – Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral

IG – Idade Gestacional

IAC - Instituto de Apoio à Criança

NANN - *National Association of Neonatal Nurses*

NIDCAP - *Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program*

NPUAP, EPUAP & PPIA - *National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance*

NSCS - *Neonatal Skin Condition Score*

NSRAS - *Neonatal Skin Risk Assessment Scale*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBE – Prática Baseada na Evidência

PC – Paralisia Cerebral

PN – Peso de Nascimento

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RN - Recém-Nascido
RNPT - Recém-Nascido pré-termo
SCPE - *Surveillance of Cerebral Palsy in Europe*
SI – Saúde Infantil
SNC – Sistema Nervoso Central
SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
SO – Sala de Observação
SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria
SUP – Serviço de Urgência Pediátrica
TEWL - Perda de Água Transepidérmica (*Transepidermal Water Loss*)
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UI&DE – Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância (*United Nations Children's Fund*)
UP – Úlcera por Pressão
USF – Unidade de Saúde Familiar
WHO – Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization*)

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
PARTE 1. DA TEORIA À PRÁTICA: REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA	14
1.1 QUADRO DE REFERÊNCIA DE ENFERMAGEM	14
1.1.1 A Pessoa – <i>RN e Família</i>	15
1.1.2 O Ambiente – <i>Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais</i>	16
1.1.3 O Cuidado de Enfermagem – <i>Centrado na Família, Não Traumático e Promotor do Desenvolvimento</i>	18
1.1.4 A Saúde – <i>Equilíbrio e Bem-Estar da Criança e Família</i>	22
1.2 DESENVOLVIMENTO DA PROBLEMÁTICA: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	23
1.2.1 <i>As Especificidades da Pele do RN</i>	24
1.2.2 <i>O Risco de Lesão da Pele do RN</i>	26
1.2.3 <i>Prática de Cuidados – Causa Potencial de Lesões e Traumatismos</i>	27
1.2.4 <i>Implicações no Neurodesenvolvimento do RNPT</i>	29
PARTE 2. O PROCESSO METODOLÓGICO: O CAMINHO DA COMPETÊNCIA	31
PARTE 3. DA PRÁTICA À COMPETÊNCIA – AÇÃO REFLEXIVA E REFLETIDA	34
3.1 A INTERVENÇÃO DO EEESCJ PROMOTORA DA SAÚDE, CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA, JOVEM E FAMÍLIA	34
3.1.1 <i>Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)</i>	36
3.1.2 <i>Serviço de Pediatria</i>	41
3.1.3 <i>Cuidados de Saúde Primários (CSP)</i>	50
3.1.4 <i>Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais</i>	55
3.2 COMPREENDER OS CUIDADOS À PELE NOS DIFERENTES CONTEXTOS DE SAÚDE	57
3.3 O CUIDADO DE ENFERMAGEM PROMOTOR DA INTEGRIDADE DA PELE NA UCIN	63
3.4 AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DA PELE DO RN – NEONATAL SKIN CONDITION SCORE	67
3.4.1 <i>A Escala - Neonatal Skin Condition Score</i>	69
3.4.2 <i>Metodologia e Resultados Preliminares da Colheita de Dados</i>	69
4. CONCLUSÃO	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73

ÍNDICE DE APÊNDICES E ANEXOS

ÍNDICE DE APÊNDICES

- Apêndice I. Cronograma de Estágio
- Apêndice II. Documento Orientador de Estágio
- Apêndice III. Diário de Campo 1
- Apêndice IV. Estratégias de Prevenção e Alívio da Dor em Procedimentos Dolorosos - Guia de Consulta Rápido
- Apêndice V. Dossier Temático de Consulta: Comunicação e Sexualidade
- Apêndice VI. Diário de Campo 2
- Apêndice VII. Síntese Reflexiva do Serviço de Pediatria
- Apêndice VIII. Sessão de Formação Cuidados à Pele do RN
- Apêndice IX. Folheto sobre Cuidados à Pele do RN
- Apêndice X. Pesquisa Bibliográfica – Serviço Farmacêutico
- Apêndice XI. Pesquisa Bibliográfica e Entrevista – Perita na área da Infecção Hospitalar
- Apêndice XII. Pesquisa Bibliográfica e Entrevista – Perita em Prevenção e Tratamento de Feridas
- Apêndice XIII. Contacto com Perita Internacional
- Apêndice XIV. Carta de Recomendações e Boas Práticas em Cuidados à Pele do RN na UCIN
- Apêndice XV. Poster: Instrumentos de avaliação/observação da pele do recém-nascido na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: Protocolo para uma Revisão Scoping
- Apêndice XVI. Pedido de permissão para o estudo de validação da *Neonatal Skin Condition Score* em RN portugueses
- Apêndice XVII. Pedido de Autorização à Comissão de Ética para a Saúde
- Apêndice XVIII. Formação dos Enfermeiros para o Trabalho de Campo
- Apêndice XIX. Consentimento Informado, Livre e Esclarecido
- Apêndice XX. Comunicação em Mesa Redonda: Um olhar sobre a pele do RN: o Cuidado de Enfermagem promotor da integridade cutânea em Neonatologia
- Apêndice XXI. Poster: *Research Project – Clinical and Statistical Validation of the Neonatal Skin Condition Score for Portuguese Newborns*

ÍNDICE DE ANEXOS

- Anexo I. Certificado de Participação na II Reunião de Enfermagem em Cuidados Intensivos Pediátricos
- Anexo II. Certificado de Participação no III Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa
- Anexo III. Permissão da AWHONN para o Estudo de Validação da NSCS em RN Portugueses
- Anexo IV. Parecer ELCOS
- Anexo V. Versão Portuguesa da NSCS
- Anexo VI. Parecer da Comissão de Ética para a Saúde
- Anexo VII. Projeto UI&DE

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1. Focos de Intervenção do EEESCJ na Observação/Avaliação da Pele.....65

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio visa expor o resultado do percurso individual de formação na área clínica, perspectivado no Projeto de Estágio, cujo intuito prendeu-se com o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, gestão, prestação e supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família, com integração das diferentes dimensões do exercício profissional. Assim, aspira demonstrar, de que forma as atividades e estratégias levadas a cabo, contribuíram para o desenvolvimento de competências, visando uma prática de enfermagem altamente qualificada e de excelência.

Vivemos num tempo em que urge mudar formas de agir e pensar enfermagem, porque pretendemos um reconhecimento como profissão e como disciplina do conhecimento (Cabete, 2008), e porque as necessidades em cuidados de saúde das pessoas alvo da nossa prática tem sofrido uma evolução nos padrões de exigência, relativamente às respostas dos profissionais de saúde (Silva, 2007). A perícia clínica e a prática de cuidados de enfermagem, baseada na evidência científica (PBE), podem contribuir para o desenvolvimento e o avanço da disciplina e da profissão, através do seu potencial transformador e facilitador da aprendizagem, gerando novos conhecimentos ou consolidando os existentes. Só desta forma é possível atingir uma prática de enfermagem avançada, que maximiza o seu conhecimento em profundidade e dá resposta às necessidades de saúde dos indivíduos (Canadian Nurses Association, 2008).

Os avanços da medicina e das novas tecnologias na área tão particular dos cuidados neonatais, têm contribuído para a diminuição da mortalidade infantil, especialmente entre os recém-nascidos (RN) gravemente doentes ou extremamente prematuros. Contudo, o contexto da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) continua a ser um exemplo paradigmático do desenvolvimento técnico-científico, cujas intervenções “benevolentes” ao RN, carregam em si um potencial devastador nos seus utilizadores provocando, inadvertidamente, a exposição a fatores importantes de morbilidade (Branquinho, 2013). A UCIN é um contexto de cuidados cujo ambiente se apresenta agressivo, impessoal e de difícil adaptação, decorrente de características particulares como a luminosidade, o ruído, as mudanças de temperatura e avaliações e procedimentos repetidos que ocorrem tão frequentemente, quanto a gravidade da situação de saúde do RN (Jordão, Pinto, Machado, Costa, & Trajano, 2016). Repensar o cuidado de enfermagem neste ambiente, direcionado ao RN e famílias particularmente vulneráveis, impele à mobilização da melhor evidência

científica, ancorado em alicerces teóricos válidos e orientadores da prática, numa lógica permanente de enfermagem avançada.

A proteção da pele e a manutenção da sua integridade durante a hospitalização, enquanto intervenção promotora da saúde, enquadra-se na esfera autónoma do enfermeiro, que mobilizando conhecimentos e técnicas próprias da profissão e disciplina de enfermagem, proporciona cuidados diferenciados e personalizados ao RN, com o intuito de promover o mais elevado estado de saúde e bem-estar desta população (Diário da República (DR), 1996, 2015). O estímulo para a realização de um projeto neste âmbito do cuidar em enfermagem prendeu-se essencialmente com a necessidade de, em contexto clínico, aprofundar o conhecimento neste domínio específico, suscitado pela inquietação relacionada com a constatação empírica do aumento da incidência de lesões de pele nos RN hospitalizados na UCIN. O desenvolvimento de projetos assente nas motivações e experiências de vida, tanto pessoais como profissionais, permite obter um maior envolvimento e conseqüentemente uma aprendizagem mais efetiva (Kolb, 1984, citado por Alarcão, 2001). “A aprendizagem experiencial é um processo transformador da experiência” (Alarcão, 2001, p. 56), e quando decorre da prática de enfermagem, gera competências e conhecimento teórico (Benner, 2001).

A hospitalização na UCIN constitui um risco acrescido de lesão cutânea em RN, relacionado com as suas características desenvolvimentais, condição de saúde e aos cuidados/procedimentos a que são diariamente submetidos, pelo que estes devem ser focados na proteção da pele (Askin & Wilson, 2014; Lund & Kuller, 2014; Santos & Costa, 2015). A ocorrência de situações de perda da integridade cutânea, iatrogénicas, conduz à reflexão no que concerne aos conhecimentos e habilidades da equipa de enfermagem, sobre o cuidado da pele no período neonatal (Santos & Costa, 2015). A recente investigação confirma a ocorrência de lesões da pele na população neonatal hospitalizada (Fontenele & Cardoso, 2011; Migoto, Souza, & Rosseto, 2013; Faria, 2015), pelo que a implementação de diretrizes e recomendações baseadas na evidência clínica comprovada promovem um cuidado à pele neonatal adequado contribuindo para o seu normal desenvolvimento (*Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses* (AWHONN), 2013). Numa ação concertada, o projeto levado a cabo ambicionou contribuir ativamente para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à população neonatal e família, promover a transformação e inovação nas práticas, a formação contínua e o desenvolvimento pessoal e profissional, promotores de ganhos em saúde, através de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Com o intuito de sustentar teoricamente o projeto e orientar a sua concretização, este foi alicerçado na filosofia dos cuidados pediátricos, assentes em três pilares fundamentais: os cuidados centrados na família, cuidados não traumáticos, cuidados de suporte ao desenvolvimento. O Modelo de Sistemas de Betty Neuman (1995, 2011) foi o fio condutor estrutural para a compreensão do fenómeno acima descrito, proporcionando orientações de atuação em enfermagem no cuidado ao RN hospitalizado na UCIN.

Com vista ao desenvolvimento das competências anteriormente referidas, foram realizados cinco estágios, nos quais foi possível refletir sobre os problemas da prática de cuidados pediátricos, nos diversos contextos, bem como repensar a problemática da proteção da pele, sob diversas perspetivas do cuidar, que culminou na produção do presente relatório. O percurso metodológico adotado enquadra-se numa lógica de enfermagem avançada, e centrou-se essencialmente na análise crítico-reflexiva da fundamentação teórica relacionada com a problemática central, orientada pela procura constante da melhor evidência científica, e mobilizando o resultado da primeira etapa de pesquisa do Protocolo de Revisão *Scoping* previamente elaborado, que permitiu identificar um instrumento de avaliação da pele (*Neonatal Skin Condition Score* (NSCS)) válido e confiável para a população neonatal (Lund & Osborne, 2004) e iniciar o estudo de validação para a população de RN portugueses. Aliado a este constructo, manteve-se a intenção de contribuir para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ), alargando o domínio da enfermagem neonatal, numa lógica integradora de saberes. O foco prendeu-se no atendimento de crianças, jovens e suas famílias, considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das diferentes etapas da idade pediátrica (DR, 2011b), adequando às particularidades dos vários contextos em que se encontrem e mantendo o enfoque na promoção da integridade cutânea durante a hospitalização. O relatório organiza-se em 3 partes, a primeira dedicada ao enquadramento teórico-conceptual da problemática em estudo; a segunda explicita o percurso metodológico; e a terceira parte é focada nas principais atividades realizadas, demonstrando as competências desenvolvidas, enfatizando o cuidado de enfermagem promotor da integridade da pele do RN na UCIN, e refletindo algumas recomendações para a prática. A conclusão procurará tecer algumas considerações e reflexões acerca da experiência na sua globalidade, e algumas projeções futuras. As referências bibliográficas permitiram suportar e fundamentar todo o percurso de formação desenvolvido e em apêndices e anexos apresento os documentos que considere pertinentes para a melhor compreensão das atividades realizadas.

PARTE 1. DA TEORIA À PRÁTICA: REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA

À noção de prática está associada a concretização de um trabalho (...). Diz respeito às condutas profissionais reais (...) nas quais são mobilizados os saberes específicos necessários à transformação desejada e antecipada (Rebelo, 1997, p. 3).

1.1 QUADRO DE REFERÊNCIA DE ENFERMAGEM

A apropriação e mobilização de referenciais teóricos de enfermagem na prática clínica constituem alicerces fulcrais para um agir profissional ético e sustentado, adequado ao perfil de competências de um enfermeiro especialista (EE) e mestre em enfermagem pediátrica. Esta ideia tem por base o conceito de enfermagem avançada descrito por Silva (2007, pp. 18) “que significa maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais conceptual e concretizada pela inter-relação pessoal – baseado em teorias de enfermagem (...) em face das respostas humanas às transições vividas”. O significado do conhecimento teórico é confirmado através da mobilização da teoria e de evidências baseadas em teorias para estruturar a prática e conferir uma melhoria na qualidade dos cuidados (Allygood, 2017). A reflexão sobre a prática e sobre os fenómenos que dela decorrem, convidam o enfermeiro a procurar as suas conceções individuais, a visitar o conhecimento teórico e a questionar a intencionalidade dos cuidados que presta ao outro. Nesta linha de pensamento, o presente relatório foi sustentado teoricamente na *filosofia dos cuidados pediátricos*, assente em pilares como *cuidados centrados na família (CCF)*, *não traumáticos*, *promotores do desenvolvimento*, e no *Modelo Conceptual de Sistemas de Betty Neuman*. Pretendeu-se ainda fundamentar o saber atual do fenómeno em estudo nos quatro conceitos metaparadigmáticos em Enfermagem à luz das conceções da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001; DR, 2015) e do modelo teórico de Betty Neuman. Este foca o cliente como um sistema, enquanto indivíduo, família ou comunidade (Allygood, 2017), e inscreve-se no Paradigma da Integração que infere que os fenómenos são contextuais e multidimensionais (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 1994). Está assente na premissa de que o cuidado de enfermagem compreende o respeito pelo indivíduo como um todo (ser holístico), valorizando todas as variáveis que influenciam a sua resposta aos *stressores* ambientais (Neuman, 1995).

1.1.1 A Pessoa – RN e Família

Humanizar os cuidados na UCIN, é uma tarefa difícil, que exige atitudes individuais contra todo um sistema tecnológico dominante (Martins, Fialho, Dias, Amaral, & Freitas, 2011). Impele ao conhecimento profundo da criança, e à compreensão da importância da família na sua vida (Marçal, 2016). A criança é um elemento fundamental da unidade familiar, porém “os cuidados de enfermagem são mais eficazes quando prestados com a convicção de que a família é o cliente” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. XIII). Esta tomada de consciência é fundamental para uma prestação de cuidados de enfermagem plena e de excelência (Corrêa, Andrade, Manzo, Couto, & Duarte, 2015) e assenta no conceito de *pessoa* da OE que o explicita como o binómio criança/família, referindo que a criança se encontra dependente e sob a responsabilidade dos cuidados da família, devendo esta suprimir as suas necessidades, visando o seu crescimento e desenvolvimento saudável e, influenciando necessariamente, todo este processo (DR, 2015). Nesta perspetiva, o foco de atenção na UCIN é ampliado para a família como objeto do cuidado, englobando muito para além da vertente física e do cliente RN. Assente neste constructo, e sustentado pelo Modelo de Neuman (1995, 2011), o enfermeiro reconhece que o sistema RN/família é caracterizado por uma série de linhas de defesa concêntricas que circundam a sua estrutura básica, responsável pelos processos humanos de viver e morrer. O sistema RN engloba as variáveis biológica (estrutura e funções orgânicas), de desenvolvimento (processos de crescimento e desenvolvimento) e social (ser comunicante) e o sistema família inclui as variáveis psicológica (processos psicológicos e relacionais), sociocultural (expectativas e aspetos socioculturais) e espiritual (crenças e valores). Em linha com a visão humanista e holística do Modelo de Neuman, a OE (2001) conceptualizou pessoa como um ser uno e indivisível, com dignidade própria, especificando que a criança é igualmente “um centro de processos inter-relacionais, que decorrem do seu direito à liberdade de expressão” (DR, 2015, p. 16661). A criança, enquanto pessoa, é um ser de dignidade e direitos, capaz e vulnerável, que em permanente relação interdependente com a família e o ambiente, vive processos de crescimento, desenvolvimento e capacitação no sentido da sua autonomia (Marçal, 2016). O seu comportamento é influenciado pela interação com o ambiente onde vive e se desenvolve, contudo, a pessoa também é centro de processos não intencionais, as funções orgânicas fisiológicas. Estas interferem na procura do melhor equilíbrio e são influenciadas pela condição psicológica, que por sua vez é influenciada pelo seu bem-estar e conforto físico (OE, 2001).

1.1.2 O Ambiente – *Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais*

A ocorrência de partos prematuros, as novas tecnologias e os tratamentos intensivos necessários para salvar a vida destes RN, acarreta riscos significativos, podendo originar consequências negativas e comprometer permanentemente o seu desenvolvimento cerebral. Fatores desencadeantes de *stress* como a separação materna e os procedimentos dolorosos a que estes neonatos estão sujeitos, diariamente, induzem episódios neurotóxicos que promovem alterações cerebrais e podem originar efeitos nocivos a longo prazo (Anand & Scalzo, 2000; Bouza, 2009; Niwa, Matsumoto, Mouri, Ozaki, & Nabeshima, 2011; Hatfield, Meyers, & Messing, 2013). Assim sendo, o desafio de cuidar na UCIN desperta a reflexão sobre o impacto da evolução da investigação e da tecnologia na qualidade da saúde dos RN, para além da comprovada redução da mortalidade infantil, relembrando que deve existir uma ligação intrínseca entre sobrevivência e saúde (World Health Organization, (WHO), 2014), sendo essencial otimizar os resultados dos cuidados visando o seu desenvolvimento (Als, 2017). De facto, a diminuição da taxa de mortalidade infantil não se fez acompanhar por uma redução na importância e amplitude dos problemas de saúde das crianças, uma vez que alguns destes, não evitáveis e intrinsecamente ligados aos benefícios dos avanços da ciência e tecnologia, “conduziram a um aumento de situações crónicas e à necessidade de garantir as condições a uma maior e melhor sobrevivência” (Marçal, 2016, p. 97). O Modelo de Betty Neuman (2011) explicita que cada indivíduo é um sistema aberto, que interage continuamente com *stressores* ambientais, e está em constante mudança, caminhando em direção a um estado dinâmico de harmonia, equilíbrio ou bem-estar ou, pelo contrário, em direção a uma doença. O ***ambiente*** constitui todos os fatores internos e externos que podem influenciar positiva ou negativamente o sistema num dado momento. A autora identificou três ambientes relevantes: o interno, considerando os fatores intrapessoais em interação permanente com o sistema; o externo que é inter e extrapessoal e inclui fatores externos ao sistema; e o ambiente criado que é inconscientemente desenvolvido pela pessoa e utilizado de forma protetora e adaptativa (Neuman, 1995, 2011). O ambiente externo, também denominado de microambiente por Gibbins, Hoath, Coughlin, Gibbins, e Franck, (2008), garante uma estrutura e suporte ao RN criticamente doente e sua família, reconhecendo a influência de fatores ambientais na sua integridade e bem-estar. Esses fatores incluem a intensidade da luz, níveis de ruído, o *design* espacial, bem como comportamentos interpessoais. Todos esses fatores constituem o ambiente partilhado entre cuidadores e RN e, portanto, devem ser considerados na promoção

de um ambiente de apoio ao desenvolvimento (Gibbins et al., 2008). O ambiente criado é intrapessoal, dinâmico e mobiliza todas as variáveis do sistema, com o intuito de criar um efeito protetor que ajuda a pessoa a lidar com a ameaça dos *stressores* ambientais, como os padrões de sobrevivência e desenvolvimento ao longo do ciclo de vida (Neuman, 1995, 2011).

A hospitalização na UCIN expõe o RN e pais a situações potencialmente traumáticas e geradoras de *stress*, que podem influenciar, no caso dos RN, as respostas fisiológicas e de neurodesenvolvimento, a curto e a longo prazo (D'Agata, 2015), e no caso da família a resposta à situação que vivenciam, aos seus mecanismos de *coping* e ao grau de vulnerabilidade ao *stress* traumático (Ribeiro, Moura, Sequeira, Barbieri, & Erdmann, 2015). No contexto de cuidados de saúde pediátricos, o *stress* traumático pode ser definido como as reações a um evento médico e/ou psicológico, vivenciado pela criança e família que experienciam situações de lesão ou doença grave e súbita, procedimentos dolorosos ou experiências sensoriais novas e ameaçadoras. As crianças mais jovens (RN) não têm a capacidade de compreender a natureza destes eventos, respondendo aos mesmos através de comportamentos que revelam essencialmente perda de segurança (Center for Pediatric Traumatic Stress, 2015). Os *stressores* podem ser entendidos como estímulos ou forças internas e externas que produzem tensões, que podem ser benéficas ou nocivas e têm potencial para a instabilidade do sistema do cliente, conduzindo a uma quebra nas linhas de defesa (flexível, normal e de resistência) e atingindo a sua estrutura básica (Neuman, 1995, 2011). Este conceito inclui três dimensões, *stressores* intrapessoais (dimensão anatomofisiológica do RN e dimensão psicoemocional da família), interpessoais (interações entre o RN e os cuidadores), e extrapessoais (características ambientais da UCIN) (Neuman, 2011). Os enfermeiros constituem os principais mediadores do *stress*, desempenhando um papel fundamental na monitorização da tolerância infantil durante e após os cuidados e procedimentos (Sweeney & Blackburn, 2013). Também os pais, durante o período de hospitalização, se sentem mais vulneráveis e experienciam níveis significativos de *stress*, ansiedade, incerteza face ao futuro, desconforto físico e insegurança emocional, e as suas reações variam do silêncio ao choro (Ribeiro et al., 2015). Todo o trabalho desenvolvido neste ambiente implica a interação humana a diversos níveis e na complexa interface da vulnerabilidade física e emocional. No centro desse processo interativo está o RN, ser imaturo, totalmente dependente, altamente sensível e em desenvolvimento, e os seus pais, cheios de esperança, abertos e vulneráveis, confiantes, que contam com a atenção e o

investimento de profissionais competentes e extremamente diferenciados emocionalmente (Als, 2017).

A hospitalização não deve constituir em si uma experiência traumática ou uma interrupção no desenvolvimento, sendo necessário mobilizar recursos que minimizem os seus efeitos. Embora muitos dos *stressores* não possam ser completamente evitados, podem ser reduzidos, mantendo os melhores padrões de cuidados, pelo que a intervenção do enfermeiro consiste na implementação de ações que resultem num ambiente terapêutico (Martins et al., 2011). O reconhecimento das respostas dos RN aos *stressores* ambientais permite intervir precocemente, reduzindo o risco de situações patológicas (Sweeney & Blackburn, 2013). O modelo conceptual de Neuman sugere um formato de processo de enfermagem no qual o cliente (binómio RN-família), enquanto recetor do cuidado, participa ativamente com o enfermeiro para estabelecer metas e selecionar intervenções (Allygood, 2017). A OE (2001; DR, 2015) reforça que o ambiente no qual a criança vive e se desenvolve oferece uma variedade de estímulos provenientes dos elementos nele presentes (humanos, físicos, culturais, organizacionais, etc), sendo que no contexto da prática, o enfermeiro deve focalizar a sua intervenção nesta complexa interdependência pessoa/ambiente, salvaguardando um ambiente promotor de saúde, gerador de apoio emocional, cujos cuidados promovam a independência e o desenvolvimento da criança.

1.1.3 O Cuidado de Enfermagem – *Centrado na Família, Não Traumático e Promotor do Desenvolvimento*

O momento da hospitalização constitui para a criança e família uma fase de desequilíbrio físico e psicoemocional que reduz temporariamente as suas capacidades habituais de lidar com os problemas, tornando-se mais dramática em situação de urgência e na hospitalização precoce, nos casos de prematuridade ou outros problemas neonatais (Jorge, 2004). Considerando os pais como parceiros de cuidados, é essencial que o enfermeiro promova o apoio durante as transições que vivenciam e desenvolva intervenções que impulsionem o papel parental, dotando-os de competências e conhecimentos para cuidarem dos seus filhos, tornando-os mais resilientes perante novas transições ameaçadoras do bem-estar (Meleis, 2010). As experiências humanas apenas podem ser explicadas, na forma como são percecionadas, pelas pessoas que as vivenciam (Watson, 2002), pelo que, tentar

compreender o mundo do ponto de vista do paciente/família parece ser uma estratégia essencial para transformar a vulnerabilidade numa força (Gjengedal et al., 2013).

O Modelo de Sistemas de Neuman perspectiva práticas de enfermagem pediátrica focadas no atendimento de crianças e suas famílias com a intenção de preservar, alcançar e manter a estabilidade ótima do sistema cliente, isto é, o seu bem-estar ideal. Especificamente, os fenómenos de interesse prendem-se com as atuais ou potenciais reações do sistema aos *stressores*, intra, inter e extrapessoais que emergem do seu ambiente interno e externo (McDowell, 2011). Em consonância com esta definição, a OE (DR, 2015) acrescenta que os **cuidados de enfermagem** especializados em saúde da criança e jovem evidenciam os cuidados centrados na família, concebendo esta como contexto da criança e do jovem. Tem ênfase nas interações e processos comunicacionais que lhe estão subjacentes, e a relação de parceria consiste numa “articulação em equidade, dinâmica e flexível, (...) cuja operacionalização decorre dos relacionamentos estabelecidos, de natureza aberta e colaborativa, entre a díade e a equipa de enfermagem” (DR, 2015, p. 16661). Deste modo, o cuidado de enfermagem acontece no encontro, singular e subjetivo, entre o enfermeiro e a pessoa cuidada, sendo o seu limite o espaço íntimo do sentir, consciente que “o problema de saúde existe na pessoa, no seu corpo, na sua intimidade, no modo como é vivido por cada um” (Rebelo et al., 2016, p. 23).

A enfermagem é a única profissão preocupada em manter o sistema cliente estável, avaliando os efeitos ou possíveis efeitos dos *stressores* ambientais, considerando todas as variáveis que influenciam os clientes no seu contexto ambiental (visão holística), e intervindo na sua adaptação para alcançar um nível ótimo de bem-estar (Neuman, 2011). A finalidade dos cuidados de enfermagem engloba a maximização e potenciação da saúde da criança e do jovem, a promoção do crescimento e desenvolvimento no âmbito dos cuidados antecipatórios, a promoção da vinculação e o reconhecimento e a valorização das forças e competências da família enquanto recurso para a intervenção (DR, 2015). Deste modo, a intervenção de enfermagem consiste em todas as ações preventivas que devem ter início quando há suspeita, ou é identificado um *stressor* e, tem por base, o possível ou atual grau de reação a este, as fontes e estratégias para o enfrentar e os objetivos e os resultados antecipados das intervenções. O modelo de Neuman propõe três dimensões do conceito de prevenção como intervenção em enfermagem, a prevenção primária, secundária e terciária. A prevenção primária pretende preservar o bem-estar, reduzindo a possibilidade de encontro com o *stressor* ou de reação a este, fortalecendo a linha flexível de defesa (limite externo do sistema cliente).

Relaciona-se com o conhecimento que é aplicado à avaliação do cliente e à intervenção, na identificação e redução dos fatores de risco associados aos *stressores* ambientais (Neuman, 2011). Na enfermagem pediátrica envolve cuidados dirigidos à prevenção da doença e lesões, mediante a promoção de orientações antecipatórias a crianças e famílias, que implica promover o seu *empowerment* através da partilha de conhecimento acerca do desenvolvimento esperado dos seus filhos e as medidas de promoção da saúde que podem mobilizar para alcançar resultados saudáveis. Estas orientações antecipatórias incorporam diversas áreas do ensino da saúde como o crescimento e os estádios de desenvolvimento, nutrição, sono/atividade física, relacionamentos e a prevenção de doenças e lesões (McDowell, 2011). Deste modo, o envolvimento precoce da família no processo de cuidar e na tomada de decisão deve ser parte integrante do plano de cuidados do RN na UCIN (Gaiva & Scochi, 2005; Duarte et al., 2012). Incluir os pais como participantes plenos no cuidado dos seus filhos refere-se à partilha de informações sobre os princípios dos cuidados de suporte ao desenvolvimento e sobre a comunicação comportamental que os RN transmitem que indicam *stress* e/ou estabilidade (Craig et al., 2015). As famílias devem receber informações oportunas, completas e precisas que permitam participar efetivamente nos cuidados e na tomada de decisão, no respeito pela sua vontade e no exercício pleno da sua autonomia (Institute for Family Centred Care, 2004; Boon, 2012). É assim fundamental uma comunicação onde predomine a partilha de conhecimento, a capacitação e o suporte necessário para o desenvolvimento de competências parentais, visando a sua autonomia para uma tomada de decisão informada e esclarecida (DR, 2015).

Nesta linha de pensamento, enquadra-se a abordagem de cuidados de suporte ao desenvolvimento centrado na família, que vem realçar a importância fundamental de incorporar a família de forma consistente no cuidado do seu bebé, reconhecendo-a como um membro colaborativo essencial da equipa da UCIN, e incluir o papel parental como facilitador do desenvolvimento do RN. O envolvimento familiar é a chave para tomar consciência do potencial de efeitos positivos duradouros sobre o desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial do RN (Browne & Talmi, 2005; American Academy of Pediatrics (AAP), 2012; Craig et al., 2015). Os cuidados individualizados promotores do desenvolvimento traduzem-se em práticas fundamentadas teoricamente, sustentadas pela evidência científica e reconhecidos pelo programa de implementação NIDCAP (*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*). Esta abordagem de cuidados centra a sua atenção na observação e interpretação dos comportamentos individuais de cada RN,

adaptando o ambiente envolvente e os cuidados com o intuito de evitar a estimulação sensorial excessiva e a dor, potenciando as suas competências, habilidades e autorregulação (Als, 1982, 2017). Considerado um ser comunicante, o RN é um sujeito ativo e recetivo do cuidado, capaz de interagir com os seus cuidadores através da expressão de emoções, prazer, dor e da procura ou recusa do contato, se a estimulação se revelar negativa e gerar *stress* (Rolim, 2006). Com base nesta abordagem desenvolvimentista dos cuidados começaram a emergir Modelos de intervenção, cujas recomendações emanadas, baseiam-se em estudos que ofereceram a melhor evidência nesta área do conhecimento. Entre eles destaca-se *The Universe of Developmental Care Model* (Gibbins et al., 2008), que constitui a primeira reformulação importante da teoria do cuidado do desenvolvimento neonatal, desde a *Synactive Theory of Development* de Als (1982), e refere que o cérebro em desenvolvimento e o ambiente dependem um do outro para todas as atividades de cuidar. Central para este modelo é o conceito de uma superfície partilhada, a pele, que forma o vínculo crítico entre o corpo/organismo e o meio ambiente e constitui o ponto focal para as interações humanas. Mais recentemente, Altimier e Phillips (2013) desenvolveram *The Neonatal Integrative Developmental Care Model*, que descreve intervenções neuroprotetoras como estratégias para suportar a criação de conexões neuronais ideais, e assim promover o desenvolvimento adequado dos RN e prevenir alterações físicas, comportamentais e neurológicas.

A prevenção secundária descrita por Neuman envolve ações promotoras do bem-estar, e inclui o início do tratamento dos sintomas resultantes da reação ao *stressor*. São mobilizadas as forças internas e externas do cliente para reforçar o seu sistema (linhas de resistência), através da prestação direta de cuidados a crianças doentes ou com lesões. Alguns exemplos dessas ações incluem a monitorização contínua do estado de saúde e alterações; a mobilização de medidas não farmacológicas; a assistência nas atividades de vida diária; a promoção de cuidados às lesões cutâneas; a mobilização de técnicas assépticas para prevenção de contaminação e infeções; e a instituição de medidas termorreguladoras (McDowell, 2011). Estas intervenções estão em consonância com as práticas de cuidados para o desenvolvimento inseridas no modelo de Gibbins et al. (2008), e com as sete medidas neuroprotetoras de Altimier e Phillips (2013), demonstrando que estes modelos clínicos e o modelo conceptual de Neuman caminham lado a lado, na sustentação e orientação do cuidar em enfermagem.

A tomada de consciência em pediatria de que os eventos médicos (*stressores* interpessoais e extrapessoais segundo Neuman, 2011) que ocorrem em contextos de cuidados podem provocar trauma, permite ao enfermeiro minimizar aspetos potencialmente

traumáticos, identificar crianças e famílias com risco aumentado de trauma persistente e prevenir reações a longo prazo (Center for Pediatric Traumatic Stress, 2015). Nesta perspectiva, toda a intervenção do enfermeiro repercute-se em cuidados não traumáticos, pilar basilar dos cuidados pediátricos, que compreendem todas as intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto da criança/família, tanto físico como psicológico, tendo como principal objetivo não causar dano, através da prevenção ou redução da lesão corporal e da dor (Hockenberry & Wilson, 2014). No contexto da UCIN esta abordagem foi denominada por *Trauma-informed age-appropriate care* por Coughlin (2014) e, traduz um conceito de desenvolvimento, que reconhece as consequências fisiológicas, neurobiológicas e psico-emocionais do trauma na idade neonatal e visa amenizar os efeitos prejudiciais, associados a esta experiência, através da provisão de estratégias de cuidados baseadas em evidências e adequadas à idade. A autora realça que se a vivência emocional for indiferente, ou isenta de cuidado, traduz-se numa experiência negativa de si (RN) e do mundo. Contudo, se a experiência emocional for de suporte, conforto e amor, a criança é encorajada e desenvolve um senso positivo de si e uma percepção positiva do outro. A operacionalização deste conceito na prática clínica requer um ambiente de confiança, proteção e segurança para a criança (Coughlin, 2014), e pode ser considerada a prevenção secundária como intervenção bem-sucedida, resultando na obtenção do bem-estar da criança e família (McDowell, 2011).

1.1.4 A Saúde – *Equilíbrio e Bem-Estar da Criança e Família*

O conceito de *saúde* da criança (RN) emerge como um estado subjetivo, assente num conjunto de particularidades que norteiam a maximização da sua saúde, focadas na satisfação das suas necessidades nas diferentes etapas do seu desenvolvimento. Trata-se de um processo dinâmico, contínuo e variável no tempo, que traduz a importância de potenciar o crescimento e/ou desenvolvimento, tal como a sua adaptação às transições expetáveis e/ou acidentais, otimizando este estado de bem-estar nas suas diversas dimensões (físico, psicológico, intelectual, social e espiritual) e inserido no seu seio familiar (DR, 2015). Em sintonia está o conceito de saúde de Neuman (2011) que acrescenta que se trata de um estado que alterna entre bem-estar e doença. O bem-estar ideal acontece quando as suas necessidades estão a ser totalmente atendidas. A natureza dinâmica da estabilidade é vista tal como a pessoa, como um sistema, que lida adequadamente com os *stressores* para reter, atingir ou manter uma ótima saúde e integridade (Neuman, 2011). Assim, a criança experiencia “processos de saúde-

doença que a colocam perante um vasto conjunto de fatores e situações que podem afetar negativamente a sua vida e qualidade de vida, mas, para os quais, possui igualmente fatores de proteção que urge conhecer e fortalecer” (Marçal, 2016, pp. 93).

Nesta linha de pensamento surge a definição de prevenção terciária de Neuman, enquanto a manutenção do bem-estar ótimo, alcançado através da prevenção secundária, sendo focada em estratégias adaptativas e reajustamentos, prevenindo a recorrência da reação ao *stressor* (McDowell, 2011). A linha de defesa normal define assim o estado de saúde atual do sistema do cliente, agindo como um padrão que permite avaliar a condição de saúde habitual e a variação do bem-estar (Neuman, 2011). A OE veio reforçar a importância do EEESCJ, em parceria com a criança e família/pessoa significativa, prestar cuidados de nível avançado no sentido de promover o melhor estado de saúde possível, com segurança, competência e satisfação, mobilizando recursos de suporte e respondendo às suas necessidades específicas (DR, 2011a). O estado dinâmico de equilíbrio e bem-estar é alcançado quando o sistema do indivíduo colabora com êxito com os *stressores* ambientais e a harmonia ou equilíbrio funcional mantêm a integridade de todo o sistema (Neuman, 1995; Freese, 2004), incluindo o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional, espiritual e cultural (OE, 2001).

1.2 DESENVOLVIMENTO DA PROBLEMÁTICA: ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Os recentes avanços tecnológicos e as inovações diagnósticas e terapêuticas resultaram numa melhoria expressiva na sobrevivência de RN que necessitam de cuidados intensivos, consequentemente, a incidência de eventos iatrogénicos também aumentou (Csoma et al., 2016). Ainda que o número de lesões graves esteja a diminuir continuam a ocorrer lesões cutâneas, contudo, a sua natureza e causas mudaram. A taxa de eventos iatrogénicos é de cerca de 57% nas idades gestacionais (IG) de 24 a 27 semanas, em comparação com 3% em RN de termo (Sardesai, Kornacka, Walas, & Ramanathan, 2011). A falta de avaliação da pele, caracterizada pela ausência de um exame físico detalhado, e um registo inadequado das suas alterações, a par com a inexistência de PBE na conduta dos enfermeiros destacam-se como fatores agravantes para a ocorrência de lesões na pele na UCIN (Soares et al., 2017). Os subcapítulos seguintes dão destaque aos *stressores* intra, inter e extrapessoais que concorrem para o aumento do risco de lesões cutâneas no RN ao longo da hospitalização na UCIN, com ênfase particular para as especificidades da pele no período neonatal, os fatores de risco de

lesão, as práticas de cuidados que potenciam a ocorrência de lesões, e as implicações destas no neurodesenvolvimento do RNPT.

1.2.1 As Especificidades da Pele do RN

Os RN Pré-Termo (RNPT) ou criticamente doentes são extremamente vulneráveis e suscetíveis a alterações do desenvolvimento nos domínios físico, neurobiológico e psicoemocional (Coughlin, 2014), sendo considerado RN de risco aquele que detém uma probabilidade aumentada de morbidade e/ou mortalidade, que normalmente deriva de condições ou circunstâncias associadas ao nascimento ou à adaptação à vida extrauterina (Askin & Wilson, 2014). A integridade da pele constitui um requisito essencial que facilita e apoia o RN nesta transição (ScharDOSim, Ruschel, Motta, & Cunha, 2014).

A pele, enquanto órgão multidimensional e dinâmico, encerra diferentes funções vitais, atuando como interface entre o ambiente interno e externo, sendo capaz de responder às alterações destes (Rolim et al., 2008; Menoita, 2015). Constitui um tecido complexo e multifuncional que apoia na termorregulação, previne a perda de água transepidermica (TEWL), atua como órgão sensorial e funciona como uma barreira, fornecendo proteção contra lesões físicas, químicas e ameaças biológicas (Merrill, 2015; Jurica et al., 2016). A pele é ainda fundamental no estabelecimento precoce da relação mãe-bebê, na medida em que a qualidade do toque e da estimulação que uma criança recebe, é responsável pelas respostas posteriores a outras pessoas e ao meio ambiente (Lund, & Kuller, 2014).

A pele é constituída por três camadas principais: a epiderme, a derme e a camada subcutânea. A função de barreira da pele reside principalmente no estrato córneo, a camada externa da epiderme, que está em contato direto com o meio ambiente e funciona como barreira protetora, ajudando a prevenir a entrada percutânea de microorganismos prejudiciais ao organismo. Proporciona importantes contributos na termorregulação, na manutenção da hidratação e na imunidade inata (pH ligeiramente ácido oferece proteção adicional contra agentes patogénicos). O teor de água do estrato córneo está envolvido na manutenção da sua integridade e funcionalidade (Telofski, Morello, Correa, & Stamatias, 2012; Merrill, 2015).

A manutenção da barreira da pele é essencial para a sobrevivência dos RN, uma vez que a sua pele difere da dos adultos em estrutura, função e composição, encontrando-se funcionalmente ainda em desenvolvimento (Blume-Peytavi, Hauser, Stamatias, Pathirana, & Bartels, 2012). A pele do RN distingue-se pela maior sensibilidade, menor espessura das

camadas constituintes e uma barreira epidérmica imatura (Fernandes, Oliveira, & Machado, 2011). As diferenças estruturais mais significativas entre a pele do RN e do adulto centram-se no número e ligação das camadas celulares do estrato córneo epidérmico, na menor coesão entre a epiderme e a derme, devido às fibras elásticas serem mais finas e em menor número, na maior permeabilidade a variadas substâncias, na capacidade reduzida de proteção contra a infeção, pelo sistema imunológico diminuído, e no sistema nervoso e vascular não totalmente organizado (Lund & Kuller, 2014). Do ponto de vista histológico, a maturação epidérmica é considerada em grande parte completa antes das 40 semanas, contudo os RN de termo não possuem uma pele totalmente madura ao nascimento (Stamatas, Nikolovski, Mack, & Kollias, 2011), dado que o estrato córneo é aproximadamente 30% mais delgado do que o de um adulto e a sua maturação só parece estar completa após o primeiro ano de vida (Nikolovski, Stamatas, Kollias, & Wiegand, 2008). Contudo, e apesar dessas diferenças, a barreira da pele é competente após o nascimento em RN de termo e saudável sendo que durante o período fetal tardio, a pele torna-se funcional e desenvolve uma barreira epidérmica protetora, cuja maturação ocorre à medida que a IG aumenta (Blume-Peytavi et al., 2012; Telofski et al., 2012; Merrill, 2015).

A pele dos RNPT é ainda menos desenvolvida e não possui propriedades de barreira protetora totalmente funcionais do estrato córneo. Com a diminuição da IG e um défice estrutural desta camada, os RNPT são conhecidos por terem um aumento significativo da TEWL, o que pode levar a problemas significativos como desidratação, instabilidade térmica, desequilíbrios eletrolíticos, maior vulnerabilidade ao trauma e atraso da maturação (Eichenfield & Hardaway, 1999; Visscher, Adam, Brink, & Odio, 2015). Uma vez que o estrato córneo é mais fino e menos eficaz em RNPT, esta população pode ter um risco aumentado de infeção e toxicidade sistémica devido à absorção tópica de substâncias na pele (Mancini, 2004; Visscher et al., 2015). Demonstrou-se que a função de barreira completa se desenvolve entre as 2 e as 4 semanas após o nascimento para RN nascidos com IG entre 30 e 32. Contudo, para gestações mais prematuras, a maturação completa pode levar até 8 ou 9 semanas pós-parto, especialmente em RN abaixo das 25 semanas, que apresentam esta função comprometida até atingirem a idade pós-concepcional de 30-32 semanas (Kalia, Nonato, Lund, & Guy, 1998). Reconhecendo o sub-desenvolvimento da pele do RNPT, aliado a um défice na sua funcionalidade, esta tem que ser observada e cuidada como um órgão imaturo que requer intervenções especiais. A prevenção e a compensação das perdas de água e calor são obrigatórias, preservando a sua integridade e de todo o organismo (Jurica et al., 2016).

Durante o período neonatal, a pele passa por um importante processo de transformação relacionado com a transferência de um meio intra-uterino aquático para uma ambiente atmosférico extra-uterino, que estimula e acelera a maturação da função da pele (Lund, & Kuller, 2014), sendo condicionado pelas características individuais de cada RN e da sua situação de saúde (Fernandes, Oliveira, & Machado, 2011) e influenciado pelas práticas de cuidados do contexto (Santos & Costa, 2015).

1.2.2 O Risco de Lesão da Pele do RN

A prematuridade e a doença grave durante o período neonatal expõem o desenvolvimento humano a *stressores* excessivos que influenciam e alteram mecanismos fisiológicos e homeostáticos e têm implicações ao longo da vida (Coughlin, 2014). Os RN hospitalizados na UCIN estão mais suscetíveis ao desenvolvimento de lesões da pele devido à sua imaturidade anatômica e fisiológica, bem como à constante necessidade de procedimentos terapêuticos, a utilização de dispositivos invasivos e a manipulação frequente por parte da equipa multidisciplinar (Santos & Costa, 2014). Os principais fatores de risco são o baixo peso ao nascer, a IG, o tempo de hospitalização prolongado, a presença de cateter venoso central, e a ventilação mecânica (Sardesai et al., 2011). Zomignani, Zambelli, e António, (2009) referem que fatores como o peso de nascimento (PN) e a IG, constituem importantes preditores de complicações, ditando a maturidade do RN, e podem ser indicadores de morbilidades. O RNPT é definido como aquele que nasce antes de completar as 37 semanas de gestação, e de acordo com a IG podem ser agrupados em prematuros extremos (<28 semanas), muito prematuros (28 às 32 semanas), prematuro moderado (32 às 34 semanas) e tardio (34 às 37 semanas) (WHO, 2012; 2015; Askin & Wilson, 2014). Atendendo ao PN classificam-se em RN de baixo peso (<2500 gramas), de muito baixo peso (<1500 gramas) e de extremo baixo peso (<1000 gramas) (WHO, 2012; Askin & Wilson, 2014).

O estudo prospetivo conduzido por Csoma et al., (2016) acrescentou aos fatores de risco o uso de surfactantes, inserção de cateter arterial umbilical, suporte inotrópico com dopamina ou dobutamina, hemorragia pulmonar, hemorragia intracraniana, persistência do canal arterial, displasia broncopulmonar e resultados positivos de culturas microbiológicas. Outras pesquisas realçam que os adesivos que fixam os dispositivos, aliados à terapia endovenosa e ao uso de cateter, estão entre os principais fatores que expõem a pele dos RN às lesões e contribuem para a ocorrência de infeções e complicações graves como a sépsis (Soares et al., 2017).

A exposição dos RN a desinfetantes e dispositivos médicos (AWHONN, 2013) aliado a práticas de cuidados durante a hospitalização, oferecem um risco potencial de lesão da pele ou alteração da sua função normal de barreira, destacando-se o trauma do estrato córneo decorrente da quebra epidérmica devido à remoção de adesivos, queimaduras por elétrodos transcutâneos, úlceras por pressão, infecções, estados nutricionais inadequados, extravasamento de líquidos intravenosos e dermatite da fralda (Lund & Kuller, 2014). A pele dos RNPT é particularmente sensível às influências externas, e muito embora algumas intervenções clínicas sejam necessárias para à sua sobrevivência, podem prejudicar o estrato córneo (Jurica et al., 2016). De facto, após o nascimento, a condição da pele sofre uma progressiva deterioração, comprometendo a sua integridade e acarretando um risco aumentado de infeção (Darmstadt, Ahmed, Ahmed, & Saha, 2014). Rutter (2000) reforça a ideia da importância de avaliar rigorosamente a pele no período neonatal, enfatizando a pele imatura, e Jurica et al. (2016) reconhecem que a negligência na observação e cuidados adequados à pele do RN origina inevitavelmente um resultado prejudicial a todo o organismo.

1.2.3 Prática de Cuidados – Causa Potencial de Lesões e Traumatismos

As práticas na UCIN associadas às características da população neonatal, são a base de inúmeras ações e procedimentos que concorrem para o aumento do risco de lesão cutânea. As práticas que causam traumatismo e lesões à pele ou interferem na sua funcionalidade contribuem para taxas de morbidade e mortalidade significativas nesta população vulnerável (Lund & Kuller, 2014). Evidências sugerem que alterações na hidratação da pele e na adesão dos corneócitos podem afetar a integridade da camada córnea (Carvalho, Markus, Abagge, Giraldi, & Campos., 2015). O crescente uso de adesivos e dispositivos representa uma ameaça evidente à integridade cutânea dos RN (Kuip & Opperbeck, 2016), colocando-os em risco de desenvolver úlceras por pressão (NPUAP, EPUAP, & PPPIA, 2014). No momento em que este equipamento deixa de ser necessário, ou requer substituição, o adesivo é removido e, juntamente com este, uma camada da epiderme também pode ser removida, devido ao vínculo entre a epiderme e o adesivo ser mais forte do que a ligação entre a epiderme e a derme. Esta situação acontece porque as fibras que unem estas duas camadas são mais finas e em menor número nos RNPT entre as 23 e 30 semanas (Fox, 2011). Define-se lesão cutânea relacionada ao uso do adesivo como uma alteração da superfície da pele como o eritema e/ou outra manifestação anormal (incluindo vesículas, erosão ou roturas) que persiste 30 minutos ou

mais após a remoção do adesivo (McNichol, Lund, Rosen, & Gray, 2013). A anetodermia da prematuridade (atrofia macular da pele) foi evidenciada como uma importante morbidade relacionada à utilização de adesivos em RN com muito baixo peso ao nascer (AWHONN, 2013). Trata-se de uma doença dermatológica rara caracterizada por lesões de pele atróficas com bordos afiados causadas por perda localizada de fibras elásticas. Aliada à diminuição da taxa de mortalidade do RN extremamente prematuro, é esperado que a incidência da anetodermia aumente, exigindo que os profissionais de saúde que cuidam desta população vulnerável a reconheçam e previnam (Glauser, Rügger, Natalucci, & Arlettaz, 2016). Como resultado da lesão na camada epidérmica, aumenta a TEWL do RNPT no local da mesma e o risco de sépsis sistêmica aumenta devido à capacidade de as bactérias penetrarem na camada epidérmica no local da lesão (Allwood, 2011). Além do compromisso da integridade cutânea, a remoção do adesivo de forma inadequada pode causar desconforto e dor, reduzindo a qualidade de vida dos pacientes lesados, e em determinadas situações podem mesmo causar lesões dos tecidos mais profundos. Assim, estes eventos podem ter um impacto negativo significativo na segurança dos pacientes, para além dos custos do tratamento dos danos na pele e do tempo de hospitalização adicional. Foram assinalados alguns fatores que podem aumentar o risco de desenvolver estas lesões, destacando-se como fatores intrínsecos a idade extrema (o RNPT pelas diferenças estruturais e funcionais da pele); algumas condições dermatológicas ou médicas; a malnutrição e a desidratação. Entre os fatores extrínsecos, realçam-se a pele muito seca como resultado de produtos de limpeza, banhos frequentes ou pouco humidade envolvente; alguns medicamentos; e a remoção ou substituição repetida de adesivos ou dispositivos. Entre as principais causas preveníveis evidenciam-se a escolha inadequada deste material, o tamanho excessivo, técnicas de aplicação e remoção inapropriadas, permanência por longos períodos de tempo, e mudanças repetidas e frequentes (McNichol et al., 2013).

Os RN hospitalizados nas UCIN são também altamente suscetíveis às infeções associadas aos cuidados de saúde, tendo estas um impacto substancial na mortalidade, morbidade e custos de saúde nesta população (Ohlin, Bjorkman, Serenius, Schollin, & Kallen, 2015; Oza, Lawn, Hogan, Mathers, & Cousens, 2015; Sathiyamurthy, Banerjee, & Godambe, 2016). Algumas infeções são comumente adquiridas pelos RNPT através da via transcutânea durante a sua hospitalização (Ponnusamy, Venkatesh, & Clarke, 2014), uma vez que esta população particular não possui barreira efetiva da pele. O estrato córneo, responsável por garantir uma barreira epidérmica protetora, está subdesenvolvido até cerca

das 32-34 semanas de gestação, tornando-os mais vulneráveis a infecções durante este período (Harpin & Rutter, 1983; Dyer, 2013; Visscher et al., 2015). O gluconato de clorohexidina (CHG) é um antisséptico tópico de amplo espectro utilizado para prevenir infecções associadas aos cuidados de saúde (Marschal et al., 2014), contudo os dados existentes atualmente continuam a ser insuficientes para recomendar com segurança o seu uso em lactentes com idade inferior a 2 meses (Paternoster, Niola, & Graziano, 2017). A literatura consultada revelou múltiplos casos de queimaduras da pele em RN hospitalizados na UCIN, a maioria em RNPT de muito baixo peso, associados à aplicação de clorohexidina na pele (Mannan, Chow, Lissauer, & Godambe, 2007; Bringué Espuny et al., 2010; Lashkari, Chow, & Godambe, 2012; Kutsch & Ottinger, 2014; Neri et al., 2017). Reynolds, Banerjee e Meek (2005) na sua pesquisa referem a hipotermia, a TEWL, a sépsis e a insuficiência renal enquanto consequências reconhecidas de queimaduras graves nos RN. Realçam ainda que a dor e o *stress* associados a estas lesões podem afetar negativamente a maturação neuronal cerebral. As cicatrizes e a despigmentação da pele são outros achados comuns nestas situações (Reynolds, Banerjee, & Meek, 2005). A ocorrência de queimaduras químicas levanta sérias preocupações em RN com peso inferior a 1500g, podendo constituir uma ameaça à sua vida (Tamma, Aucott, & Milstone, 2010). O estudo levado a cabo por Johnson et al., (2016) revelou que todos os efeitos adversos relacionados com a utilização de CHG são dermatológicos, realçando que o foco das preocupações dos profissionais de saúde é a absorção sistémica e potencial neurotoxicidade.

1.2.4 Implicações no Neurodesenvolvimento do RNPT

O sentido do toque é dos primeiros a ser desenvolvido no feto e no RNPT pode ser fator de *stress* (Nair, Gupta, & Jatana, 2003; Jurica et al., 2016). As experiências sensoriais que o feto vivencia no útero são essenciais para o normal desenvolvimento do cérebro. Quando nasce, o RNPT é exposto a estímulos sensoriais excessivos, inapropriados, cuja diversidade se relaciona também com a sua situação clínica. Dada a sua imaturidade, o RNPT apresenta maior dificuldade em autorregular múltiplos estímulos, o que pode interferir no seu desenvolvimento (Blackburn, 1998; Gardner & Goldson, 2011; Hunt, 2011; Ramachandran & Dutta, 2013). Assim, a hospitalização na UCIN coincide com um período crítico de desenvolvimento estrutural e funcional cerebral de qualquer RNPT. Estando o sistema neurológico em desenvolvimento, as terminações nervosas sensoriais são facilmente

estimuladas em RN mais imaturos (Rutter, 2000). Manipulações devido a cuidados e tratamentos, e as intervenções médicas necessárias causam dor e *stress* podendo causar a migração dos neurônios e resultados a longo prazo (Jurica et al., 2016). As experiências traumáticas que ocorrem durante períodos de desenvolvimento sensíveis e vulneráveis têm sido especificamente ligadas à reatividade imune e ao desempenho alterado do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. As flutuações da perfusão cerebral foram associadas a lesões cerebrais parenquimatosas e alterações do neurodesenvolvimento a longo prazo (Coughlin, 2014). A iatrogenia ambiental (física e psicológica), a par da genética são fatores importantes que concorrem para o neurodesenvolvimento (Maroney, 2003). Diariamente os RNPT são sujeitos a procedimentos, tão mais frequentes quanto mais instável for a sua condição (Batalha, Santos & Guimarães, 2007), e a manipulações stressantes, com consequências na duração do internamento e no desenvolvimento cognitivo (Hunt, 2011). Pela sua imaturidade o RNPT apresenta maior dificuldade em modelar a atenção e autorregular múltiplos estímulos (Blackburn, 1998; Gardner & Goldson, 2011; Hunt, 2011; Ramachandran & Dutta, 2013). A fragilidade da sua pele e a maior sensibilidade ao toque exige cuidados suaves e estimulação sensorial cuidada a esta população vulnerável (Hockenberry & Wilson, 2014).

PARTE 2. O PROCESSO METODOLÓGICO: O CAMINHO DA COMPETÊNCIA

(...) trabalho de fundo sobre a prática de cuidados e sobre a perspectiva de saúde em que ela se inscreve. (Hesbeen, 2001, p. 13)

O percurso formativo planejado no projeto e operacionalizado ao longo dos estágios (Apêndice I. Cronograma) exigiu uma linha de pensamento em dois eixos paralelos mas com um propósito único, desenvolver competências comuns e específicas de EE no domínio específico da enfermagem pediátrica. Assim, pretendeu-se por um lado desenvolver processos de prestação de cuidados à criança, jovem e família em resposta às necessidades do seu crescimento e desenvolvimento, no sentido da maximização da sua saúde e em situações complexas relacionadas com o ciclo de vida e condições de doença. Por outro lado, visou desenvolver um projeto motivado por uma problemática da prática de cuidados de enfermagem, numa área pediátrica específica. O motor motivacional de ambos os focos espelha-se, essencialmente, nas inquietações sentidas, que nos impelem a produzir iniciativas assentes na vontade de transformar e inovar a prática de cuidados. Explanado em palavras de Hesbeen (2001, p.13) “As consciências despertam e as ideias avançam”.

A operacionalização e consecução do projeto de estágio delineado, orientado por grandes e importantes expectativas, incluiu na sua essência a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à criança, jovem e família que vivenciam processos de saúde-doença diversos nos mais variados contextos de cuidados. O seu foco de atenção prendeu-se com a promoção da integridade cutânea, com enfoque na observação e avaliação da condição da pele do RN hospitalizado na UCIN, através da identificação e seleção de um instrumento de avaliação de enfermagem e da sua validação para os RN portugueses, capaz de elevar a qualidade dos cuidados de enfermagem, envolvendo a família, e mobilizando competências de EEESCJ. A ênfase dos cuidados de enfermagem, em sintonia com os Padrões de Qualidade esperados do EEESCJ (DR, 2015), centrou-se na satisfação da criança e família (integridade e proteção da pele), na promoção da saúde e bem-estar (desenvolvimento adequado do RN) e na prevenção de complicações (lesões e traumatismos).

Para a concretização do projeto foram delineados dois objetivos gerais aos quais foram ancorados alguns objetivos específicos.

1. Desenvolver competências comuns e específicas de EEESCJ, para uma prestação de cuidados à criança, jovem e família, em situação de saúde e/ou doença, nos vários contextos de saúde e estágio de desenvolvimento em que ela se encontre.

a) Analisar as práticas do EEESCJ nas suas diferentes vertentes e contextos de saúde

b) Prestar cuidados à criança, jovem e família em parceria, com foco na promoção da saúde, crescimento e desenvolvimento e atendendo ao seu projeto de saúde

2. Reconhecer a escala de observação/avaliação da pele do RN enquanto estratégia promotora da integridade cutânea ao longo da hospitalização na UCIN.

a) Adquirir/aprofundar conhecimentos e competências relacionados com a promoção da integridade da pele da criança e jovem nos diversos contextos

b) Identificar um instrumento de avaliação do estado da pele do RN

c) Definir as estratégias promotoras da integridade cutânea ao longo da hospitalização na UCIN

A produção do presente documento pretende ser uma exposição escrita, analítica e crítica da forma como foram alcançados os objetivos previamente definidos, demonstrando de forma objetiva e concisa o percurso formativo realizado. Os contextos de estágio foram selecionados com o intuito de responderem aos objetivos delineados, permitindo uma compreensão do cuidado de enfermagem específico da população pediátrica e da sua família, e contribuindo para a apropriação de competências, nos vários contextos de atuação. Relativamente à temática central do projeto – a proteção da pele – e dada a sua transversalidade a qualquer contexto de cuidados, cada estágio propiciou oportunidades de aprendizagem e aprofundamento do conhecimento neste domínio. Foi elaborado um documento orientador para cada contexto (Apêndice II.) com o intuito de planear as experiências de estágio, esboçando e explicitando as atividades a desenvolver que respondam às necessidades de aprendizagem e ao desenvolvimento de competências especializadas.

A metodologia de projeto é predominantemente reflexiva e sustentada na investigação, de forma sistemática, controlada e participativa, que visa resolver um problema através de ações práticas (Freitas, 2010). O processo metodológico teve assim uma dupla centralidade, cujos focos ocorreram de forma faseada, mas em tempos simultâneos. A necessidade de desenvolver competências de EEESCJ que extrapole o âmbito da enfermagem neonatal impeliu o investimento em conhecimento teórico nos vários contextos de estágio, procurando reconhecer no espaço de tempo disponível a tônica do cuidar em pediatria perante a diversidade de situações de cuidados e a particularidade de cada uma delas.

Concomitantemente, pretendeu-se encontrar uma compreensão profunda do objeto de estudo – o cuidado à pele do RN hospitalizado na neonatologia com foco na promoção da sua integridade - acolhendo subsídios em cada contexto neste processo reflexivo. A metodologia mobilizada foi essencialmente exploratória, descritiva e reflexiva, assente na narrativa das experiências de estágio vividas, permeada por evidência científica de referência e sustentada pela documentação relacionada com os Quadros Reguladores da Profissão e da Saúde. A narrativa na enfermagem é uma forma de ser-no-mundo, que permite compreender o sentido dos fenómenos da existência humana, tornando-se “uma fonte de conhecimento que suporta o raciocínio e a tomada de decisão clínica” (Botelho, 2016, p.31). O aprofundamento da problemática exigiu uma análise crítico-reflexiva mais profunda das práticas na UCIN, articulada com documentação teórica pesquisada e consultada, e a experiência clínica adquirida no exercício profissional. Numa fase mais tardia do percurso formativo teve início um projeto de investigação na área em estudo, focada no estudo de validação de uma escala de observação/avaliação da pele do RN, previamente selecionada após a primeira fase do Protocolo de Revisão *Scoping* elaborado no semestre anterior.

PARTE 3. DA PRÁTICA À COMPETÊNCIA – AÇÃO REFLEXIVA E REFLETIDA

Os enfermeiros são actores do processo de mudança e os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências (Serrano, Costa & Costa, 2011, p. 15).

O presente capítulo pretende reunir as aprendizagens alcançadas durante as experiências de estágio vivenciadas, com o intuito de explicitar o contributo das mesmas para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEESCJ com uma tónica reflexiva da prática de cuidados. O desenvolvimento e formação de competências está intimamente relacionado a um sistemático processo de aprendizagens. Do ponto de vista individual, concorre o conhecimento (teórico e experiencial) aliado às emoções e afetos, que advém de situações positivas, tensas e/ou angustiantes, que constituem o motor motivacional para a aprendizagem (Fleury & Fleury, 2001). Pretende-se assim que as competências desenvolvidas fomentem um desempenho altamente eficaz e eficiente do exercício profissional do EEESCJ, elevando a qualidade dos cuidados de enfermagem. Perante a “grande variedade de domínios que os enfermeiros têm que considerar no seu dia-a-dia nos seus diferentes contextos e significados”, estes devem focar a sua visão na pessoa (criança, jovem e família) apoiando-a nas constantes adaptações ao seu estado de saúde (Nelas, 2013, p. 24).

3.1 A INTERVENÇÃO DO EEESCJ PROMOTORA DA SAÚDE, CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA, JOVEM E FAMÍLIA

O percurso profissional de um enfermeiro proporciona um conjunto de experiências que concorrem para a construção da sua identidade profissional, dotado de um corpo de conhecimentos e saberes que lhe permitem, perante uma situação concreta de cuidados, decidir sobre a melhor estratégia de ação, na procura de um exercício da profissão de excelência. A capacidade de saber mobilizar os recursos cognitivos disponíveis, baseados em padrões de conhecimento válidos, para uma tomada de decisão relativa à satisfação de uma necessidade ou resolução de um problema de saúde da criança/família, que resulte na promoção da sua saúde, bem-estar e satisfação poderia definir o conceito de *competência*. De facto, a aprendizagem experiencial e o saber que dela decorre, a par com a mobilização da

melhor evidência científica disponível, adequadas às situações clínicas, valores e crenças das pessoas que vivenciam processos de saúde-doença nos contextos de saúde, devem resultar em cuidados individualizados, diferenciados e competentes, e resumem a PBE. Ganhos em saúde decorrentes de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem demonstram o perfil de competências de um EE, explicitado por “(...) um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção” (DR, 2011a, p. 8649). O reconhecimento do valor significativo do enfermeiro e da sua intervenção no âmbito da comunidade científica da saúde e na promoção da qualidade de cuidados fez emergir o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), o qual reconhece ao EE “competência científica, técnica e humana para prestar (...) cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade.” (DR, 1996, p. 2960). A esfera de intervenção do EEESCJ centra-se numa fase crucial do ciclo de vida, o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade, ou mais em situações de doença crónica, incapacidade e/ou deficiência, e considera o binómio criança/família como alvo dos seus cuidados (DR, 2011b).

Visando dar resposta ao primeiro objetivo geral delineado, e sendo este transversal a todos os contextos de estágio, foram desenvolvidas duas atividades principais ao longo deste percurso formativo. A primeira atividade centrou-se na identificação da intervenção do EEESCJ e dos Modelos e Referenciais de Enfermagem que o orientam nos diversos contextos de cuidados, através da observação dos enfermeiros orientadores e da reflexão sobre a sua prática diária. A segunda atividade consistiu na prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família adequados ao seu estágio de desenvolvimento, com foco na promoção da sua saúde, crescimento e desenvolvimento, considerando o seu projeto de saúde.

O ato de Cuidar é primeiramente e antes de tudo um ato de vida que tem como finalidade permitir à vida continuar a desenvolver-se (Collière, 1999). Esta visão desenvolvimentista rica em significado resume a inspiração do enfermeiro que diariamente cuida de crianças, jovens e famílias, nos mais diversos contextos de cuidados e, perante uma diversidade infindável de fenómenos de saúde, doença e hospitalização. As experiências de estágio foram ancoradas nesta premissa de Collière e permitiram conceber um cuidado de enfermagem centrado na promoção da vida, da saúde e do bem-estar. Este subcapítulo tem ainda a pretensão de realçar outras atividades de estágio desenvolvidas cuja aprendizagem permitiu alcançar este nível de pensamento. Numa ótica positiva do cuidar, o enfermeiro

concorre para obter resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem na aquisição/recuperação do bem-estar ou adaptação ao novo estado de saúde (Nelas, 2013).

3.1.1 Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)

No cuidado à criança, jovem e família que vivencia um processo de doença aguda e recorre ao SUP destacam-se no EEESCJ um conjunto de competências técnico-científicas fundamentais para a avaliação e atuação perante situações de urgência e gravidade crescente. São também reconhecidas competências do foro relacional e comunicacional essenciais para o estabelecimento de relações terapêuticas de proximidade e confiança que proporcionem uma verdadeira parceira de cuidados com a díade criança/família cujo objetivo final é o melhor bem-estar e recuperação da sua saúde. Constatou-se ainda competências e habilidades organizacionais e de gestão (chefia de equipa), agilidade e julgamento crítico, permitindo deter uma visão holística de cada situação particular de cuidados ao longo de todo o turno (Andrade et al., 2016). O enfermeiro que presta cuidados no SUP, em particular no processo de triagem e classificação de risco, deve possuir competências e habilidades adequadas para um julgamento clínico fidedigno e posterior tomada de decisão apropriada às condições de saúde da criança e jovem (Magalhães et al., 2016), espelhando a competência comum *Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão* (DR, 2011a). Existe assim a pretensão do EEESCJ responder às solicitações, necessidades e expectativas da criança, jovem e família, intervindo dentro da sua esfera de competências, dando especial enfoque ao primeiro contato com esta díade, promovendo um ambiente acolhedor e de compreensão e respeito pela situação que vivenciam. O acolhimento constitui um momento crucial para que as experiências emocionais sejam mais facilmente aceites, o sofrimento amenizado, facilitando a integração no ambiente envolvente, reconhecendo a competência comum, *Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção* (DR, 2011a). Acolher ganha assim um novo significado, estimulando a expressão das primeiras emoções e dúvidas, adequando a intervenção de forma individual e mais contingente, logo mais efetiva. O acolhimento no SUP exige a interação permanente com o outro, implicando ser o alvo da sua angústia, seja pelo tempo de espera, pela sobrelotação ou pela gravidade da situação (Barbosa, 2011). Referindo-me ao momento concreto da Triagem, este encerra em si a oportunidade para o início de uma relação terapêutica de confiança com a criança, jovem e família, durante o qual, num curto espaço de tempo, existe o primeiro

contato com a situação vivida, e se procede à avaliação da sua gravidade e atribuição da prioridade de atendimento. “O evento de triagem é um encontro rápido e focado, no qual é recolhida informação utilizada para atribuir uma prioridade clínica” (Grupo Português de Triagem, 2015).

Cuidar de crianças, jovens e famílias num SUP que vivenciam uma doença aguda, implica reconhecer que estes acontecimentos constituem crises familiares, sendo fundamental encontrar e desenvolver em parceria um conjunto de mecanismos e estratégias de interação e comunicação que permitam uma compreensão da situação experienciada com o intuito de responder eficaz e atempadamente aos problemas identificados, promovendo a maximização da sua saúde. O EEESCJ revela-se o profissional mais competente e capacitado para diagnosticar precocemente e intervir *nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem* (DR, 2011b). O espaço envolvente com pinturas coloridas nas paredes relembra que este é um local dedicado a uma população muito particular, podendo esta característica tão singular atenuar a experiência que poderá advir. A ausência de luz natural constitui um aspeto ambiental menos positivo uma vez que esta associada à luz artificial pode promover “estímulos tranquilizadores e acolhedores nas crianças e acompanhantes, atendendo parte da necessidade de bem-estar biológico e psicológico” (Neves et al., 2016, p. 6). Humanizar os cuidados de saúde nos serviços pediátricos traduz-se na construção de elos entre a criança doente, a família e o meio hospitalar para a melhoria da sua qualidade de vida (Instituto de Apoio à Criança (IAC), 2009). Assim, persegue-se os mais elevados níveis de satisfação da criança e do jovem, tendo em vista minimizar os *stressores* relacionados com a vivência de uma situação de risco (DR, 2015). A par com as variáveis que facilitam o impacto negativo desta experiência, relacionadas com a fase de desenvolvimento e a vulnerabilidade associada à situação de doença, bem como o ambiente e dinâmica de cuidados do contexto, o EEESCJ pode intervir em parceria no sentido de apoiar positivamente a experiência vivenciada.

A participação no processo de triagem constituiu um desafio e uma dificuldade acrescida, que se centrou sobretudo na identificação do sinal/sintoma inicial de entre toda a situação de doença descrita, para ser possível prosseguir com o fluxograma apropriado e o preenchimento da escala até alcançar a prioridade adequada. A avaliação da criança ou jovem na sua globalidade é fundamental para a identificação da prioridade de atendimento, sendo a variabilidade das suas respostas de grande utilidade ao longo do preenchimento do algoritmo (Maurer, 2010). O processo do sistema de triagem numa SUP necessita de uma equipa

treinada e capacitada para um olhar fidedigno e direcionado à queixa clínica da criança e/ou seu acompanhante, de forma a favorecer um julgamento clínico criterioso para uma tomada de decisão adequada (Magalhães et al., 2016). Estes sistemas de avaliação do risco, como a Triagem de Manchester são ferramentas muito úteis e necessárias, porém insuficientes uma vez que não englobam aspetos subjetivos, afetivos, sociais, culturais e cuja compreensão é fundamental para uma efetiva avaliação da vulnerabilidade de cada pessoa que procura o SUP (Maurer, 2010). Torna-se imperioso que a avaliação das crianças seja sistemática e que englobe todos os elementos nela presentes, com o intuito de dar uma imagem completa da situação clínica (Grupo Português de Triagem, 2015). Galvão e Pereira (2016) realçam que enfermeiros e pais valorizam o saber técnico, o conhecimento, a comunicação, a capacidade de estabelecer uma relação, de ensinar, o cuidar não traumático e a rapidez no atendimento. O desafio conduzido por esta experiência convidou a uma reflexão mais profunda neste foco de atuação do EEESCJ no SUP, expresso num diário de campo elaborado (Apêndice III.), e permitiu mobilizar conhecimentos e habilidades para *reconhecer situações de instabilidade das funções vitais, bem como treinar técnicas de comunicação com a criança/jovem e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura familiar* (DR, 2011b).

Decorrido o processo de triagem e a primeira observação médica, a criança ou jovem poderá ter que realizar algum exame de diagnóstico e/ou um tratamento dirigido à identificação e/ou resolução do seu problema de saúde. A chamada à sala de tratamentos constituiu por si só um momento de grande ansiedade e medo demonstrado pela criança ou jovem, que deparando-se com um ambiente desconhecido, repleto de equipamento e material estranho e de pessoas igualmente desconhecidas desencadeia uma reação de pânico, e por vezes de tentativa de fuga. Sendo esta uma evidência relatada na literatura e constatada na prática, “os medos da lesão corporal e da dor são predominantes entre as crianças” (Sanders, 2014, p. 1030). Reconhecendo que as crianças têm dor, guardam memória da dor e que a dor não tratada pode ter repercussões importantes a longo prazo (Direção Geral de Saúde (DGS), 2010), o EEESCJ, durante a prática de cuidados, deve preocupar-se com a lesão corporal intencional que alguns procedimentos provocam e as reações à dor nos diferentes estádios de desenvolvimento das crianças (Sanders, 2014). Tendo por referencial os aspetos anteriormente referidos, durante o percurso formativo no SUP verifiquei que nem sempre se recorria a estas medidas largamente difundidas e suportadas pela evidência científica. Através de entrevistas exploratórias aos enfermeiros constatei que embora as situações realmente urgentes não o permitissem, havia outras em que era possível mobilizar este tipo de

estratégias para minimizar o impacto negativo destes procedimentos, tanto nas crianças e jovens como nas famílias. Foi ainda verificado que não existia nenhum protocolo relacionado com esta temática, somente uma Norma de Orientação Hospitalar que referia as escalas de avaliação da dor para a população pediátrica. Outra lacuna encontrada foi a ausência de material farmacológico passível de ser utilizado sem ser necessário prescrição médica, tal como o creme de lidocaína+prilocaína EMLA® (ex.: punções venosas), gel ou spray de lidocaína (ex.: cateterismo uretral), entre outros. Neves et al. (2016, p. 6) referem que existem “dificuldades para implementação de ações de enfermagem, devido à escassez de recursos materiais e problemas relacionados com a estrutura física do espaço envolvente”. Assim, de forma a sensibilizar a equipa para esta temática e criar um impulso para a realização de uma norma de procedimento acerca das Estratégias de Prevenção e Alívio da Dor em Procedimentos Dolorosos, foi elaborado um Guia de Consulta Rápido neste âmbito (Apêndice IV.), e facultada alguma bibliografia pertinente em suporte digital. Algumas técnicas foram partilhadas na prestação direta de cuidados, nomeadamente em RN e lactentes, faixa etária onde detenho mais experiência, tendo demonstrado como estratégias tão simples como a sacarose a 24%, a sucção não nutritiva, a contenção e a técnica suave associadas entre si promovem um efeito relaxante diminuindo, significativamente, a dor durante o procedimento. Esta partilha evidenciou a competência comum, *Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade* (DR, 2011a). Tornou-se essencial a observação participada em procedimentos a crianças de outras idades, colocando em prática estratégias adequadas ao seu estágio de desenvolvimento, permitindo desenvolver a competência específica, *Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas* (DR, 2011b).

A experiência no SUP permitiu vivenciar uma situação indutora da possibilidade de negligência parental, parecendo enquadrar-se na denominada negligência passiva, que resulta da incompetência ou incapacidade dos pais, ou outros responsáveis, para assegurar as necessidades básicas indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento adequado da criança (DGS, 2011). Tratou-se de uma experiência de cuidados a um RN, com 13 dias de vida, com hematomas inexplicáveis ao nível dos membros superiores, que ficou internado na Sala de Observação (SO) para esclarecimento da situação clínica e eventual seguimento para o serviço social e sinalização ao núcleo hospitalar de crianças e jovens em risco. A formulação deste julgamento clínico foi facilitada pela constatação de que entre as lesões mais comuns apresentadas por vítimas de violência encontram-se os hematomas (Paiva & Zaher,

2012). Contudo, é possível que crianças vítimas de maus-tratos não sejam reconhecidas como tal quando há descrição e exposição da situação e negação da intencionalidade do traumatismo (Belinha, 2015). A situação descrita revelou a possibilidade de uma intervenção imediata logo após a hospitalização no SO, através da detecção de fatores de risco, proteção e agravamento na criança e família (DGS, 2011). Identificou-se como fatores de risco perturbações na alimentação, sono e comportamento revelados pela insatisfação permanente do RN (choro e sinais de fome frequentes), estando a ser alimentado exclusivamente de leite materno, em horário livre. Como fatores de agravamento identificou-se o cansaço físico extremo da mãe, associado à privação do sono desde o nascimento do RN, a falta de suporte e apoio nos cuidados e o défice de conhecimento e habilidades relacionados com a amamentação. Relativamente aos fatores de proteção destacam-se o bom nível de desenvolvimento global do RN e a literacia da mãe. As principais intervenções realizadas foram o investimento na educação para a saúde ao nível de uma alimentação adequada do RN, e a promoção da vinculação, através do aconselhamento e apoio aos pais no desenvolvimento de competências parentais. A prestação de cuidados de enfermagem assenta na parceria com a família, dando enfoque ao desenvolvimento global da criança, assim como ao desenvolvimento de competências parentais nos cuidados à criança (Andrade et al., 2016). A tomada de consciência de que o SUP constitui uma importante porta de entrada para o cuidado da criança vítima de maus-tratos é essencial, e poderá representar a única oportunidade de proteção para aquelas que não frequentam outros serviços de saúde (Belinha, 2015). Porém, são situações que suscitam um julgamento inconsciente imediato, requerendo uma profunda reflexão e compreensão da vivência do outro, a procura permanente de um conhecimento profundo de todos os seus aspetos e uma adequada investigação (Paiva & Zaher, 2012). A experiência descrita e a conduta levada a cabo permitiram desenvolver duas competências específicas complementares entre si, *diagnosticar precocemente e intervir nas situações de risco que possam afectar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem*, cuja intervenção se focou na *promoção da vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais* (DR, 2011b). Uma reflexão mais profunda desta experiência facilitou desenvolver *um auto-conhecimento e a assertividade*, relacionado com a *consciência do meu self* (limites, forças e fraquezas) enquanto pessoa e enfermeira, o que permitiu *gerar respostas de elevada adaptabilidade individual* (DR, 2011a), reconhecendo que “Cuidar tem um poder, o de nutrir tanto a pessoa que cuida como a pessoa cuidada” (Kérouac, et al., 1994, IX).

3.1.2 Serviço de Pediatria

O presente subcapítulo remete-nos especificamente para a experiência do estágio de Pediatria, onde destaco como essenciais as competências relacionais e comunicacionais do EEESCJ durante todo o processo de cuidar à criança, jovem e família que vivencia uma situação de doença crónica (congénita ou adquirida). A sua intervenção centra-se na promoção da máxima adaptação funcional e reabilitação da criança e jovem, potenciando as suas capacidades, com enfoque na autonomia das atividades de vida diária, nas quais investe diariamente, a par e passo com o plano de reabilitação delineado, envolvendo a família em todo o processo, enfatizando a competência específica de EEESCJ *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* (DR, 2011b). A UNICEF (2013) aponta para uma estimativa amplamente utilizada que indica que 93 milhões de crianças com 14 anos de idade ou menos vivem com um tipo de deficiência moderada ou grave. Tomo por referencias cruciais neste contexto a Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 1989), a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (DR, 2009a) e a Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 1998), e relembro que é da responsabilidade de todos os profissionais envolvidos na promoção da saúde e bem-estar das crianças “garantir que todas as crianças, com ou sem deficiência, desfrutem de seus direitos sem qualquer tipo de discriminação (...) inclusive de acesso a serviços, apoio e oportunidades” (UNICEF, 2013). Realço a existência de apenas um EEESCJ, sendo notório e verbalizado a falta de um cuidado verdadeiramente pediátrico num serviço destinado a uma franja da população pediátrica particularmente vulnerável pelos processos de saúde-doença que vivencia, pelo tempo prolongado de internamento e a sua repetição frequente, constatando-se também a ausência de um Pediatra e de um Pedopsiquiatra.

Viver diariamente com a doença crónica impõe modificações na vida da criança e família, e pode colocar em risco a coesão e a adaptação do sistema familiar (Charepe, Figueiredo, Vieira, & Neto, 2011), lançando inúmeros desafios aos enfermeiros que diariamente prestam cuidados a este binómio, nomeadamente em contexto de internamento de longa duração. Neste sentido, deve perspetivar-se um redimensionamento dos cuidados pediátricos que devem potenciar o crescimento e o desenvolvimento harmonioso da criança e a participação ativa da família, fortalecendo as suas capacidades parentais e promovendo a confiança e a esperança, através de uma relação de parceria no cuidar. Revelam-se assim as

competências específicas de EEESCJ *Promove a adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade* enquanto, *Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil* (DR, 2011b). O Modelo de CCF pode proporcionar subsídios fundamentais para fortalecer a família, estimulando o seu potencial e promovendo o seu *empowerment* (Barbosa, Balieiro, & Pettengill, 2012). Segundo a experiência e percepção da enfermeira orientadora, a adaptação à doença crónica/incapacitante neste contexto de cuidados revela-se mais negativa por parte da família do que da criança ou jovem, sendo caracterizada por um sentimento grande de revolta, realçando as situações de traumatismo que resultam numa lesão vertebro-medular permanente. Na sua percepção, ultrapassada a fase aguda e inicial do diagnóstico, que é precedida por internamentos prolongados e intensos em contexto hospitalar, a criança ou jovem cria estratégias adaptativas, permeada por uma componente importante de resiliência e necessidade de reaprender a viver. Excetuam-se os casos em que a criança apresenta défices cognitivos importantes, recaindo sob os cuidadores este papel promotor de crescimento e desenvolvimento físico, social, psicoemocional e afetivo. O apoio e suporte durante a hospitalização neste contexto é assegurado por uma Psicóloga, embora nem sempre muito linear e positivo, e na equipa de enfermagem que diariamente cuida das crianças, jovens e famílias, e cuja intervenção tem um foco muito particular no apoio psicológico, educação para a saúde e na adaptação a esta nova condição.

A relação de ajuda refletida pela proximidade, confiança e afeto, e pelo conhecimento mútuo entre enfermeiro e criança, resultante dos internamentos múltiplos, caracteriza-se por três máximas diárias e patentes na forma de ser e estar de cada enfermeiro: insistência, persistência e muita paciência. O cuidar em enfermagem era assim especificado através de uma relação interpessoal, estreita, interativa e dinâmica, entre o enfermeiro e a criança ou jovem e família, cuja finalidade última se prende no seu benefício e em prol da sua saúde e bem-estar, isto é, cuidar com intencionalidade terapêutica. No seu âmago os cuidados de enfermagem atingem um fim terapêutico quando o enfermeiro e a pessoa se conhecem e se respeitam mutuamente, iguais enquanto pessoas, no entanto, diferentes, compartilhando entre si a solução dos problemas (Peplau, 1991). A relação interpessoal estabelecida ajuda a compreender as suas vivências, para que esta experiência reorienta sentimentos, intensifique forças e conduza a uma aprendizagem (Howk, 2004). Assim, da atuação do enfermeiro neste contexto, transparece a competência comum de EE *Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada* (DR, 2011a), com ênfase para as estratégias de resolução de problemas serem desenvolvidas em parceria. A família na sua grande maioria

está ausente durante a semana, uma vez que as crianças e jovens, dependendo da sua situação clínica e avaliação médica, podem ausentar-se para o domicílio no fim-de-semana. Contudo, as instituições têm um importante papel na promoção da participação da família nos cuidados através de políticas que facilitem o seu livre acesso, bem como condições relacionadas com a permanência e apoio para a mãe e família (IAC, 1998, 2009; DR, 2009). Verificou-se benefícios terapêuticos e emocionais nas crianças cujos familiares permanecem e acompanham diariamente os tratamentos médicos de reabilitação e garantem a satisfação das suas necessidades básicas de saúde e de vida.

O conhecimento das crianças, jovens e famílias é um processo diário, que se inicia na primeira hospitalização, carregada de sentimentos ambíguos, sendo necessário andar ao seu ritmo, e envolve-los com o cuidado e a sensibilidade que as situações exigem. Realço a participação em uma reunião inicial de admissão com a mãe de uma criança hospitalizada pela primeira vez, num encontro multidisciplinar (enfermeiro, médico, psicóloga e assistente social), que constituiu o primeiro contacto com a situação da jovem (de 14 anos, com uma traumatismo crânio-encefálico após um acidente de mota), e cuja primazia foi dada à mãe, que através de uma entrevista exploratória com questões abertas permitiu a exposição das suas preocupações, expectativas e receios, e a partilha do plano terapêutico projetado para o internamento, frisando que este era dinâmico e ditado pela evolução do quadro clínico da jovem, podendo a qualquer momento, seguir um rumo diferente do inicialmente delineado. A interação diária e a consolidação de uma relação empática e de confiança vivida neste estágio, remete-nos para a importância da autenticidade e verdade em que deve ser pautada a relação terapêutica. Deve ser transmitida uma esperança realista face à evolução do processo de saúde-doença, dia após dia, dado que esta é uma dimensão central na vida e fundamental para o êxito no lidar com a doença (Miller, 2007). Concomitantemente, os pais devem ser estimulados e capacitados a cuidar dos seus filhos, aprendendo a responder de forma progressivamente mais eficaz e com o conhecimento necessário às várias situações que vão surgindo. Suhonen, Välimäki, e Leino-Kilpi (2008) resumem de forma clara a atuação do enfermeiro para prestar cuidados individualizados. Deve adquirir informação acerca das preferências, necessidades e perceções dos seus pacientes, mobilizá-la e intervir de forma educativa através da prestação cuidados adequados às características físicas e sócio-ambientais, à situação do paciente e às suas reações e respostas. Desta forma, os pacientes têm controlo sobre as decisões relativas ao seu cuidado, tendo o poder de participar nas mesmas e obter consequências desejáveis.

De entre as patologias existentes dou destaque à paralisia cerebral (PC), sendo a mais prevalente entre as crianças hospitalizadas e também a deficiência motora mais frequente na infância (Sellier et al., 2016). “A criança com PC apresenta frequentemente uma situação clínica complexa e heterogénea, de difícil caracterização e que exige avaliação e acompanhamento por uma equipa transdisciplinar” (FAPPC, SPP & SCPE, 2010, p. 11). Relembrando as cinco crianças internadas com esta condição de saúde, realço as diferenças significativas na sua forma de estar, de ser e de comunicar, apesar da manifestação clínica comum que apresentavam, a incapacidade de se locomover, necessitando de equipamentos e apoios específicos que substituíssem esta função. Estas características exigiam do enfermeiro, e restantes profissionais que diariamente cuidam delas, a capacidade de conhecer progressivamente cada criança, considerando-a um ser singular, com especificidades muito próprias, que apenas partilham uma incapacidade motora. É assim fundamental uma abordagem multidimensional que permita caracterizar cada caso em relação à funcionalidade e participação (FAPPC, SPP & SCPE, 2010). A presença no dia-a-dia de cada criança, em turnos da manhã ou de tarde com dinâmicas distintas, e a participação na prestação de cuidados foi uma atividade que permitiu aproximar-me do seu mundo, do seu sentir, e identificar as diferenças e necessidades que cada uma delas apresentava. Requerendo mais atenção, mais comunicação verbal, ou somente comunicação permeada de afetos e emoções, olhares cúmplices e carinho, cada criança ou jovem, revelava diariamente e de forma subtil, as estratégias a adotar para imprimir um cuidado verdadeiramente terapêutico e promotor da sua saúde e bem-estar. As rotinas demonstraram ser necessárias em algumas crianças, que com a participação ativa da família (quando presente) fomentavam o desenvolvimento de capacidades físicas e intelectuais encorajadoras da sua autonomia e independência, mas sempre permeadas de cuidados afetivos, generosos, protetores e reveladores de amor. Estas vivências de cuidados possibilitaram desenvolver competências comuns como, *Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro* e *Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade* (DR, 2011b), considerando a criança, jovem e família parceiras ativas no processo de cuidar e na maximização da saúde.

Consciente da diversidade e complexidade de situações e processos de saúde-doença vivenciados por cada criança, jovem e família, e reconhecendo o valor imensurável da comunicação na obtenção de resultados favoráveis em todo o processo de reabilitação delineado, foi elaborado um Dossier Temático acerca deste tópico (Apêndice V). A decisão de realizar esta atividade prendeu-se primeiramente com o desabafo da enfermeira orientadora

acerca da falta de saber pediátrico, num local dedicado a esta população. Quando constatado na prática da importância da comunicação, no incentivo à adesão aos tratamentos e na promoção da autonomia e independência destas crianças e jovens, questionei se a equipa tinha alguma fonte de consulta acerca das diversas técnicas e estratégias comunicacionais relacionadas com este contexto pediátrico tão particular. Perante uma resposta negativa sugeri a elaboração do referido dossier, como forma de sensibilizar a equipa de enfermagem sobre esta área do conhecimento, e como fonte de pesquisa facilitadora da sua intervenção na prestação diária de cuidados. O cerne desta atividade previa a adequação das técnicas às características singulares de cada criança e jovem, intimamente relacionadas com a sua condição de saúde, com envolvimento fundamental da família, fomentando igualmente a sua capacitação. A enfermeira considerou pertinente a atividade sugerida, e recordou a importância de haver este suporte em papel, uma vez que todos os registos eram realizados nesta modalidade, além de estar disponível em qualquer momento para consulta ou estudo. Foram assim reunidos inúmeros documentos, suportados pela evidência científica, oriundos de pesquisas bibliográficas efetuadas em diversas bases de dados e na biblioteca da própria instituição, sendo necessário acrescentar um suporte informático pelo elevado número de achados e pela extensão de alguns deles. A reflexão sobre esta temática impulsionou ainda a realização de um diário de campo (Apêndice VI.) que permitiu repensar alguns aspetos fundamentais relacionados com a comunicação, com uma tónica particular para a criança e jovem com PC, que embora não fale, comunica. Idealmente a intervenção deve ir para além da deficiência, apostando nas capacidades de aprendizagem ou em quaisquer outros aspetos que possam ser praticados por ela (Fonseca, Leal, Mesquita, & Silvério, 2015, p. 31). É fundamental respeitar o momento de cada criança, deixando-a livre para se expressar como e quanto quiser (Gabarra & Crepaldi, 2011). “As crianças com incapacidade, assim como os adultos que os rodeiam necessitam de aprender estratégias de interação diferentes dos que se usam com crianças que usam a fala para comunicar” (Barbosa, 2003, p. 35). A experiência de estágio vem acrescentar que, para algumas crianças e jovens com PC, a interação comunicacional deve ser conduzida com paciência, tranquilidade e flexibilidade. Durante a comunicação direta a linguagem deve ser clara, simples e positiva, sendo importante recorrer a temáticas do seu interesse. Relativamente à sua participação nas atividades de vida diária e em exercícios de reabilitação, estes devem ser explicados e/ou demonstrados, reforçando positivamente a sua colaboração. A literatura consultada corrobora estas estratégias comunicacionais, realçando a comunicação verbal direta, independentemente da sua

capacidade de comunicação, mantendo o contato visual; a mobilização de comunicação não verbal (como a postura corporal, a expressão facial e gestos) através de uma verdadeira sintonia com a criança; e a introdução de suportes visuais como as escalas da dor, ou imagens que apoiem a comunicação de necessidades básicas (Hemsley et al., 2014). O toque e o contato físico constituem formas de comunicação relacionadas com a transmissão de afeto, tranquilidade e segurança. A observação atenta da criança permite comunicar com o olhar, e compreender o que acontece ao seu redor, identificar sentimentos, sensações e necessidades. Este encontro terapêutico possibilita ainda a comunicação através de gestos, “demonstrando o cuidado a ser realizado e facilitando a sua compreensão (...) permitindo que ela compreenda de maneira mais detalhada e clara as atividades a serem desenvolvidas” (Barbosa, 2003, p. 42). Sob a perspectiva lúdica que envolve o brinquedo e o brincar, o jogo e a música, estes constituem fatores facilitadores da aproximação e interação, que permitem ao enfermeiro comunicar com a criança, estabelecer laços de confiança e facilitar a sua compreensão, proporcionando um cuidar menos traumático (Martinez, Tocantins, & Souza, 2013). A consecução destas atividades permitiu desenvolver as competências específicas, *Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil e comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento* (DR, 2011b).

O alargamento recente da idade do jovem hospitalizado dos 18 para os 21 anos foi alvo de reflexão conjunta com alguns dos enfermeiros da equipa, pela sua pertinência em algumas situações. De facto, os jovens com internamentos recorrentes após ultrapassar a barreira dos 18 anos eram transferidos para internamentos de adultos, independente do seu desejo ou adequação à sua situação. Ora, em determinadas situações, seja pelo tipo de défices apresentados pelos jovens, seja pelo apoio e conseqüente evolução sentidos em todo o seu processo de reabilitação, esta franja da população hospitalizada preferia manter-se agregada ao serviço de Pediatria. Esta necessidade está preconizada pela OE, que considera que em casos especiais (doença crónica, incapacidade e a deficiência), a intervenção do EEESCJ pode ir além dos 18 anos, “até aos 21 anos, ou mais, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso” (DR, 2011b, p. 8653), considerando que esta população específica continua a necessitar de cuidados pediátricos. Esta mudança impeliu repensar a singularidade de cada jovem, a sua situação particular, e o que seria mais adequado e vantajoso para todo o seu processo de reabilitação, considerando sempre que possível, a sua perceção e opinião, o que revela ser melhor para si, atendendo ao seu direito de autodeterminação relativamente às escolhas relacionadas com o seu projeto de saúde e de

vida. Toda esta reflexão originou uma questão pertinente: de que forma evitar a despersonalização destes jovens adultos que transitam para uma nova fase do seu ciclo de vida, com novas e diferentes necessidades? A resposta solicitou um pensamento mais abrangente, que foi despoletada pela constatação de que os registos de enfermagem naquele contexto, alicerçados claramente no Modelo de Enfermagem de Roper-Logan-Tierney baseado nas atividades de vida, não contemplarem aspetos como a expressão da sexualidade, o trabalho e lazer ou a perceção da morte, nomeadamente no momento da alta. Segundo o modelo supracitado, existem cinco grupos de fatores que influenciam as atividades de vida: biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-económicos, e estes podem ser mobilizados para descrever cada indivíduo em relação à manutenção da sua saúde, prevenção de doença, adaptação durante períodos de doença e reabilitação, adaptação positiva perante a doença crónica e adaptação ao processo de morrer (Allygood, 2017). Nesta perspetiva, a atuação do enfermeiro passa por encontrar estratégias que *promovam a auto-estima do adolescente e a sua autodeterminação* (DR, 2011b), considerando as suas necessidades, o respeito pela sua vontade e o direito à informação necessária a uma tomada de decisão responsável, esclarecida e autónoma. Delinear um projeto de vida torna-se fundamental na vida destes jovens, respeitando sonhos, desejos e angústias, e investindo numa prestação de cuidados específica, com atendimento e serviços dedicados ao desenvolvimento das suas potencialidades e habilidades, focadas na integração social durante a vida adulta e numa melhor qualidade de vida (Azevedo, 2017). Focando a atenção na temática da expressão da sexualidade de adolescentes e jovens com deficiência, impulsionada pela delicadeza e concomitantemente pela importância e a sua ausência no documento da alta, questioneei a enfermeira acerca das formas como era introduzido este tema, ao que a mesma me respondeu que não era simplesmente abordado. A única situação em que um jovem solicitou alguns esclarecimentos neste âmbito, foi encaminhada para a Psicóloga que, tal como a equipa de enfermagem, não detinha conhecimentos nesta matéria nem havia muita abertura para a discussão das suas dificuldades, pelo que a consulta não teve qualquer sucesso. Ora este assunto suscita uma necessidade clara de procurar mais conhecimento neste âmbito específico, e se um serviço alarga a idade da sua população até jovens adultos deve investir em formação na equipa multidisciplinar, no sentido de responder eficazmente às suas necessidades e à resolução de problemas. Foi efetuada uma breve pesquisa bibliográfica e anexada ao dossier (Apêndice V.) anteriormente desenvolvido, assim como estimulada a equipa acerca da dinamização desta temática no serviço durante uma passagem de turno, com

envolvimento e interesse por parte dos presentes, sugerindo a presença de um perito na área que pudesse partilhar conhecimentos através de uma formação em serviço. A pesquisa levada a cabo levanta o véu deste problema já antigo, há falta de orientações claras, objetivas e verdadeiras acerca de temas que envolvem a sexualidade. Escasseiam informações, contato social e modelos de relações afetivas que promovam a sexualidade destes jovens, (Azevedo, 2017), os seus conhecimentos são precários e as experiências limitadas e, na maioria das vezes, controladas por pais e profissionais (Pinheiro, 2004). Quando facultadas, as orientações sexuais servem para eliminar comportamentos julgados inadequados, não objetivando a recuperação da identidade sexual, com os privilégios e as responsabilidades que implicam a sua vivência, nem a possibilidade de privilegiar um espaço de interação, esclarecimento de dúvidas ou exposição de pensamentos (Pinheiro, 2004). A sexualidade está vinculada ao desenvolvimento integral do indivíduo, sendo considerado um elemento constitutivo da personalidade (Bastos & Deslandes, 2005), e quando bem estabelecida permite estabelecer relações afetivas estáveis ao longo da vida (OE, 2010). É necessário que as equipas de profissionais elaborem estratégias educacionais eficazes que apoiem a expressão sexual destes jovens (Macedo & Terrassi, 2009). As famílias carecem de momentos “para explorar seus temores, suas resistências, rejeições, negações e ansiedades relacionadas à sexualidade do adolescente e precisam de orientação específica para traçar planos futuros” (Almeida, 2008, p. 6). Devem procurar-se espaços de discussão entre profissionais, adolescentes e famílias, realçando aspetos relacionados com o desenvolvimento, orientando em questões da sexualidade, estimulando a reflexão sobre atitudes de superproteção, que nada favorecem a vivência sexual com autonomia e privacidade (Bastos, & Deslandes, 2012). Destaco o Gabinete da Educação enquanto espaço físico privilegiado para incentivar momentos lúdicos e, simultaneamente, educativos, nomeadamente aprendizagens no âmbito da sexualidade.

O momento da alta foi outro aspeto alvo de reflexão neste contexto de estágio. Esta é projetada na admissão, quando são delineados os objetivos iniciais pretendidos para cada criança ou jovem no decorrer do internamento, contudo sofre alterações e ajustes, tal como os objetivos, consoante a progressão e a resposta individual de cada um ao processo de reabilitação e ao tratamento definido. A articulação com os Cuidados de Saúde Primários (CSP) é realizado, próximo ao dia da alta, através de um contato telefónico, e com envio do documento próprio para o efeito, contudo com uma fraca resposta, porque normalmente ninguém atende, e quando atendem a maioria das vezes não conhecem a criança ou jovem nem o seu historial. Raras vezes a articulação acontece com sucesso, com um conhecimento

mútuo da situação da criança e da família, e com uma partilha de informação efetiva acerca das suas necessidades no momento de regressar a casa, refletindo um sentimento de dever cumprido e de satisfação profissional, para além de assegurado o direito superior da criança. Heesben (2001) refere, a este respeito, que a fragilidade e ausência de relação entre os elementos do sistema de saúde resume-se a informação de natureza médica, que fornece elementos quanto ao que foi feito durante o internamento em detrimento daquilo que foi efetivamente vivido pela pessoa nesse período. Assim, destacam-se os problemas presentes, mas não as potencialidades nem as verdadeiras necessidades da criança, jovem e família, dando-se enfoque à doença e incapacidade em vez de realçar o processo de adaptação à nova condição de saúde. As consultas de Pediatria são um exemplo de sucesso da articulação hospital-comunidade, na medida em que permitem uma avaliação concreta do desenvolvimento da criança ou jovem, a identificação de problemas reais e necessidades diárias, existindo uma articulação estreita com as escolas, para formação dos profissionais, e com os centros de saúde (CS), na mobilização de redes de suporte e recursos, para responder eficazmente à sua resolução e satisfação. O EEESCJ avalia a criança e jovem utilizando a escala de rastreio *Mary Sheridan* modificada (preconizada no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), DGS, 2013), dando ênfase aos sinais de alarme, e em situações mais concretas e complexas é também aplicada a Escala *The Schedule of Growing Skills*. Existe uma ligação estreita com o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) para sinalização, referenciação e acompanhamento de crianças e jovens em risco de alterações no seu desenvolvimento. Quanto mais precocemente se intervir nas limitações funcionais de origem destas crianças, mais longe se pode ir na sua correção, investindo no crescimento e no desenvolvimento de capacidades que permitam participar autonomamente na vida social (DR, 2009b). Esta consulta abrange somente a área do concelho onde está inserido o Centro, contudo dá resposta a inúmeras solicitações, e a intervenção do EEESCJ constitui o elo de ligação entre a equipa multidisciplinar e a criança ou jovem com necessidades de saúde especiais e a família, sendo um dos seus focos a antecipação de transições ou dificuldades na consecução do seu projeto de saúde e de vida, promovendo o potencial e a funcionalidade desta população pediátrica. Em consonância com o PNSIJ (DGS, 2013, p. 5), deve coexistir uma “Articulação efetiva entre estruturas, programas e projetos, dentro e fora do setor da Saúde, que contribuam para o bem-estar, crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens”. A reflexão sobre a dinâmica de atuação do EEESCJ no âmbito desta consulta fez emergir novamente as competências específicas, *Promove a*

adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade e Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil (DR, 2011b), a par com a competência comum de EE *Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional* (DR, 2011a). Dada a riqueza de aprendizagens e conhecimentos alcançados neste contexto de estágio, importa agregar a este relatório a Síntese Reflexiva, que aborda de forma mais completa e profunda as atividades e competências desenvolvidas (Apêndice VII.).

3.1.3 Cuidados de Saúde Primários (CSP)

A dimensão do exercício profissional do enfermeiro infere uma intervenção aos três níveis de prevenção, como referido anteriormente, assim é chegado o momento de repensar e refletir sobre a atuação do EEESCJ ao nível dos CSP. Referindo-me ao terceiro contexto de estágio que decorreu numa Unidade de Saúde Familiar (USF) que assenta a intervenção do enfermeiro no método de trabalho de Enfermeiro de Família, que muito embora ainda não exista enquanto especialidade de enfermagem (EE em enfermagem de saúde familiar), poderá ser equiparado ao Enfermeiro de Referência da criança, jovem e sua família. Em pediatria este é o método que “melhor espelha as novas conceções de cuidados e que de uma forma mais integral, responde aos atuais desafios da enfermagem pediátrica” (Nelas, 2013, p. 30). A intervenção do EEESCJ centrou-se em dois eixos de atenção principais: nas consultas de saúde infantil (SI), e na visitação domiciliária ao RN (DGS, 2013). A sua atuação envolve assim a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança, a promoção da vacinação, de cuidados antecipatórios e de comportamentos saudáveis enquanto fatores promotores da saúde e de prevenção da doença, e a realização do teste de diagnóstico precoce em contexto domiciliar. Inclui também a “deteção precoce, acompanhamento e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a saúde da criança e que sejam passíveis de correção” (DGS, 2013, p. 7). A operacionalização destas intervenções principais assenta na filosofia de cuidados da enfermagem pediátrica, que enaltece os CCF dando ênfase às interações e processos comunicacionais, em detrimento de ações técnicas e procedimentos, contudo assente em altos padrões de conhecimento teórico-científico. A intervenção do EEESCJ neste contexto particular revela competências ao nível da prestação de *cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem* (DR, 2011b). O cuidado de enfermagem envolve o estabelecimento de

uma comunicação efetiva, intervindo ao nível do envolvimento, participação e parceria de cuidados, capacitação e negociação, cuja operacionalização decorre da relação terapêutica estabelecida. Tem por foco a promoção de competências, maximização da saúde, promoção do crescimento e desenvolvimento no âmbito dos cuidados antecipatórios, promoção da vinculação e o reconhecimento e valorização das forças e competências da família enquanto recurso para a intervenção (DR, 2015). Os conhecimentos acerca do desenvolvimento infantil são fundamentais para os profissionais que prestam cuidados, com o intuito de evitar causar dano ou minimizar a sua ocorrência, contudo são insuficientes e carecem de um conhecimento individual de cada criança, sendo esse um constructo singular dos pais (Jorge, 2004).

As atividades desenvolvidas neste contexto incluíram a participação ativa nas consultas de SI, incluído a avaliação antropométrica e de desenvolvimento da criança (mobilizando a escala de *Mary Sheridan* modificada), a promoção de cuidados antecipatórios, comportamentos saudáveis e a vacinação; o esclarecimento de dúvidas e a expressão de preocupações da família. Destaco uma consulta muito particular, uma mãe e uma criança de 4 anos de idade, que retornaram à vigilância de saúde infantil no CS após dois anos de ausência devido a uma doença oncológica da criança, ocorrendo neste período de tempo o nascimento de outro irmão, no momento com 7 meses. A criança, apresentava um atraso de desenvolvimento ao nível da motricidade global, capacidade linguística, interação social e autonomia (OE, 2010) evidentes que preocupavam a mãe, e que resultaram essencialmente num investimento centrado no tratamento da patologia e no alívio de sintomas, e na ausência de interação social nesse período. O novo filho, desejado e planeado, tinha vindo aumentar a sobrecarga de trabalho contudo transmitira um novo alento de saúde e bem-estar que trouxe benefícios a toda a família. Resolvido o problema de saúde, e embora mantendo a vigilância num Hospital diferenciado, a criança foi encaminhada para os CSP, para continuidade de cuidados e avaliação/promoção do seu normal crescimento e desenvolvimento. Após a consulta tive oportunidade de refletir sobre a situação com a enfermeira e a médica de família, numa perspetiva de análise multidisciplinar da situação. Existia claramente uma necessidade de intervenção naquela criança e na mãe, ambas inseguras e com receios, a mãe superprotetora, e a filha com uma dependência importante, necessitavam de retomar a dinâmica normal da sua vida. A literatura consultada veio confirmar que após o diagnóstico da doença, a maior preocupação dos pais é o medo da morte da criança, tornando-se esta o centro da dinâmica familiar (Silva, Pires, Gonçalves, & Moura, 2002). Era evidente que a criança precisava de voltar à escola (que havia deixado quando adoeceu), e a mãe de centrar

energias no seu trabalho (ao qual tinha retornado havia pouco tempo), e na restante família, confiando ambas na rede de suporte sociofamiliar existente e no apoio que os profissionais transmitiram naquela consulta de cariz tão educativo, afetivo e psicoemocional. A doença oncológica veda sonhos, planos e projetos a longo prazo (Silva, Pires, Gonçalves, & Moura, 2002), e na sua fase de remissão o nível de *stress* parental é significativo e está fortemente associado à perceção de vulnerabilidade da criança (Fontoura, 2014). Em jeito de conversa informal, mas educativa foram fornecidas orientações acerca da diversificação alimentar, da atualização da vacinação, da higiene e vestuário, do sono e do repouso habitual, da importância do brincar e do lazer, e implícito a todos estes aspetos a promoção da autonomia, da disciplina, da segurança e dos afetos (OE, 2010). Tal como constatado na situação descrita, o estudo de Fontoura (2014) revelou que os pais preferem estratégias que mantenham a estabilidade emocional, o suporte social e a compreensão da condição médica. Assim, relativamente ao desenvolvimento, foram assinaladas as áreas avaliadas que requeriam maior atenção e investimento, contudo realçado que a seu tempo e com a estimulação adequada era expectável que a criança conseguisse alcançar um desenvolvimento adequado. A deteção e apoio a crianças particularmente vulneráveis é um aspeto prioritário, a par com o reconhecimento e a capacitação dos pais, enquanto primeiros prestadores de cuidados, aumentando o seu nível de conhecimentos e motivação, os quais favorecem o desenvolvimento do exercício parental (DGS, 2013). A OE (2010) norteia a intervenção do EEESCJ nas respostas às necessidades da criança e da família, reconhecendo a criança como ser vulnerável, *maximizando o seu potencial de crescimento e desenvolvimento*, e preservando em qualquer situação a sua segurança e bem-estar. Esta atividade contribuiu para o desenvolvimento integrado das três competências específicas de EEESCJ (DR, 2011b), a par com “a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo-se que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais”, considerando que a minha experiência materna pode sempre intervir no processo terapêutico, requerendo a gestão de sentimentos e emoções em ordem a uma *resposta eficiente, de elevada adaptabilidade individual* (DR, 2011a, p. 8652).

Relativamente à visita domiciliária ao RN e família, realço a importância desta no apoio à transição para a parentalidade no seu ambiente natural, e a vigilância da saúde da díade após a fase de puerpério imediato, marcada na maioria das vezes por internamentos demasiado curtos, contudo intensos e exaustivos. Nesta fase, a visita domiciliária de enfermagem constitui um “meio de apoio, ensino e aconselhamento para que cada puérpera/família adquira

competências e ultrapasse, com sucesso, as dificuldades” (Pacheco, 2012, p. 11). O seu ímpeto consiste na realização do teste diagnóstico precoce, que devendo ser realizado entre o 3º e 6º dia de vida, exige que este contacto ocorra de forma precoce, coincidindo com a fase de adaptação da família ao seu novo elemento e a todas as exigências e mudanças da dinâmica familiar que este acarreta. Estando presentes os pais e a avó materna, as dúvidas centravam-se sobretudo nas necessidades do RN, nomeadamente na amamentação, eliminação, cuidados de higiene e conforto e períodos de sono e repouso, que foram prontamente esclarecidas tranquilizando a conduta da família. Foi ainda programada a primeira consulta no CS, abordada a vacinação e observado o RN, durante a realização do teste. Foi lembrado à mãe os cuidados maternos no puerpério e reforçada a importância da sua alimentação e hidratação bem como os períodos de descanso. Sendo um encontro em tempo reduzido, a visita domiciliária convida enfermeiro e família a serem autênticos e verdadeiros na comunicação estabelecida, *promovendo a vinculação de forma sistemática entre a tríade, uma amamentação plena, e o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN* (DR, 2011b). Medeiros e Costa (2016) consideram a visita domiciliária uma ferramenta que aproxima as unidades de saúde à realidade experienciada pelas puérperas, sendo imprescindível porque contribui ativamente para a redução da morbimortalidade materna e neonatal, constituindo um recurso de assistência à saúde da família.

Reconhecendo o valor inestimável da vacinação enquanto medida promotora e protetora da saúde pública, e considerando que a sua prática tem sido alvo de muita discussão e reflexão na atualidade, a experiência de estágio proporcionou diversas atividades neste âmbito. O enfermeiro, no desempenho do seu exercício profissional, ocupa uma posição privilegiada na promoção e implementação do Programa Nacional de Vacinação (PNV) (Subtil & Vieira, 2011), particularmente o EEESCJ pelo trabalho de proximidade às famílias, no contexto da vigilância de saúde infantil. Assim, ao longo do estágio foi possível vacinar inúmeras crianças, de diversas faixas etárias, bem como garantir às famílias os conhecimentos necessários a uma tomada de decisão plena, promovendo e protegendo os direitos das crianças à saúde, através de cuidados antecipatórios que estimulem o cumprimento do PNV, mantendo as taxas de cobertura vacinal elevadas até aqui alcançadas (DGS, 2013). O enfermeiro tem-se dedicado com empenho e tido uma intervenção ativa nesta atividade preventiva, revelando diversas competências que asseguram a eficácia desta prática (Loureiro, 2004). Atendendo aos novos desafios de saúde, como os movimentos anti vacinas em expansão, e o ressurgimento de doenças imunopreveníveis, relacionada com a diminuição das taxas de

cobertura vacinal necessárias à sustentação da imunidade comunitária (European Center for Disease Prevention and Control, (ECDC), 2012), a importância da atualização contínua destas taxas tem uma importância fundamental. Sendo a enfermeira orientadora um elemento dinamizador desta área preventiva, e colaborando diretamente com a DGS, solicitou o meu apoio na atualização destes registos, que incluía essencialmente confirmar se as vacinas registadas no Serviço Centralizado de Vacinas (utilizado pela maioria das entidades de saúde hospitalares, públicas e privadas) também estavam registados no SINUS, sendo este o aplicativo que permite calcular a taxas de cobertura vacinal. A importância desta atividade prendeu-se com a deteção de crianças com esquemas em atraso, algumas sem registo de qualquer vacina desde o nascimento, que a confirmar-se pode constituir um risco elevado da ocorrência de novos surtos. A complementar esta atividade fomos ainda para a comunidade tentar encontrar algumas das crianças identificadas, nomeadamente os casos mais preocupantes, contudo as tentativas revelaram-se inglórias, uma vez que as moradas registadas já não estavam atualizadas. Foi necessário encaminhar cada caso, individualmente, para as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), cuja intervenção através do programa de saúde escolar, poderia contribuir para encontrar estas crianças, confirmar os registos e sensibilizar para a importância da vacinação, promover a confiança das famílias e motivar a sua aceitação (WHO, 2012; ECDC, 2012, 2016). O respeito, a promoção da literacia e o envolvimento da família podem constituir peças fundamentais para esta se tornar receptiva à abordagem do enfermeiro e permeável aos argumentos relativos à vacinação (Santos, 2016). Uma das competências do EEESCJ consiste na *procura sistemática de oportunidades para trabalhar com a família no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde e segurança na criança e jovem, através da avaliação e partilha de conhecimento* (DR, 2011b; WHO, 2012). A intervenção do enfermeiro deve ter foco nos benefícios da proteção, individual e de grupo (DGS, 2004; ECDC, 2012) e, simultaneamente responder às preocupações da família, eliminando os obstáculos à prática da vacinação (ECDC, 2016). Enquadrar a sua atuação na promoção do *empowerment*, isto é, capacitar as populações hesitantes a questionar e proporcionar-lhes factos claros e fáceis de compreender. Sublinhar que têm o direito à escolha, mas também a responsabilidade de proteger a saúde, individual e coletiva (Hespanhol, Couto, & Martins, 2008; ECDC, 2012, 2016). O EEESCJ deve *implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, proporcionando o conhecimento e suporte necessário ao desenvolvimento de competências parentais de gestão dos cuidados aos seus filhos, perspetivando a sua autonomia para uma*

tomada de decisão informada (DR, 2011b; WHO, 2012). Foi ainda possível participar numa formação interna do ACES sobre o novo boletim de vacinas e o novo aplicativo informático da vacinação, o *Vacinas*, compreendendo a sua utilização e partilhando as dúvidas dos vários enfermeiros responsáveis por esta prática e que, diariamente, lidam com inúmeros desafios e dificuldades. Trata-se de um registo centralizado a nível nacional, através de uma abordagem holística dos utentes, e que será implementado em duas fases, a primeira nos CSP e a segunda nos hospitais. Permite registar a *não vacinação* por três causas possíveis, imunização, contraindicação e recusa, podendo esta última ser temporária ou permanente. A importância desta formação reside no fato deste aplicativo ser abrangente a qualquer serviço de saúde, independente do contexto de cuidados, contribuindo para o meu conhecimento profissional, nomeadamente no local onde exerço funções.

A última atividade levada a cabo neste estágio foi a participação na II Reunião de Enfermagem em Cuidados Intensivos Pediátricos, realizada no dia 24 de Novembro de 2017 (Anexo I), motivada pelo programa apresentado pela Comissão Científica, bem como pela necessidade de alargar a visão dos cuidados intensivos do período neonatal para o pediátrico, dando realce a temáticas relevantes como *As competências do Enfermeiro em Cuidados Intensivos*, e *Emoções de quem cuida*. O conteúdo programático desta Reunião de Enfermagem possibilitou repensar a prática do enfermeiro pediátrico no contexto singular dos cuidados intensivos, aprofundando aspetos dilemáticos como a morte cerebral e a doação de órgãos, e as questões éticas em cuidados intensivos especificado no tema decisão de não reanimar.

3.1.4 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Os últimos dois contextos de estágio ocorreram na UCIN de dois hospitais de apoio perinatal diferenciado, sendo o último estágio o local onde exerço funções, e que será abordado de forma mais consistente nos próximos subcapítulos. Muito embora a dinâmica de cuidados seja semelhante, no primeiro contexto (chamemos-lhe UCIN1), aspirou-se repensar a intervenção do EEESCJ neste ambiente tão particular de cuidados, perante processos de saúde-doença de especial e elevada complexidade (a exemplo RN que vivenciam situações de asfíxia perinatal grave, de atresia do esófago e hérnia diafragmática), com indicação de terapia inovadoras (hipotermia induzida) ou cirúrgicas. A EEESCJ que me orientou era chefe de uma das quatro equipas existentes e a sua intervenção refletia um conjunto de competências e

habilidades especializadas, fundamentais ao contexto da UCIN e ao cuidado do RN e família, tão vulneráveis neste ambiente hostil. Dou destaque a três competências comuns de EE (DR, 2011a): *liderava de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética em variadas situações da prática de maior complexidade* (a exemplo situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte); *geria na equipa as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança do cliente* (a exemplo a realização de procedimentos invasivos ou a preparação de terapêutica menos frequente, em parceria com elementos da equipa mais novos); e *adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e contextos de cuidados visando a otimização da qualidade dos cuidados* (por exemplo a distribuição dos RN e famílias pelos elementos da equipa considerando, sempre que possível, o método de enfermeiro de referência e a complexidade das situações). Considerando a dinâmica de cuidados da UCIN e a complexidade dos processos de saúde-doença experienciados pelos RN e famílias, é notório o equilíbrio entre as competências técnico-científicas, e as competências relacionais e humanas, *sustentando a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento* e refletidas em cuidados de enfermagem holísticos, humanizados e centrados na família (DR, 2011a, 2011b). Este facto revela-se na pesquisa de Ribeiro et al., (2015), que constatou que, muito embora a experiência de hospitalização da família de um RN na UCIN seja na sua globalidade negativa (relacionada com a iminência da morte, o receio de sequelas cognitivas ou físicas, desconforto pela presença de dispositivos invasivos, alterações do sono, dor, ansiedade e medo), a sua perceção relativa à prática dos cuidados de enfermagem é positiva. Estes autores verificaram que a presença constante dos enfermeiros transmitia segurança, e que a sua intervenção se fazia sentir pela relação terapêutica estabelecida e pela partilha de informação, através das quais se promovia o desenvolvimento de competências parentais através do ensino e formação. As atividades neste campo de estágio centraram-se na prestação de cuidados a RN e famílias que vivenciavam processos de saúde-doença complexos, promovendo a vinculação da díade/tríade, e o seu envolvimento nos cuidados ao RN tão precocemente quanto possível. A transmissão e partilha de orientações antecipatórias acontecem, em larga escala, após o RN transitar para a sala de cuidados intermédios, sendo dada primazia à família na concretização e exercício do seu papel parental, fomentado pela motivação e estímulo à sua participação em todos os cuidados ao RN. Realço a existência de um documento de avaliação das necessidades de educação/conhecimento dos pais, que é entregue logo que a alta começa a ser planeada e permite que estes tenham um olhar abrangente em relação às necessidades do seu bebé no domicílio, sendo partilhado quase

diariamente. Torna-se uma ferramenta individualizada, na medida em que é considerado o diagnóstico inicial do RN e a sua evolução no processo de saúde-doença ao longo da hospitalização, realçando sinais de alarme relevantes ou cuidados mais específicos. Considerando as dificuldades da família no decorrer da hospitalização na UCIN, relacionadas com a separação do bebé, elevado desgaste físico e psicológico, a gestão das inúmeras solicitações, lidar com o ambiente e procedimentos, e cuidar do bebé sem apoio após a alta (Diaz, Fernandes & Correia, 2014), é fundamental elaborar documentos que alinhem “as condições físicas e humanas destes ambientes sociotécnicos e as necessidades e características parentais”, que permitam implementar cuidados de saúde centrados na família (Amorim, Barros, Alves, & Silva, 2016, p. 2593). As competências específicas de EEESCJ que foram consolidadas neste período foram o *reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte*, a *promoção da vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente* e a *implementação e gestão, em parceria, de um plano de saúde, promotor da parentalidade* (DR, 2011b).

3.2 COMPREENDER OS CUIDADOS À PELE NOS DIFERENTES CONTEXTOS DE SAÚDE

A pele é um órgão de reconhecida importância, pelas funções que desempenha no funcionamento do organismo e na mediação das relações humanas, desde a mais tenra idade. Em contexto de hospitalização, seja pela vivência da doença aguda ou crónica, a pele da criança ou jovem revela um significado mais abrangente, porque sendo uma fonte de informação e comunicação sobre os processos de saúde-doença vivenciados, impelem à sua valorização e proteção, à promoção da sua integridade e à prevenção de lesões e traumatismos. Na UCIN, a condição da pele pode ser um importante veículo de comunicação do RN para com os seus cuidadores. As suas reações ao *stress*, à manipulação, à dor, ao som, à luz e ao medo podem ser refletidas na aparência e na cor da pele (Jurica et al., 2016). Por outro lado, a ocorrência de lesões pode ser geradora de sentimentos de hostilidade nos pais, uma vez que constitui uma causa de dor e sofrimento acrescido para os seus filhos que vivenciam a hospitalização na UCIN, podendo dificultar a vinculação (Migoto, Souza & Rosseto, 2013). Assim, o processo de cuidar deve incluir mais do que procedimentos e atividades técnicas, cuidados verdadeiros que demonstrem respeito, consideração, atenção e o carinho que as situações merecem (Waldow & Borges, 2008). Este subcapítulo pretende realçar as estratégias de cuidados à pele da criança e do jovem, promotoras da sua integridade,

identificadas nos diferentes contextos de estágio. Para isso, foram realizadas quatro atividades específicas neste âmbito: observação das práticas de cuidados à pele; consulta de normas e procedimentos de atuação vigentes; identificação de instrumentos de avaliação da pele; e identificação de material, equipamentos e produtos disponíveis para a prevenção de lesões.

No *SUP*, em contexto da triagem é efetuada a observação e avaliação da pele no preenchimento de alguns algoritmos, pelas inúmeras informações que transmite, podendo estas constituir sinais, sintomas ou diagnósticos de importante utilidade. Em contexto de *SO* existia um registo estruturado da condição da pele através do aplicativo informático, sendo mais específico em situações de vigilância de sinais de desidratação (coloração, hidratação e integridade), mas sem mobilização de um instrumento de avaliação. Relativamente aos cuidados à pele, foi constatado a ausência de protocolos ou normas neste âmbito, identificando-se pontualmente os cuidados de higiene e hidratação, ou cuidados mais específicos em situação de lesões, traumatismos ou queimaduras. Estes cuidados eram na sua maioria mais prevalentes na Sala de Tratamentos, constituindo intervenções dependentes de prescrição porque decorriam diretamente do diagnóstico médico. Foi um contexto desafiante do ponto de vista da identificação de estratégias promotoras da integridade cutânea, sobretudo pela curta duração da interação com as crianças e jovens, que se centrava essencialmente em procedimentos de diagnóstico ou tratamento. Reconhecendo que estes, na sua maioria, originam dor, e que segundo a DGS (2012a, p.3) esta “é uma experiência sensorial e emocional desagradável, resultante da lesão real ou potencial dos tecidos associada a procedimentos diagnósticos ou terapêuticos”, a atuação do enfermeiro deve focar-se em intervenções não farmacológicas enquanto recursos autónomos importantes para o alívio da dor, de forma isolada ou em conjunto com intervenções farmacológicas (OE, 2013). Nesta perspetiva, a prevenção e controlo da dor constitui um indicador de boa prática de enfermagem, sendo um direito que atinge o seu máximo reduto nas crianças, a quem é imperioso poupar todo e qualquer sofrimento (OE, 2013), admitindo que as lesões e traumatismos resultantes dos diversos procedimentos podem e devem ser evitados e prevenidos. As intervenções não farmacológicas mobilizadas durante a realização de procedimentos dolorosos ao RN, constituem assim estratégias protetoras da pele e promotoras da sua integridade, devendo ser integradas em normas e protocolos de cuidados à pele na população neonatal, tão vulnerável. Aliada a esta estratégia recomenda-se a avaliação da dor do RN utilizando uma escala válida, segura e clinicamente sensível, atendendo ao tipo de dor, situação clínica e idade da criança. Esta avaliação deve ser realizada de forma sistemática,

frequente, e complementada com dados qualitativos relativos a outros aspetos úteis para interpretar a dor na criança (DGS, 2010). A atuação do EEESCJ neste âmbito da saúde da criança e jovem foi operacionalizado na atividade desenvolvida no SUP relativa a esta temática (Apêndice IV.). O estudo de Costa e Cordeiro (2014) destacaram alguns dos procedimentos dolorosos mais prevalentes na UCIN, referindo-se a condutas a serem adotadas para minimizar a dor e o desconforto do RN, algumas relacionadas diretamente com o cuidado à pele como a promoção do contacto pele a pele em punções venosas; proteção do septo nasal com hidrocolóide durante a utilização do CPAP; e a proteção da pele com hidrocolóide fino na fixação de sondas gástricas. Assente nestes constructos, os cuidados não traumáticos compreendem a prevenção de lesões da pele ao longo da hospitalização na UCIN, contribuindo para o conforto e bem-estar dos neonatos e famílias.

O *Serviço de Pediatria* revelou ser o contexto com práticas mais estruturadas, relativamente aos cuidados protetores da pele e promotores da sua integridade, sendo um aspeto prevalente em registos de enfermagem, abordado em passagens de turno para continuidade de cuidados, e patente em inúmeros protocolos e normas de procedimento. A pele é observada com frequência, em todos os turnos, sobretudo durante e após a utilização de dispositivos e equipamentos de apoio à mobilização. São utilizados instrumentos de avaliação da condição da pele e de predição do risco (Braden Q) relacionados com as úlceras por pressão (UP), e é utilizado um protocolo de atuação para prevenção de UP de acordo com o *score* de risco avaliado, que engloba aspetos relacionados com a observação diária da pele e respetivo registo, cuidados de higiene e hidratação, vigilância do estado nutricional, gestão de superfícies de apoio e posicionamentos, e ensino/orientação à criança, jovem e/ou ao cuidador preferencial. Mobilizam-se produtos e materiais protetores da pele e promotores da sua integridade (espuma, hidrocolóide, poliuretano, cremes hidratantes e emulsões), e superfícies de apoio (colchões, almofadas de cadeiras de rodas e material de posicionamento). As práticas existentes neste contexto de estágio, e a sua efetiva realização por todos os profissionais ao longo da hospitalização das crianças e jovens, espelha as recomendações e diretrizes emanadas pela NPUAP, EPUAP e PPPIA (2014), e revela a importância de mobilizar este documento internacional, enquanto linha orientadora para a prática clínica em todos os contextos de cuidados, incluindo a UCIN. Os peritos nesta área do conhecimento reconhecem os doentes pediátricos como uma população especial, e realçam que as recomendações apresentadas no guia de consulta rápida elaborado (NPUAP, EPUAP, & PPPIA, 2014) são geralmente adequadas à pediatria, dando especial ênfase à secção sobre UP relacionadas com

dispositivos médicos e à secção dedicada a esta população particular. Este contexto pediátrico possibilitou igualmente uma compreensão particular sobre a comunicação da criança e jovem, concebida com uma fonte inesgotável de informação dos processos de saúde-doença vividos, sendo entendida sob várias e criativas formas de comunicar que, quando valorizadas contribuem ativamente para a promoção da sua saúde, conforto e bem-estar. A maioria das crianças comunicava oralmente, não obstante, nem todas comunicavam aquilo que efetivamente sentiam, pelos défices cognitivos que apresentavam. Outras, sem alterações cognitivas mas com importantes défices sensoriais e motores, apesar de apresentarem uma comunicação efetiva estavam impossibilitados de comunicar a presença de compromisso da pele ou existência de lesões, pelo défice sensitivo. Outras ainda, sentindo o desconforto e a dor, conseguindo compreendê-lo, tinham sérias dificuldades em comunicá-lo oralmente, pelo défice ao nível da linguagem oral. Todos estes aspetos fundidos relembram as vulnerabilidades do RN prematuro ou gravemente doente, sem capacidade para se expressar oralmente, por vezes incapazes de sentir a dor e o desconforto (RN sedados e curarizados), e quando capazes de expressar a sua forma de estar e sentir, estas revelam-se tentativas vãs que geram estados de frustração, desorganização, perda de energia e por vezes instabilidade hemodinâmica. Deste modo, a comunicação comportamental do RN deve constituir a base para a individualização do ambiente e do processo de cuidados (Als, 2017), permitindo orientar os profissionais de saúde para práticas centradas no desenvolvimento (Gibbins et al., 2008). É uma abordagem encorajadora de mudança na forma tradicional de orientar a prestação de cuidados: da tarefa à relação (Als, 2017). Almeida (2011) constatou que o RN exprime emoções e comunica sensações através da comunicação cinésica, revelada pela expressão facial, movimentos corporais, choro, estado de consciência e atividade, sendo influenciada por *stressores*, como a manipulação e o ruído ambiental na UCIN. Nascimento et al. (2012) verificaram que os enfermeiros reconhecem que o RN comunica de forma não verbal, sendo mais evidente durante a realização de procedimentos dolorosos ou em situações de manipulação excessiva, concluindo que uma atenção cuidada à comunicação do RN hospitalizado imprime um cuidado mais humanizado e promotor do seu desenvolvimento. Reconhecer e descodificar as formas de comunicar do RN, através do desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, permite diagnosticar as suas necessidades, promover um cuidado adequado e um ambiente seguro e favorável à sua recuperação. Realça-se a atenção, compreensão e interpretação das informações emanadas durante a prestação de cuidados a esta população, com destaque para a comunicação efetiva e afetiva entre enfermeiro e RN,

que implica presença, olhar atento, escuta sensível, mãos que acalentam através do aconchego e do toque carinhoso e o tom de voz adequado (Farias, Cardoso, Oliveira, Melo, & Almeida, 2010; Santo, Ribeiro, Silva, & Pinheiro, 2014). A comunicação, a par com a evolução tecnológica, permite alargar o processo de cuidar em enfermagem, ampliando a visão biológica do corpo doente do RN para uma visão holística, concebendo-o como um ser biopsicosócioespiritual (Farias et al., 2010). Desta forma a enfermeira ajuda o RN a tornar-se humano, numa fase tão particular de sua vida, procurando formas de valorizar o seu potencial, enquanto respeita as suas limitações e imaturidade psicobiológica (Klock & Erdmann, 2012).

No contexto dos *CSP*, as consultas de *SI* constituíam a oportunidade para promover cuidados protetores da pele e de manutenção da sua integridade, primeiramente pela possibilidade de observação da mesma durante a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança, sendo o momento privilegiado para conhecer os cuidados habituais à pele, validar práticas e fornecer orientações antecipatórias neste âmbito específico (essencialmente cuidados de higiene, hidratação e tratamento em caso de alterações cutâneas). Apesar da riqueza da avaliação da pele, e de existir um registo estruturado da sua condição no aplicativo informático (sem instrumento específico), este é pouco mobilizado pela escassez de tempo destas consultas e pelos inúmeros registos a realizar ao longo da mesma. Face à importância da temática, e da fragilidade da pele das crianças no período neonatal, a Enfermeira Orientadora sugeriu que fosse realizada uma Sessão de Formação (Apêndice VIII.) à equipa de enfermagem que permitisse essencialmente atualizar conhecimentos e práticas, uniformizando o conteúdo das informações fornecidas às famílias, abordando os aspetos que comumente originam dúvidas e questões. Assim, a referida sessão foi assente na PBE, realçando aspetos relevantes da prática clínica diária (avaliação da pele do RN, alterações cutâneas transitórias e fisiológicas, o uso de desinfetantes e adesivos), bem como incidindo em temáticas de relevo na educação para a saúde das famílias, tendo sido elaborado um folheto neste âmbito (Apêndice IX.). Reconhecendo o carácter preventivo e promotor da saúde das crianças, jovens e famílias das consultas de *SI*, ou em outro qualquer contexto de cuidados pediátricos, no que concerne à promoção de cuidados à pele devem ser incluídas as recomendações da AWHONN (2013), que realça como aspetos essenciais prévios ao cuidado a avaliação da pele neonatal e a mobilização de instrumentos de avaliação válidos e confiáveis; o conhecimento de situações transitórias e benignas mais comuns do RN; a identificação de fatores de risco para a ocorrência de lesões e as suas potenciais causas. Relativamente aos cuidados antecipatórios, estes devem ser focadas na capacitação das

famílias para o melhor desempenho do papel parental, facultando-lhes o conhecimento necessário (DGS, 2013). A consecução destas atividades enquadra-se na competência comum de EE *Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento*, facilitando a aprendizagem na área da especialidade, especificada na enfermagem neonatal, suportando a prática clínica na investigação e no conhecimento e liderando na implementação de procedimentos (DR, 2011a). Deste modo, foram partilhadas e disseminadas práticas promotoras da integridade cutânea, a exemplo a redução da utilização de adesivos após procedimentos invasivos (teste de diagnóstico precoce e vacinação).

A experiência de estágio numa UCIN de cuidados perinatais diferenciados (UCIN 1) permitiu essencialmente comparar as práticas de cuidados à pele dos RN com o local onde exerço funções, focada numa ótica de enriquecer, melhorar e partilhar os meus conhecimentos neste domínio específico. No que concerne à observação e avaliação da pele, sendo uma prática frequente durante os turnos, não era mobilizado nenhum instrumento de avaliação, ficando somente registado em notas de enfermagem as alterações cutâneas significativas, sem nenhum padrão específico. Foi constatada a existência de uma Norma de Atuação de Cuidados Cutâneos ao RN cujos principais objetivos eram manter a integridade da pele e a sua função, prevenir lesões cutâneas e posteriores infeções, minimizar as perdas insensíveis de água, e manter a temperatura corporal. Eram enfatizados procedimentos tais como os cuidados de higiene e conforto (banho), a gestão da humidade e temperatura das incubadoras, o ensino do banho no berço, práticas preventivas de lesões da pele, as lesões cutâneas mais frequentes, cuidados com o cordão umbilical, utilização de desinfetantes e prevenção da perda de água e calor. Esta norma servia de linha orientadora para diversas práticas relacionadas com os cuidados à pele, verificando-se a utilização de materiais, produtos e equipamento preventivos, mais especificadas em situações complexas de cuidados (RN ostomizados; terapia de hipotermia induzida; RN sedados/curarizados; RNPT extremos). Por ser um centro de referência em algumas situações patológicas, ocorrem diversas cirurgias neste contexto, pelo que a presença de feridas cirúrgicas era uma constante, bem como das complicações a elas associadas, relacionado com a vulnerabilidade acrescida destes RN. A necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados aos RN submetidos a cirurgia, através do investimento na área do tratamento de feridas, levou a equipa a preparar uma sessão de formação em serviço denominada *Atualização de conhecimentos sobre feridas em recém-nascidos*, na qual tive a possibilidade de participar, e que permitiu o aprofundamento do conhecimento e a partilha de experiências e práticas neste domínio tão particular. O cerne desta formação centrou-se na

avaliação adequada da ferida complexa no RN, através das suas características e fase cicatricial em que se encontra, e a escolha do tipo de penso mais adequado, conhecendo a panóplia de oferta disponível e reconhecendo aqueles que melhor se adequam à população neonatal e à sua situação particular, sendo reconhecida a importância de uma abordagem holística (nutrição adequada, tratamento da doença e gestão e controlo da dor).

3.3 O CUIDADO DE ENFERMAGEM PROMOTOR DA INTEGRIDADE DA PELE NA UCIN

Os cuidados de enfermagem na sua essência e propósito são compostos por múltiplas ações, que segundo Hesbeen (2000, p. 47) constituem “uma imensidão de pequenas coisas” que permitem demonstrar uma “grande atenção” aos beneficiários dos nossos cuidados, pessoa e família, ao longo do dia. A literatura é unânime ao sugerir a elaboração de protocolos baseados na evidência científica para padronização de condutas na UCIN e a implementação de orientações de cuidados através do treino dos enfermeiros, bem como o uso de novas tecnologias de saúde como instrumentos de cuidados. A existência de diretrizes de cuidados com a pele de RN nas UCIN são ainda essenciais para minimizar os efeitos negativos que os fatores ambientais podem causar. Os cuidados de enfermagem com a pele do RN incluem ações direcionadas à manutenção da integridade da pele e a prevenção de complicações inerentes aos fatores de risco, como a prematuridade, o baixo peso e a imaturidade anatómica e fisiológica desta população. Tais medidas tornam-se essenciais para reduzir o aparecimento de lesões cutâneas, permitindo priorizar a individualização e a humanização de cuidados na UCIN e contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (Allwood, 2011; AWHONN, 2013, Csoma et al., 2016; Soares et al., 2017).

Em resultado do investimento no projeto de estágio levado a cabo, a par com todas as aprendizagens desenvolvidas ao longo dos diferentes contextos de estágio e das pistas de intervenção por eles emanadas, foram delineadas algumas estratégias para os cuidados à pele do RN hospitalizado na UCIN, assentes nas melhores evidências científicas disponíveis. Estas estratégias assentam em diversos focos de intervenção do EEESCJ, com ênfase para a avaliação da pele do RN, e sustentados pelos Modelos de Cuidados para o Desenvolvimento. O *Universe of Developmental Care Model* (Gibbins et al., 2008) apresenta como conceito central a pele enquanto superfície partilhada, constituindo o elo crítico entre o corpo/organismo e o meio ambiente e sendo o ponto focal para as interações humanas, abrangendo a família e os profissionais da UCIN. A pele, enquanto órgão dinâmico, participa

em múltiplas interações do cuidar, e do ponto de vista do neurodesenvolvimento, constitui a superfície do cérebro. Como interface entre o corpo e o ambiente externo, a pele liga ao cérebro em desenvolvimento por um lado e ao mundo externo pelo outro. Deslocando o foco do sistema nervoso central (SNC) para a verdadeira superfície compartilhada do cuidado, há um maior reconhecimento da interatividade de todos os sistemas corporais em desenvolvimento e verifica-se a necessidade de um cuidado individualizado ao paciente dentro de um ambiente tecnológico complexo. A transição desta abordagem para o processo de cuidar e a implementação de mudanças são práticas, viáveis e, acima de tudo, necessárias, sobretudo em RN com vulnerabilidade acrescida como os prematuros. Também *The Neonatal Integrative Developmental Care Model* (Altimier & Phillips, 2013) identifica a proteção da pele como uma das sete medidas nucleares neuroprotetoras, recordando que as suas funções têm impacto no neurodesenvolvimento e que as características dos RN prematuros e o ambiente da UCIN podem influenciar a sua funcionalidade. Estes autores enfatizam que podem ser alcançados resultados positivos nos cuidados à pele do RN, norteando a prática nas recomendações baseadas em evidências, a par com uma monitorização atenta e uma manipulação, posicionamento e cuidados consistentes e cuidadosos. Na perspetiva destes Modelos, o cuidado de enfermagem promotor da integridade cutânea na UCIN visa a promoção e proteção do neurodesenvolvimento do RN, e assenta numa lógica integradora de saberes, competências e habilidades, justificadas pela ocorrência de lesões de inúmeras etiologias, nesse contexto tão adverso, tantas vezes relacionadas com os diversos procedimentos necessários à sobrevivência desta população. Deste modo, as práticas de cuidados à pele do RN hospitalizado devem contribuir para avaliar a condição da pele, identificar RN em risco de alterações da integridade cutânea, reduzir o trauma e a exposição a potenciais substâncias tóxicas, proteger a função de barreira imatura da pele, promover a sua integridade e oferecer suporte ao desenvolvimento normal da pele (Lund, Kuller, Lane, Lott, & Raines, 1999; AWHONN, 2013).

A experiência de estágio na UCIN 2 (o local onde exerce funções) centrou-se essencialmente na identificação dos problemas relacionados com o cuidado à pele dos RN, que impelem à procura de práticas de crescente qualidade e segurança. A presença de normas de procedimentos somente relacionadas com a prevenção e tratamento de UP, a carência de protocolos de atuação atualizados e mais abrangentes neste domínio do cuidar e a ocorrência de lesões durante o período em que decorreu o estágio, confirmaram a necessidade de investir urgentemente no aprofundamento e atualização do conhecimento, na formação da equipa de

enfermagem e envolvimento da equipa multidisciplinar, e na capacitação parental enquanto parceiros dos cuidados. A reflexão contínua e permanente sobre a problemática, assente nos referenciais teóricos abordados anteriormente e a pesquisa continuada, fez emergir cinco focos de intervenção específicos (Figura 1.), como eixos prioritários de atuação do EEESCJ, a



Figura 1. *Focos de Intervenção do EEESCJ na observação/avaliação da pele*

avaliação da pele do RN, os cuidados de higiene e hidratação, o uso de adesivos, de antissépticos e de dispositivos médicos. Foi enfatizada a avaliação da pele por constituir a motivação para o projeto de investigação iniciado neste percurso formativo, sendo explicitado no subcapítulo seguinte.

Um pensamento reflexivo dominante durante a experiência de estágio, permitiu compreender as necessidades de cuidados à pele dos RN, as preocupações e dúvidas da equipa de enfermagem, relativamente a esta área do conhecimento, e reconhecer as dificuldades e constrangimentos relacionados com o contexto de cuidados e as vulnerabilidades da população neonatal. Apesar do cuidado à pele ser uma intervenção autónoma do enfermeiro, na UCIN também outros profissionais e a família contactam e cuidam o RN, interferindo direta ou indiretamente com a pele desta população. Nesta perspetiva, para um cuidar global e holístico do RN, particularmente ao seu sistema tegumentar, são necessários esforços conjuntos para alcançar e manter a pele íntegra ao longo da hospitalização, cuja intervenção deve incluir toda a equipa multidisciplinar, da qual consta a família.

Atendendo a estas condicionantes, além das pesquisas bibliográficas contínuas, num esforço para reunir as melhores evidências, foram realizados contatos com diversos profissionais de saúde e peritos na área, incluindo enfermeiros, médicos, farmacêuticos e investigadores. Previamente foram elaboradas revisões críticas da literatura acerca das temáticas relacionadas com o cuidado à pele do RN na UCIN, que procuraram compilar as publicações assentes em níveis e forças de evidência e graus de recomendação comprovados. Posteriormente, foram realizadas entrevistas exploratórias a peritos de diversas áreas que tocam esta problemática, solicitando o seu parecer acerca dos diferentes eixos de intervenção do EEESCJ neste âmbito. O primeiro contacto estabelecido foi com a equipa médica, na pessoa da Coordenadora da UCIN, que reconhecendo a importância da temática e a escassez de protocolos apoiou a implementação de um projeto de melhoria da qualidade dos cuidados

neste âmbito, tendo nomeado um representante que apoiou no processo de pesquisa bibliográfica e evidência disponível nesta área do conhecimento. Também o Serviço Farmacêutico foi contactado no sentido de reconhecer que produtos seriam mais adequados para a higiene e hidratação da pele, bem como produtos protetores da pele durante o uso de adesivos. Foi enviado um resumo da pesquisa bibliográfica realizada (Apêndice X.), e realizada uma reunião com duas Farmacêuticas, que colaboram diariamente com a UCIN, que reconheceram não deter conhecimentos suficientes nesta área, contudo disponibilizando-se para colaborar na identificação dos produtos mais adequados para a população neonatal e sugerindo o contacto com alguns laboratórios de indústrias farmacêuticas que pudessem apoiar e facilitar este processo, nomeadamente na identificação de produtos de limpeza, hidratantes e emolientes, produtos de proteção/barreira e produtos de remoção de adesivos. Foi também contactada uma Enfermeira perita na área da prevenção da infeção hospitalar, com experiência na UCIN, a quem foi facultada bibliografia relacionada com os antissépticos à população neonatal e a quem foi dirigida uma entrevista exploratória (Apêndice XI.). Esta atividade permitiu reconhecer que o antisséptico atualmente mais utilizado na UCIN é o mais adequado para os RN, e ainda colaborar na Norma de Procedimento relacionada com os cuidados ao cordão umbilical elaborada por duas enfermeiras da UCIN, realçando a importância de proteger a pele durante a aplicação de antissépticos. Relativamente à temática dos dispositivos médicos e a utilização de produtos adesivos e pensos de proteção, julgou-se pertinente consultar uma perita na área da prevenção e tratamento de feridas, a quem foi dada a conhecer o presente projeto de melhoria da qualidade dos cuidados à pele da população neonatal e dirigida uma entrevista exploratória neste âmbito (Apêndice XII.). Esta atividade permitiu realçar a necessidade da mobilização de produtos adequados às características dos neonatos, para a proteção da pele e prevenção de lesões, e possibilitou renovar a panóplia de produtos disponíveis na UCIN, melhorando a sua qualidade. Ainda durante o estágio e perante a presença de uma lesão mais complexa num RN, foi consultada a mesma perita que colaborou ativamente com a equipa multidisciplinar no tratamento da mesma, capacitando-a na conduta a tomar. Considerando que a maior parte da bibliografia e evidência encontrada provém de investigações internacionais, foi estabelecido o contato com um perito internacional nesta área, mediado pela Enfermeira Chefe da UCIN, que se disponibilizou a apoiar a continuidade deste projeto e a sua disseminação na prática clínica, como por exemplo a elaboração de orientações, normas e protocolos de atuação baseados na melhor evidência científica disponível (Apêndice XIII.). Como resultado de todas as atividades realizadas, foi

elaborada uma Carta de Recomendações e Boas Práticas em Cuidados à Pele do RN na UCIN, baseadas na evidência, que compila os resultados oriundos de estudos científicos, orientações nacionais e internacionais, e relatórios de organizações/painéis/comitês de peritos (Apêndice XIV.). Foram assim reunidas informações que nos pareceram ser representativas dos aspetos mais significativos e relevantes para a prática de enfermagem nesta temática particular. Desta forma, procedeu-se ao aprofundamento de conhecimentos e competências especializadas na prestação de cuidados ao RN e família, relacionadas com o cuidado específico à pele neonatal, enquadrada na competência especializada *Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade* e especificada pela mobilização de recursos e provisão de *cuidados de enfermagem ao RN promotores da majoração dos ganhos em saúde e suportados na evidência* (DR, 2011b).

3.4 AVALIAÇÃO DA CONDIÇÃO DA PELE DO RN – *NEONATAL SKIN CONDITION SCORE*

A consecução do presente relatório visou promover a integridade cutânea do RN durante a sua hospitalização na UCIN, com foco particular na observação e avaliação da condição da pele, através da identificação de um instrumento de observação/avaliação pertinente, fiável e adequado às características da população neonatal e ao contexto da UCIN e da sua validação para os recém-nascidos portugueses, capaz de elevar a qualidade dos cuidados de enfermagem. Deste modo, o estágio concretizado na UCIN 2 (o meu local de trabalho) focou-se não só no aprofundamento do conhecimento do objeto de estudo – o cuidado da pele do RN na UCIN - como permitiu o desenvolvimento de um projeto de investigação para a validação de uma Escala de Avaliação da Condição da Pele, previamente identificada. A sua consecução inscreve-se numa das competências comuns do EE constante no domínio da melhoria da qualidade, descrita como *Inicia e participa em projectos institucionais na área da qualidade*, efetuando a disseminação necessária até ao nível operacional (DR, 2011a).

Atualmente estão validadas e homologadas pela DGS duas escalas de avaliação do risco de lesão por pressão em Neonatologia, a *Neonatal Skin Risk Assessment Scale* (NSRAS) aplicada à população neonatal dos 0 aos 21 dias (Martins & Curado, 2017) e a Braden Q, direcionada a crianças com idade entre os 21 dias de vida e os 18 anos (DGS, 2011). Contudo, face às especificidades e características da população neonatal hospitalizada na UCIN, a utilização de instrumentos preditivos do risco e de observação da pele do RN associados à

correta e sistemática avaliação da sua condição, constitui em si uma estratégia promotora da integridade cutânea capaz de proporcionar objetividade aos planos de cuidados, otimizar o recurso a medidas preventivas e mensurar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Atualmente, a avaliação da pele do RN na prática diária de cuidados resume-se a elementos descritivos, carregados de subjetividade e dependentes do profissional que a efetua, dos seus conhecimentos e experiência profissional, podendo conduzir a discrepâncias importantes (Martins & Curado, 2017). A utilização de instrumentos de medida, baseados em resultados de investigação fiáveis, deve ser implementada na prática diária de cuidados de forma a associar à observação geral do RN uma observação mais sistematizada e padronizada.

Foi projetado o mapeamento da evidência científica das escalas através de um Protocolo de Revisão *Scoping*, elaborado ao longo do segundo semestre deste Curso de Mestrado em Enfermagem (CME) e apresentado em forma de Poster (Apêndice XV.) no III Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa, Cuidar para o Neurodesenvolvimento na Vulnerabilidade, nos dias 10 e 11 de Novembro de 2017, encontrando-se ainda em desenvolvimento para posterior publicação. Obteve o primeiro lugar nesta categoria (Anexo II.) o que permite reconhecer a importância desta problemática entre os enfermeiros que diariamente trabalham com esta população vulnerável. Este permitiu identificar, na primeira fase da estratégia de pesquisa, a escala NSCS que cumpre os pressupostos de avaliação da pele da população neonatal, sendo o instrumento de avaliação elaborado, utilizado e recomendado pela AWHONN e pela *National Association of Neonatal Nurses* (NANN). Foi comprovada a sua validade e fiabilidade através de um estudo realizado por Lund e Osborne em 2004. Foram contactados os autores e representantes legais da escala NSCS, tendo sido dado a conhecer o projeto e efetuado o pedido de permissão para o estudo de validação utilizando a versão portuguesa da NSCS (Apêndice XVI.), também da sua autoria. A AWHONN, sendo a detentora dos direitos de autor da NSCS, autorizou a realização do estudo (Anexo III.) e prontificou-se a ser fonte de apoio e suporte sempre que necessário. Foi ainda contactada a Sociedade Portuguesa de Feridas (ELCOS), entidade experiente na validação clínica e estatística de escalas e instrumentos de avaliação, que apoiará todo o processo de validação, bem como emitiu um parecer acerca da tradução portuguesa da NSCS (Anexo IV.). Posteriormente, foi efetuado o pedido de autorização à Comissão de Ética para a Saúde (CES) do Centro Hospitalar, para a realização do estudo (Apêndice XVII.), dando-se início à colheita de dados após parecer favorável da Comissão de Ética.

3.4.1 A Escala - *Neonatal Skin Condition Score*

Em 1997 a AWHONN e a NANN iniciaram um projeto de pesquisa nos Estados Unidos da América (EUA) denominado *Neonatal Skin Care Research-Based Practice Project*, durante o qual foi elaborada e validada a *NSCS* (Versão Portuguesa em Anexo V.). Trata-se de um instrumento de avaliação da condição da pele em RN, desde prematuros com muito baixo peso ao nascer até RN de termo saudáveis. A escala apresenta três indicadores (itens), a secura, o eritema e a ruptura da pele, com uma escala de medida ordinal com 3 pontos (Lund et al., 2001). A sua validação foi realizada através de um estudo em 27 hospitais, onde foram avaliados 1006 RN. A *NSCS* é confiável quando usada por um único ou por múltiplos avaliadores, para avaliar a condição da pele em todos os grupos de diferentes etnias e peso corporal. Este sistema de classificação pode ser integrado em protocolos de cuidados à pele, para identificar RN com secura excessiva, eritema que seja potencialmente relacionado a infecções ou irritações e ruptura da pele (Lund & Osborne, 2004). Os autores referem que a eficácia da *NSCS* foi demonstrada por confirmação da relação da condição da pele com pontuações de PN, número de observações e prevalência da infecção. Um dos achados do estudo de validação da *NSCS* foi que os RN de mais baixo peso eram seis vezes mais suscetíveis de desenvolver eritema e tinham aproximadamente duas vezes mais probabilidade de sofrer lesões graves na pele. A relação dos scores com parâmetros clínicos revelou que quanto maior o score de condição da pele, maior a probabilidade de o RN ter extremo baixo peso (<1.000 gramas), uma hospitalização mais prolongada e desenvolver uma infecção. A *NSCS* descreve ainda, a condição global da pele dos RN permitindo uma avaliação consistente da pele e a identificação daqueles que necessitam de intervenção (Lund & Osborne, 2004).

3.4.2 Metodologia e Resultados Preliminares da Colheita de Dados

O estudo de investigação iniciado é do tipo observacional, de abordagem quantitativa (estudo metodológico), e natureza prospetiva, objetivando a validação clínica e estatística, e a avaliação da fiabilidade do instrumento de observação/avaliação da condição da pele neonatal *NSCS*. Avaliar a fiabilidade é um procedimento essencial quando recorremos a um instrumento de medição de vários itens, permitindo a reprodutibilidade dos resultados obtidos (Daniel, Silva, & Ferreira, 2015). Os participantes incluídos foram todos os RN até aos 28 dias de vida (período neonatal), recém-admitidos, sendo o único critério de exclusão aqueles

que apresentavam doenças dermatológicas congénitas, constituindo-se assim uma amostra não aleatória de conveniência. A aplicação do instrumento em campo foi levada a cabo por 5 enfermeiros, a quem foi realizada uma formação individual prévia acerca da escala e das suas especificidades, do processo de colheita de dados e de exemplos e orientações para a aplicação da mesma (Apêndice XVIII.). A colheita de dados ocorreu no período entre 8 de janeiro e 11 de março de 2018, após a emissão do parecer favorável do CES (Anexo VI.) e do consentimento dos tutores legais dos RN, formalizado num documento de consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice XIX.). Consistiu na aplicação da versão portuguesa da NSCS aos RN incluídos, cuja amostra mínima de observações era 60, tendo por base o princípio da garantia da variabilidade (Curado, Teles, & Marôco, 2014) em que o número de observações por item deve ser entre 10 e 15. De forma a reproduzir o estudo original (Lund & Osborne, 2004), para avaliar a fiabilidade, serão analisadas duas avaliações consecutivas da NSCS em novos RN admitidos, durante o período máximo de 8 semanas (ou inferior quando a hospitalização for menor), sendo efetuadas por dois observadores em simultâneo para calcular a confiabilidade intra-avaliador e inter-avaliador. Para avaliação da validade serão utilizadas as variáveis independentes: PN em gramas; a IG; o número de observações da pontuação da pele para cada RN; e a prevalência de infeção, definida como uma hemocultura positiva. A análise dos dados será feita com recurso ao software IBM® SPSS® Statistics (v. 23, SPSS, An IBM Company, Chicago, IL). A colheita de dados consistiu na aplicação da NSCS duas vezes por semana, com intervalo preferencial de 3 dias entre observações, tendo sido aplicada por 2 observadores em simultâneo. Foram efetuadas 116 observações de RN com uma IG que oscilou entre 25s+3d e 40s+6d. O PN variou entre um valor mínimo de 712g e um valor máximo de 3495g, com uma média de \cong 1981g. Houve 4 RN com prevalência de infeção.

O presente projeto de investigação encontra-se integrado na Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (UI&DE) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) na área *Inovar e Desenvolver as Práticas*, que apoiará todo o processo de validação da NSCS (Anexo VII.). A sua divulgação tem sido levada a cabo a nível nacional, através de comunicação em mesa redonda por convite (Apêndice XX.) na 4ª Edição das Jornadas de Feridas AEESEL, entre 6 e 8 de abril de 2018 no Auditório da ESEL, e internacional por meio de apresentação de um Poster (Apêndice XXI.) no *1st Annual Congress for Trauma-informed, Neuroprotective Care, The Science and Soul* que ocorreu em Bruges, Bélgica, entre 8 e 10 de Fevereiro de 2018.

4. CONCLUSÃO

Cuidar o RN de risco na UCIN remete para uma visão holística do cuidar, exigindo do enfermeiro a interiorização permanente da singularidade do binómio RN-Família, no atendimento das suas necessidades. A consciencialização crescente do impacto de uma hospitalização na UCIN no crescimento e desenvolvimento dos RN, a par com os constrangimentos relacionados com a situação de saúde e as características desenvolvimentais desta população particular, têm incentivado a construção de modelos que pretendem orientar a atuação dos profissionais de saúde na prestação de cuidados individualizados e promotores do desenvolvimento. Em consonância com estes, emerge o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, que ao permitir uma maior compreensão do RN e família em interação permanente com o ambiente, proporciona uma visão global do cuidar em enfermagem na UCIN, revelando as suas características singulares enquanto contexto de cuidados complexo, aliado às vulnerabilidades do RN e família, considerando todas as variáveis que afetam o sistema deste binómio durante a hospitalização. Os cuidados de enfermagem na UCIN, responsáveis e competentes, atendem sempre à individualidade do RN e família, respeitando os seus valores, desejos e expectativas. A intervenção do enfermeiro deve ser orientada no sentido de proteger/diminuir a vulnerabilidade que decorre da condição humana, bem como salvaguardar a sua dignidade em situações de particular fragilidade e vulnerabilidade acrescida. O EEESCJ incorpora na sua prática o modelo conceptual centrado na criança e na família, atuando com estas numa ótica de parceria, colaboração, *empowerment*, capacitação e partilha do poder de decisão, mesmo num contexto tão adverso e complexo com a UCIN. De uma forma articulada o EEESCJ cuida do RN e família em situações de especial complexidade, reconhece situações de instabilidade, prestando cuidados de enfermagem apropriados e, em simultâneo, promove a vinculação e a parentalidade, reconhecendo que ambas as realidades são indissociáveis e revelam o cuidado de enfermagem de alto nível na excelência e qualidade (DR, 2011a).

A maior parte das lesões da pele que ocorrem nas UCIN devem-se à imaturidade e vulnerabilidade da pele neonatal, contribuindo igualmente os diversos procedimentos diagnósticos e terapêuticos iatrogénicos a que esta população é sujeita (Meszes et al., 2017). Até que o conhecimento sobre os mecanismos que contribuem para a maturação da pele melhorem, os cuidados devem garantir a compensação da função insuficiente do estrato córneo imaturo do neonato (Jurica et al., 2016). Nesta linha de pensamento, e sob a visão

holística do cuidar em Enfermagem Pediátrica, o cuidado à pele do RN na UCIN é sustentado pelos seus pilares fundamentais, CCF, não traumáticos e promotores do desenvolvimento, aliado a práticas baseadas na evidência científica. Assim, o cuidado protetor da pele e promotor da sua integridade na UCIN engloba o alívio e prevenção da dor e lesão corporal durante procedimentos dolorosos, ou em qualquer outra prática de cuidados. Do ponto de vista da promoção do neurodesenvolvimento, e considerando o estágio precoce de vida dos neonatos, a intervenção de enfermagem deve ser centrada e conduzida através da comunicação cinésica do RN. Os CCF relembram a importância e necessidade de capacitar os cuidadores preferenciais neste domínio particular para atingir um cuidado à pele pleno. A procura permanente da melhor evidência disponível permite sustentar a prática de enfermagem, enquanto se proporcionam cuidados da melhor qualidade e segurança comprovadas a uma população particularmente vulnerável e altamente suscetível a traumas físicos, neurobiológicos e psicoemocionais, bem como à sua família.

Relembrando que a atuação especializada do EEESCJ vai além do domínio da enfermagem neonatal e do contexto da UCIN, e considerando o largo espectro da idade pediátrica e a variedade de situações vivenciadas pela criança, jovem e família abordadas ao longo do presente relatório, o seu foco é a promoção do mais elevado estado de saúde e bem-estar possível, traduzindo a sua intervenção um nível avançado de segurança, competência e satisfação (DR, 2011a). O EEESCJ fará a diferença nas situações mais complexas do dia-a-dia, particularmente nas situações de risco de vida, de atraso no desenvolvimento em todas as suas dimensões e em reajustamentos e readaptações a novas condições de saúde.

Os projetos futuros incluem dar continuidade aos projetos atualmente em curso, como o término da Revisão *Scoping* integrada num grupo de investigação da UI&DE e a sua publicação num artigo científico. Perspetiva-se concluir a validação clínica e estatística da *NSCS*, e para além da sua publicação num artigo científico, fazer a sua apresentação na OE e na DGS com o intuito de integrar a escala nos registos de enfermagem (B-Simple e SClínico). O objetivo destes projetos é disseminar os seus resultados na prática clínica, aspirando o reconhecimento da sua importância nos cuidados aos RN na UCIN e na investigação em Enfermagem. Na prática de cuidados diária é pretensão criar um Grupo de Trabalho Multidisciplinar neste domínio específico dos Cuidados à Pele do RN, que extrapole a atuação isolada dos enfermeiros e incida numa verdadeira parceria de cuidados multidisciplinar, bem como elaborar Protocolos e Normas de Atuação, articulando e recolhendo subsídios dos peritos nacionais e internacionais contactados, e usando a melhor evidência científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva. *Revista Referência*, 6, pp. 53-59.
- Allwood, M. (2011). Skin care guidelines for infants aged 23-30 weeks' gestation: a review of the literature. *Neonatal, Paediatric & Child Health Nursing*, 14(1). pp. 20-27.
- Allygood, M. (2017). *Nursing Theorists and Their Work*. Ninth Edition. St. Louis, Missouri: Elsevier Health Sciences
- Almeida, M. (2008). A expressão da sexualidade das pessoas com Síndrome de Down. *Revista Iberoamericana de Educación*, 46/7. ISSN: 1681-5653
- Almeida, L. (2011). Comunicação Cinésica do Recém-Nascido sob Influência do Manuseio e Ruídos em uma Unidade Neonatal. Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Fortaleza.
- American Academy of Pediatrics, (AAP), (2012). Patient- and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role. *Pediatrics*, 129(2), pp. 394-404
- Als, H. (1982). Toward a synactive theory of development: Promise for the assessment of infant individuality. *Infant Mental Health Journal*, 3, pp. 229-243
- Als, H. (2017). Cuidados de desenvolvimento individualizados para bebês prematuros *In* Tremblay, R., Boivin, M., & Peters, R. Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância. Disponível em: <http://www.encyclopedia-crianca.com/prematuridade/segundo-especialistas/cuidados-de-desenvolvimento-individualizados-para-bebes>.
- Altimier, L., & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 13(1), 9-22. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>.
- Amorim, M., Alves, E., Barros, H., & Silva, S. (2016). Necessidades e papéis parentais em cuidados intensivos neonatais: revisão dos guias portugueses. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(8), pp. 2583-2594. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/1413-8123-csc-21-08-2583.pdf>
- Anand, K., & Scalzo, F. (2000). Can adverse neonatal experiences alter brain development and subsequent behavior? *Biology of the neonate*, 77(2), pp. 69-82.

- Andrade, C., Maracajá, P., Melo, W., Andrade, E., Oliveira, T., Ribeiro, S., Silva, S., & Silva, E. (2016). Atuação do enfermeiro nos serviços de urgência e emergência em pediatria. *INTESA – Informativo Técnico do Semiárido* 10(1), pp. 18-27
- Askin, D., & Wilson, D. (2014). Recém-Nascido de Alto Risco e Família in Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente (M. J. G. Paixão, Trad.) (9ª ed.) (vol 1). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's – Nursing Care of Infants and Children, 9th, 2011, New York: Elsevier).
- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN), (2013). Neonatal Skin Care. Evidence based clinical practice guideline (3rd ed.). Johnson & Johnson Consumer Companies: Washington
- Azevedo, A. (2017). Atualização sobre Inclusão de Crianças e Adolescentes com Deficiência. Manual de Orientação. Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Adolescência, 3
- Barbosa, A. (2011). Atuação dos Enfermeiros no Acolhimento à Criança no Serviço de Emergência de um Hospital Universitário. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Trabalho apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de enfermeiro
- Barbosa, M. (2003). O Livro. Instrumento de Comunicação em Crianças com Necessidades Educativas Especiais. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e da Educação da Criança, na especialidade de Intervenção Precoce. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade do Porto.
- Barbosa, M., Balieiro, M., & Pettengill, M. (2012). Cuidado Centrado na Família no Contexto da Criança com Deficiência e sua Família: uma Análise Reflexiva. *Texto Contexto Enfermagem*, 21(1), pp. 194-199.
- Bastos, O., & Deslandes, S. (2005). Sexualidade e o adolescente com deficiência mental: uma revisão bibliográfica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(2), p. 389- 397.
- Bastos, O., & Deslandes, S. (2012). Sexualidade e deficiência intelectual: narrativas de pais de adolescentes. *Revista de Saúde Coletiva*, 22(3), pp. 1031-1046
- Batalha, L., Santos, L.A. & Guimarães, H. (2007). Dor em cuidados intensivos neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 38(4), 144-151.
- Belinha, F. (2015). Características que suscitam suspeita de maus-tratos em crianças e jovens em observação no serviço de urgência do Hospital Pediátrico de Coimbra. Trabalho final de mestrado integrado em Medicina, apresentado à Faculdade de Medicina da

Universidade de Coimbra. Disponível em:
<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/30461/1/TeseFI%c3%a1viaBelinhaFinal%5b1%5d%281%29.pdf>

- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto.
- Blackburn, S. (1998). Environmental Impact of the NICU on Developmental Outcomes. *Journal of Pediatric Nursing*, 13(5), pp. 279-289.
- Blume-Peytavi, U., Hauser, M., Stamatias, G., Pathirana, D., & Bartels, N. (2012). Skin Care Practices for Newborns and Infants: Review of the Clinical Evidence for Best Practices. *Pediatric Dermatology* 29(1), pp. 1–14
- Boon, A. (2012). Excellence through Patient and family Centred Care. Literature Review. Bay of Plenty. District Health Board. Hauora a toi. Health Quality and Safety Commission, New Zealand.
- Botelho, M. (2016). A importância primordial da narrativa na enfermagem. In Rebelo, T., Ferraz, I., Guedes, M., Quaresma, G., Garcia, E., Fernandes, O., Carneiro, G., (2016). Quando o silêncio de faz fala. A escuta na aprendizagem do cuidado de Enfermagem. Loures: Lusodidacta
- Bouza, H. (2009). The impact of pain in the immature brain. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 22(9), pp. 722-732
- Branquinho, J. (2013). Cuidados Paliativos Neonatais em Portugal: Construção de Consenso entre Neonatologistas recorrendo à metodologia Delphi. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Doutor em Bioética. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Bioética.
- Bringué Espuny, X., Soria, X., Solé, E., Garcia, J., Marco, J., Ortega, J., Ortiz, M., & Pueyo, A. (2010). Chlorhexidine-methanol burns in two extreme preterm newborns. *Pediatric Dermatology*, 27(6). pp. 676-678
- Browne, J., & Talmi, A. (2005). Family-based intervention to enhance infant-parent relationships in the neonatal intensive care unit. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(8), pp. 667-677.
- Cabete, D. (2008). Perspectivas de Formação Avançada em Enfermagem: um olhar para o panorama internacional. *Pensar Enfermagem*, 12(1), pp. 48-52.
- Canadian Nurses Association (2008). Advanced Nursing Practice – A National Framework. Canada: Canadian Nurses Association

- Carvalho, V., Markus, J., Abagge, K., Giraldo, S., & Campos, T. (2015). Consenso de cuidado com a pele do Recém-nascido. Sociedade Brasileira de Pediatria
- Center for Pediatric Traumatic Stress (2015). What Providers Need to Know. Disponível em: <https://www.healthcaretoolbox.org/what-providers-need-to-know.html>
- Charepe, Z., Figueiredo, M., Vieira, M., & Neto, L. (2011). (Re) Descoberta de esperança na família da criança com doença crônica através do genograma e ecomapa. *Texto Contexto Enfermagem*, 20(2), pp. 349-358.
- Collière, M. (1999). Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Corrêa, A., Andrade, A., Manzo, B., Couto, D. & Duarte, E. (2015). As práticas do Cuidado Centrado na Família na perspectiva do enfermeiro da Unidade Neonatal. *Escola Anna Nery*, 19(4), 629-634.
- Costa, R., & Cordeiro, R. (2014). Métodos Não Farmacológicos para o Alívio do Desconforto e da Dor no Recém-Nascido: uma Construção Coletiva da Enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 23(1), pp. 185-92
- Coughlin, M. (2014). Transformative Nursing in the NICU. Trauma-Informed Age-Appropriate Care. New York: Springer Publishing Company
- Craig, J., Glick, C., Phillips, R., Hall, S., Smith, J., & Browne, J. (2015). Recommendations for involving the family in developmental care of the NICU baby. *Journal of Perinatology*, 35 pp. S5–S8.
- Csoma, Z., Meszes, A., Abraham, R., Kemeny, L., Talosi, G., & Doro, P. (2016). Iatrogenic Skin Disorders and Related Factors in Newborns Infants. *Pediatric Dermatology*, 33(5). pp. 543–548
- Curado, A., Teles, J., & Marôco, J. (2014). Análise de variáveis não diretamente observáveis: influência na tomada de decisão durante o processo de investigação. *Rev Esc Enferm USP*, 48(1), p. 149-56
- D'Agata, A. L. (2015). Infant Exposure To Potentially Traumatic Events In The Neonatal Intensive Care Unit. Doctoral Dissertations. 1007. Disponível em: <http://digitalcommons.uconn.edu/dissertations/1007>
- Daniel, F., Silva, A., & Ferreira, P. (2015). Contributo para a Discussão da Avaliação da Fiabilidade de um Instrumento de Medição. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*, 7

- Darmstadt, G., Ahmed, S., Ahmed, N., & Saha, S. (2014). Mechanism for Prevention of Infection in Preterm Neonates by Topical Emollients. A Randomized, Controlled Clinical Trial. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 33(11), pp. 1124-1127
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). *Diário da República I Série-A*, N.º 205 (04-09-1996), pp. 2959-2962.
- Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro (2009b). Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). *Diário da República*, 1.ª série, N.º 193 (06-10-2009), pp. 7298-7301
- Diaz, Z., Fernandes, S., & Correia, S. (2014). Dificuldades dos pais com bebés internados numa Unidade de Neonatologia. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (3), pp. 85-93. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn3/serIVn3a10.pdf>
- Direcção-Geral da Saúde (2004). *Avaliação do Programa Nacional de Vacinação – 2º Inquérito Serológico Nacional – Portugal Continental 2001-2002*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde
- Direcção Geral de Saúde (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Orientação N.º: 014/2010
- Direcção Geral de Saúde (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Orientação N.º: 17/2011
- Direcção-Geral de Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Orientação N.º: 010/2013
- Direcção-Geral de Saúde (2012a). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Orientação N.º: 022/2012
- Direcção Geral de Saúde (2012b). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Orientação N.º: 024/2012
- Duarte, E., Sena, R., Dittz, E., Tavares, T., Lopes, A. & Silva, P. (2012). A família no cuidado do recém-nascido hospitalizado: possibilidades e desafios para a construção da integralidade. *Texto e Contexto – Enfermagem*, 21(4), pp. 870-878. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/18.pdf>.
- Dyer, J. (2013). Newborn skin care. *Seminars in Perinatology*, 37(1), pp. 3-7
- Eichenfield, L., & Hardaway, C. (1999). Neonatal dermatology. *Current Opinion in Pediatrics*, 11(5), pp. 471-474

- European Centre for Disease Prevention and Control, (2016). *Let's talk about hesitancy*. Stockholm: ECDC. (Autores: Apfel, F., Cecconi, S., Oprandi, N., Larson, H. & Karafillakis, E.) Disponível em: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/lets-talk-about-hesitancy-vaccination-guide.pdf>.
- European Centre for Disease Prevention and Control (2012). *Let's talk about protection*. Stockholm: ECDC Disponível em: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/lets-talk-about-protection-vaccination-guide.pdf>
- Faria, T. (2015). Incidência de lesões de pele em neonatos internados na unidade de terapia intensiva neonatal. Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem.
- Farias, L., Cardoso, M., Oliveira, M., Melo, G., & Almeida, L. (2010). Comunicação Proxêmica entre a Equipe de Enfermagem e o Recém-Nascido na Unidade Neonatal. *Revista Rene*, 11(2), pp. 37-43. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/4515/3407>
- Fernandes, J., Oliveira, Z., & Machado, M. (2011). Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *Anais Brasileiros de Dermatologia* 86(1). pp. 102-110
- Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral (FAPPC), Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP), & Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE) (2010). Paralisia Cerebral aos 5 Anos de Idade em Portugal. Crianças com Paralisia Cerebral nascidas em 2001. Disponível em: http://www.spp.pt/UserFiles/file/UVP_SPP_Casos_Estudo_Paralisia_Cerebral/Relatorio_PV_NPC5A_2001_obra_completa.pdf
- Fleury, M., & Fleury, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. *RAC*, Edição Especial, pp. 183-196
- Fonseca, F., Leal, M., Mesquita, R., & Silvério, S. (2015). Paralisia Cerebral e Energia Afetiva: uma Análise através da Musicoterapia. 30ª MOSTRATEC – Mostra Internacional de Ciência e Tecnologia. São Paulo, Colégio Giordano Bruno
- Fontenele, F., & Cardoso, M. (2011). Lesões de pele em recém-nascidos no ambiente hospitalar: tipo, tamanho e área afetada. *Rev Esc Enferm USP*, 45(1), pp.130-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/18.pdf>
- Fontoura, S. (2014). Doença Oncológica Pediátrica: Stress Parental e Vivência Psicossocial dos Pais, na Fase de Remissão. Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de

Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

- Fox, M. (2011). Wound Care in the Neonatal Intensive Care Unit. *Neonatal Network*, 30(5). pp. 291-303.
- Freese, B. (2004). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In Tomey, A., & Alligood, M. (aut). Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem. Loures: Lusociência.
- Freitas, A. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos. 15, pp. 1-38.
- Gabarra, L., & Crepaldi, M. (2011). A comunicação médico - paciente pediátrico - família na perspectiva da criança. *Psicol. Argum.* 29(65), pp. 209-218
- Gaiva, M. & Scochi, C. (2005). A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(4), pp. 444-448.
- Galvão, D., & Pereira, M. (2016). O cuidar em enfermagem no serviço de urgência pediátrica de um Hospital Distrital. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV. Suplemento nº9
- Gardner, S., & Goldson, E. (2011). The neonate and the environment: impact on development in Merenstein, G.D. & Gardner, S.L. - Handbook of neonatal intensive care 7th ed. St. Louis: Mosby Elsevier.
- Gibbins, S., Hoath, S., Coughlin, M., Gibbins, A., & Franck, L. (2008). The Universe of Developmental Care. A New Conceptual Model for Application in the Neonatal Intensive Care Unit. *Advances in Neonatal Care*, 8(3), pp. 141-147.
- Gjengedal, E., Ekra, E., Hol, H., Kjelsvik, M., Lykkeslet, E., Michaelsen, R., Orøy, A., Skrondal, T., Sundal, H., Vatne, S. & Wogn-Henriksen, K. (2013). Vulnerability in health care – reflections on encounters in every day practice. *Blackwell Publishing Ltd Nursing Philosophy*, 14, pp. 127–138
- Glauser, D., Rügger, C., Natalucci, G., & Arlettaz, R. (2016). Anetoderma of prematurity. Swiss Society of Neonatology
- Grupo Português de Triagem (2015). Sistema de Triagem de Manchester. Grupo Português de Triagem. Disponível em:
http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4:sistema-de-triagem-de-manchester&catid=12&Itemid=110
- Harpin, V., & Rutter, N. (1983). Barrier properties of the newborn infant's skin. *The Journal of Pediatrics*, 102(3). pp. 419-425

- Hatfield, L., Meyers, M., & Messing, T. (2013). A systematic review of the effects of repeated painful procedures in infants: Is there a potential to mitigate future pain responsivity? *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(8), pp. 99-112
- Hemsley, B., Lee, S., Munro, K., Seedat, N., Bastock, K., & Davidson, B. (2014). Supporting communication for children with cerebral palsy in hospital: Views of community and hospital staff. *Developmental Neurorehabilitation*, 17(3), pp. 156–166
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital. Enquadrar cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hespanhol, A.; Couto, L. & Martins, C. (2008). A Medicina Preventiva. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar* (24)1, pp. 49-64
- Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M. J. G. Paixão, Trad.) (9ª ed.) (vol 1). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's – Nursing Care of Infants and Children, 9th, 2011, New York: Elsevier).
- Howk, C. (2004). Hildegard E. Peplau. *Enfermagem Psicodinâmica*. In Tomey, A., & Alligood, M. *Teóricas de Enfermagem e Sua Obra*. (5ed). Loures: Lusociência. pp. 423-444
- Hunt, K.N. (2011). The NICU: Environmental Effects of the Neonatal Intensive Care Unit on Infants and Caregivers. *Research Papers*. Paper 71.
- Institute for Family Centered Care (2004). *Strategies for Leadership. Patient- and Family-Centered Care. A Hospital Self-Assessment Inventory*. Disponível em: <http://www.familycentredcare.org>
- Instituto de Apoio à Criança (1998). *Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. Disponível em: http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta_crianca_hospitalizada.pdf
- Instituto de Apoio à Criança (2009). *Anotações Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. Disponível em: http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/anotacoes_carta_crianca_hospitalizada_2009.pdf.

- Instituto de Apoio à Criança (2009). Sobre Humanização do Atendimento da Criança nos Serviços de Saúde. Boletim do Centro de Estudos e Documentação sobre a Infância (CEDI) do Instituto de Apoio à Criança, 12
- Johnson, J., Bracken, R., Tamma, P., Aucott, S., Bearer, C., & Milstone, A. (2016). Trends in Chlorhexidine Use in US Neonatal Intensive Care Units: Results From a Follow-Up National Survey. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 37(9). pp. 1116-1118
- Jordão K., Pinto L., Machado L., Costa L., & Trajano E. (2016). Possible stressors in a neonatal intensive care unit. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 28(3), pp. 310-314
- Jorge, A. (2004). Família e Hospitalização da Criança. (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem. Loures: Lusociência
- Jurica, S., Čolić, A., Gverić-Ahmetašević, S., Lončarević, D., Filipović-Grčić, B., Stipanović-Kastelić, J., & Rešić, A. (2016). Skin of the very premature newborn – physiology and care. *Paediatrica Croatica*, 60(1). pp. 21-26
- Kalia, Y. N., Nonato, L. B., Lund, C. H., & Guy, R. H. (1998). Development of skin barrier function in premature infants. *Journal of Investigative Dermatology*, 111, 320–326.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., Major, F. (1994). La Pensée Infirmière. Conceptions et Stratégies. Québec: Maloine
- Klock, P., & Erdmann, A. (2012). Cuidando do recém-nascido em UTIN: convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade. *Rev Esc Enferm*, 46(1), pp. 45-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a06>
- Kuip, D., & Opperbeck, A. (2016). Current Risk Factors for Iatrogenic Pressure Injuries in Neonates - A Literature Review. Bachelor's thesis. School of Health and Social Studies, Degree Programme in Nursing. JAMK University of Applied Sciences
- Kutsch, J., & Ottinger, D. (2014). Neonatal Skin and Chlorohexidine: A Burning Experience. Springer Publishing Company. 33(1)
- Lashkari, H., Chow, P., & Godambe, S. (2012). Aqueous 2% chlorhexidine-induced chemical burns in an extremely premature infant. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*, 97(1), F64
- Lei n.º 106/2009 de 14 de Setembro (2009). Acompanhamento familiar em internamento hospitalar. *Diário da República I Série*, N.º178 (14-09-2009), pp. 6254-6255.
- Loureiro, H. (2004). Eficácia em vacinação: elementos essenciais na prática de Enfermagem. *Referência*. (12), p. 61-72. Disponível em: http://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2057&id_revista=5&id_edicao=9

- Lund, C. (2016). Bathing and Beyond. Current Bathing Controversies for Newborn Infants. *Advances in Neonatal Care*, 16(5S), pp. S13-S20
- Lund, C. H., & Osborne, J. W. (2004). Validity and reliability of the Neonatal Skin Condition Score. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 33, 320–327.
- Lund, C., & Kuller, J. (2014). Integumentary system. In C. Kenner & J. Lott, *Comprehensive Neonatal Nursing* (5th ed., pp. 299-333). New York: Springer Publishing Company
- Macedo, F., & Terrassi, E. (2009). Abordagem multidimensional. Sexualidade de adolescentes portadores de diferentes deficiências. In Días, F. et al. orgs. *Educação inclusiva, deficiência e contexto social: questões contemporâneas*. Salvador: EDUFBA, pp. 203-209
- Magalhães, F., Lima, F., Verganista, I., Barbieri, M., Oliveira, N., Felipe, G., Veras, J., & Ximenes, L. (2016). Sistema De Triagem Numa Unidade de Urgência Pediátrica Portuguesa: Experiência Em Mobilidade-Acadêmica Internacional Brasil-Portugal. *Investigação Qualitativa em Ciências Sociais. Atas CIAIQ* (3). 5º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa. 534-543
- Mancini, A. (2004). Skin. *Pediatrics*, 113(4). pp. 1114-1119.
http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/113/Supplement_3/1114.full.pdf
- Mannan K., Chow P., Lissauer T., & Godambe S. (2007). Mistaken identity of skin cleansing solution leading to extensive chemical burns in an extremely preterm infant. *Acta Paediatrica*, 96(10). pp. 1536-1537
- Marçal, T. (2016). O Cuidado de Enfermagem à Criança: Reflexões e Perspectivas. In Rebelo, T., Ferraz, I., Guedes, M., Quaresma, G., Garcia, E., Fernandes, O., Carneiro, G., (2016) *Quando o silêncio de faz fala. A escuta na aprendizagem do cuidado de Enfermagem*. Loures: Lusodidacta
- Maroney, D.I. (2003). Recognizing the Potential Effect of Stress and Trauma on Premature Infants in the NICU: How are Outcomes Affected?. *Journal of Perinatology*. 23(8), 679-683.
- Marschal J., Mermel L., Fakih M., Hadaway, L., Kallen, A., O'Grady, O., Pettis, A., Rupp, M., Sandora, T., Maragakis, L., & Yokoe, D. (2014). Strategies to prevent central line-associated bloodstream infections in acute care hospitals: 2014 update. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 35(7). pp. 753-771

- Martins, C., & Curado, A. (2017). Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos: validação estatística com recém-nascidos. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV, (13), pp. 43-52
- Martins, C., Fialho, F., Dias, I., Amaral, J., & Freitas, S. (2011). Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: O papel da Enfermagem na construção de uma ambiente terapêutico. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 1(2), pp. 268-276
- Martinez, E., Tocantins, F., & Souza, S. (2013). As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. *Rev Gaúcha Enfermagem*, 34(1), pp. 37-44.
- Maurer, T. (2010). Enfermeiro no acolhimento com Classificação de Risco na emergência pediátrica. Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- McDowell, B. (2011). Using the Neuman Systems Model to Guide Pediatric Nursing Practice. In Neuman, B., & Fawcett, J. *The Neuman Systems Model*. Chapter 15, (5thed). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- McNichol, I., Lund, C., Rosen, T., & Gray, M. (2013). Medical Adhesives and Patient Safety: Consensus Statements for the Assessment, Prevention, and Treatment of Adhesive-Related Skin Injuries. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing*, 40(4).
- Medeiros, L., & Costa, A. (2016). Período puerperal: a importância da visita domiciliar para enfermeiros da Atenção Primária à Saúde. *Revista Rene*, 17(1), pp. 112-9. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/2622/2009>
- Meleis, A.I (2010). *Transitioning Theory – Middle- range and situation- specific theories in nursing research and practice*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Menoita, E. (2015). *Gestão de Feridas Complexas*. Loures: Lusodidacta
- Merrill, L. (2015). Prevention, Treatment and Parent Education for Diaper Dermatitis. *Nursing for Women's Health*, 19(4). pp. 324-337
- Meszes, A., Tálosi, G., Máder, K., Orvos, H., Kemény, L., & Csoma, Z. (2017). Lesions requiring wound management in a central tertiary neonatal intensive care unit. *World Journal of Pediatrics*, 13(2), pp. 165-172.
- Migoto, M., Souza, S., & Rossetto E. (2013). Lesões de pele em bebês internados em uma unidade neonatal: estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing* 12(2), pp. 377-392.
- Miller, J. (2007). Hope: a construct central to nursing. *Nursing Forum*, 42(1), pp. 12-19.

- Nair, M.N.G., Gupta, G. & Jatana, S.K. (2003). NICU Environment: Can we be Ignorant? *Med J Armed Forces India*, 59(2), pp. 93-95.
- Nascimento, L., Salimena, A., Paula, A., Dias, I., Silva, L., Salvador, M., & Souza, P. (2012). Entendimento dos(as) Enfermeiros(as) sobre a Comunicação dos Recém-Nascidos. *Revista Baiana de Enfermagem*, 26(3), pp. 604-611
- National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) (2014). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia
- Nelas, J. (2013). Gestão de Recursos Humanos na Saúde: Contributos para o Dimensionamento de Equipas de Enfermagem em Pediatria. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre. Coimbra
- Neri, I., Ravaioli, G., Faldella, G., Carpretti, M., Arcuri, S., & Patrizi, A. (2017). Chlorhexidine-Induced Chemical Burns in Very Low Birth Weight Infants. *The Journal of Pediatrics*, 191. pp. 262-265
- Neuman, B. (1995). *The Neuman Systems Model*. (3rd ed). USA: Library of Congress
- Neuman, B. (2011). *The Neuman Systems Model*. In Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. Chapter 1, (5^aed). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Neves, F., Moraes, J., Morais, R., Souza, T., Ciuffo, L., & Oliveira, I. (2016). O trabalho da enfermagem em emergência pediátrica na perspectiva dos acompanhantes. *Escola Anna Nery*, 20(3)
- Nikolovski, J., Stamatias, G., Kollias, N., & Wiegand, B. (2008). Barrier function and water-holding and transport properties of infant stratum corneum are different from adult and continue to develop through the first year of life. *Journal of Investigative Dermatology*, 128(7). pp. 1728–1736
- Niwa, M., Matsumoto, Y., Mouri, A., Ozaki, N., & Nabeshima, T. (2011). Vulnerability in early life to changes in the rearing environment plays a crucial role in the aetiopathology of psychiatric disorders, *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 14(4), pp. 459–477. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1461145710001239>

- Ohlin, A., Bjorkman, L., Serenius, F., Schollin, J., & Kallen, K. (2015). Sepsis as a risk factor for neonatal morbidity in extremely preterm infants. *Acta Paediatrica*, 104. pp. 1070–1076.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. Conselho de Enfermagem. Lisboa: Divulgar
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Cadernos OE. Série I, Volume 1, Número 3
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática. Estratégias não farmacológicas no controlo da dor em crianças. Cadernos OE. Série 1, Número 6.
- Oza, S., Lawn, J., Hogan, D., Mathers, C., & Cousens, S. (2015). Neonatal cause-of-death estimates for the early and late neonatal periods for 194 countries: 2000–2013. *Bulletin of the World Health Organization*, 93(1). pp. 19–28. (Pesquisado em 11.01.2018). Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/93/1/14-139790.pdf>
- Pacheco, M. (2012). Projecto de intervenção comunitária. Visitação domiciliária à puérpera e ao recém-nascido do Concelho de Tavira. Trabalho de Projeto de Mestrado de Enfermagem de Saúde Comunitária. Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde de Beja. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/3973/1/PROJECTO%20MESTRADO%20FINAL.pdf>
- Paiva C., & Zaher V. (2012) Violência contra crianças: o atendimento médico e o atendimento pericial. *Saúde, Ética & Justiça*, 17(1). 12-20.
- Paternoster, M., Niola, M., & Graziano, V. (2017). Avoiding Chlorhexidine Burns in Preterm Infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 46(2). pp: 267-271. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0884217516304695#bib21>
- Peplau, H. (1991). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York, USA: Springer Publishing Company.
- Pinheiro, S. (2004). Sexualidade e Deficiência mental: Revisando Pesquisas. *Psicologia Escolar e Educacional*, 8(2), pp. 199-206
- Ponnusamy, V., Venkatesh, V., & Clarke, P. (2014). Skin antisepsis in the neonate. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 27(3). pp. 244-250.

- Ramachandran, S. & Dutta, S. (2013). Early Developmental Care Interventions of Preterm Very Low Birth Weight Infants. *Indian Pediatrics*, 50(8), pp. 765-770.
- Rebelo, T. (1997). Sobre a noção de Prática. *Pensar Enfermagem*, 1(0), pp. 3-4
- Rebelo, T., Ferraz, I., Guedes, M., Quaresma, G., Garcia, E., Fernandes, O., & Carneiro, G., (2016). Quando o silêncio de faz fala. A escuta na aprendizagem do cuidado de Enfermagem. Loures: Lusodidacta
- Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República II Série*, N.º 35 (18-02-2011) 8653-8655.
- Regulamento nº 123/2011 de 18 de Fevereiro (2011b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República II Série*, N.º 35 (18-02-2011) 8653-8655.
- Regulamento nº 351/2015 de 22 de Junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República II Série*, N.º 119 (22-06-2015), pp. 16660-16665.
- Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009 de 30 de Julho (2009a). Aprova a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adoptada em Nova Iorque em 30 de Março de 2007. *Diário da República 1ª Série*, N.º 146 (30-07-2009), pp. 4906-4929
- Reynolds, P., Banerjee, S., & Meek, J. (2005). Alcohol burns in extremely low birthweight infants: still occurring. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 90(1), F10
- Ribeiro, C., Moura, C., Sequeira, C., Barbieri, M. & Erdmann, A. (2015). Perceção de pais e enfermeiros sobre cuidados de Enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV (4). pp. 137-146
- Rolim, K. (2006). Enfermagem humanística: contribuição para o desenvolvimento da enfermeira em unidade neonatal. Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará.
- Rolim, K., Linhares, D., Rabelo, L., Magalhães, F., Gurgel, E., & Caetano, J. (2008). Cuidado com a pele do recém-nascido pré-termo em unidade de terapia intensiva neonatal: conhecimento da enfermeira. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 9(4), pp. 107-115

- Rutter N. (2000). The Dermis. *Seminars in Neonatology*, 5(4). pp. 297-302
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de doença e hospitalização *in* Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente (M. J. G. Paixão, Trad.) (9ª ed.) (vol 1). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's – Nursing Care of Infants and Children, 9th, 2011, New York: Elsevier).
- Santo, F., Ribeiro, V., Silva, L., & Pinheiro, F. (2014). A Comunicação Não Verbal do Recém-Nascido e o Cuidado de Enfermagem em UTI Neonatal. 66º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Belém, Pará. Disponível em:
<http://www.abeneventos.com.br/66cben/anais/trabalhos/trabalho0029.pdf>
- Santos, P. (2016). *A literacia em saúde como chave de uma Medicina Preventiva*. In Fórum Saúde Século XXI (*site online*). Disponível em: <http://forumsaudexxi.pt/a-literacia-em-saude-como-chave-de-uma-medicina-preventiva/>
- Santos, S. & Costa, R. (2015). Prevenção de lesões de pele em recém-nascidos: o conhecimento da equipe de enfermagem. *Texto e Contexto – Enfermagem*, 24(3), pp. 731-739 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00731.pdf
- Santos, S., & Costa, R. (2014). Tratamento de lesões de pele em recém-nascidos: conhecendo as necessidades da equipe de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 48(6). pp: 985-992.
- Sardesai, S., Kornacka, M., Walas, W., & Ramanathan, R. (2011). Iatrogenic skin injury in the neonatal intensive care unit. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 24(2). pp: 197-203.
- Sathiyamurthy S., Banerjee J., & Godambe S. (2016). Antiseptic use in the neonatal intensive care unit - a dilemma in clinical practice: An evidence based review. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 5(2), p. 159-171. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4857229/pdf/WJCP-5-159.pdf>
- Schardosim, J., Ruschel, L., Motta, G., & Cunha, M. (2014). Adaptação transcultural e validação clínica da Neonatal Skin Condition Score para o português do Brasil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22(5), pp. 834-841. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/pt_0104-1169-rlae-22-05-00834.pdf
- Sellier, E., Platt, M., Andersen, G., Krägeloh-Mann, I., De La Cruz, J., & Cans, C. (2016). Decreasing prevalence in cerebral palsy: a multi-site European population-based study, 1980 to 2003. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 58(1), pp. 85-92

- Serrano, M., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, (3), pp. 15-23. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn3/serIIIIn3a02.pdf>
- Silva, A. (2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Revista Servir*, 55, pp. 11-20.
- Silva, S., Pires, A., Gonçalves, M., & Moura, M. (2002). Cancro Infantil e Comportamento Parental. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(1), pp. 43-60
- Soares, A., Rocha, S., Araújo Filho, A., Costa, R., Gouveia, M., & Lima, P. (2017). Nursing Care with the Skin of Hospitalized Newborns: Integrative Review. *International Archives of Medicine*, 10(189).
- Statmatas, G., Nickolovski, J., Mack, M., & Kollias, N. (2011). Infant skin physiology and development during the first years of life: A review of recente findings based on vivo studies. *International Journal of Cosmetic Science*, 33, pp. 17-24
- Subtil, C. & Vieira, M. (2011). Os primórdios da organização do Programa Nacional de Vacinação em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série (4) pp.167-174. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18522/3/serIIIIn4a18.pdf>
- Suhonen, R., Välimäki, M. & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17, pp. 843-860
- Sweeney, J., & Blackburn, S. (2013). Neonatal Physiological and Behavioral Stress During Neurological Assessment. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, (27)3, pp. 242-252.
- Tamma, P., Aucott, S., & Milestone, A. (2010). Chlorhexidine use in neonatal intensive care unit: Results from a national survey. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 31(8). pp. 846-849
- Telofski, L., Morello, A., Correa, M., & Stamatias, G. (2012). The Infant Skin Barrier: Can We Preserve, Protect, and Enhance the Barrier? *Dermatology Research and Practice*, 2012
- UNICEF, Fundo das Nações Unidas para a Infância (1989). Convenção sobre os Direitos da Criança. Disponível em: https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- UNICEF, Fundo das Nações Unidas para a Infância (2013). Situação Mundial da Infância 2013, Crianças com Deficiência. Resumo Executivo. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/PT_SOWC2013ResumoExecutivo.pdf

- Visscher, M., Adam, R., Brink, S., & Odio, M. (2015). Newborn infant skin: physiology, development, and care. *Clinics in Dermatology*, 33(3). pp. 271-280
- Waldow, V., & Borges, R. (2008). O Processo de Cuidar sob a Perspectiva da Vulnerabilidade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(4).
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência
- World Health Organization, March of Dimes, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health & Save the Children (2012a). *Born Too Soon: The Global action report on pretermBirth*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44864/1/9789241503433_eng.pdf
- World Health Organization (2012b). *Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies*. Cairo: World Health Organization. Disponível em: http://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf.
- World Health Organization & UNICEF (2014). *Every newborn: an action plan to end preventable deaths*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/127938/1/9789241507448_eng.pdf?ua=1
- World Health Organization (2015). *WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. Geneva: World Health Organization. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183037/1/9789241508988_eng.pdf
- Zomignani, A., Zambelli, H. & António, M. (2009). Desenvolvimento cerebral em recém nascidos prematuros. *Rev Paul Pediatr*, 27(2), pp. 198-203.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICES

APÊNDICE I. CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

APÊNDICE II. DOCUMENTO ORIENTADOR DE ESTÁGIO



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

8º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem
de Saúde Infantil e Pediatria

2º Ano 1º Semestre

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Documento Orientador de Estágio

UM OLHAR SOBRE A PELE DO RECÉM-NASCIDO:

*O CUIDADO DE ENFERMAGEM PROMOTOR DA INTEGRIDADE CUTÂNEA EM
NEONATOLOGIA*

Docente Orientador: Prof. Maria Alice Curado

Discente: Eva Madalena Canha Ferreira, nº 7327

Lisboa, ESEL

Setembro de 2017

IDENTIFICAÇÃO DO PROJECTO

Título: Um olhar sobre a pele do recém-nascido: O cuidado de enfermagem promotor da integridade cutânea em neonatologia

Data do início: 26 de Setembro de 2017

Duração: 21 semanas

Palavras-chave: Cuidado de Enfermagem; Estudos de Validação; Pele; Promoção da Integridade Cutânea; Recém-Nascido (RN); Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)

Instituições Envolvidas:

- ✓ Urgência Pediátrica
- ✓ Serviço de Pediatria
- ✓ Centro de Saúde – Unidade de Saúde Familiar (USF)
- ✓ Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (1)
- ✓ Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (2)

NOTA INTRODUTÓRIA

O projeto de estágio supra citado, enquadrado na unidade curricular (UC) Opção II e inserido no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, tem como principal finalidade perspetivar o percurso individual de formação na área clínica, cujo intuito prende-se com o desenvolvimento de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ), com integração das diferentes dimensões do exercício profissional de Enfermagem e das competências próprias da formação do nível de mestrado. Aliado a este objetivo prevê-se que a concretização do projeto, integrado no âmbito da UC Estágio com Relatório, promova o desenvolvimento pessoal e profissional através do aprofundamento de conhecimentos previamente adquiridos, e que contribua ativamente para a melhoria da prática clínica.

Os contextos de estágio foram criteriosamente selecionados com o intuito de fazerem face aos objetivos delineados para o projeto. Pretende-se que permitam uma compreensão do cuidado de enfermagem específico da população pediátrica e da sua família, com vista a apropriação de competências comuns e específicas do EEESCJ, nos vários contextos de atuação. Sendo a temática central – o cuidado à pele promotor da integridade cutânea – transversal a qualquer contexto de cuidados, é esperado que cada local propicie oportunidades de aprendizagem neste domínio.

O desenvolvimento e formação de competências está intimamente relacionado a um sistemático processo de aprendizagens, que decorrem do conhecimento experiencial aliado aos estímulos que advém de situações positivas, tensas e/ou angustiantes, que constituem o seu motor motivacional (Fleury & Fleury, 2001). Deste modo, o presente Projeto está assente em competências previamente adquiridas, através do percurso formativo e profissional percorrido, decorrente do contexto da UCIN. Estas centram-se fundamentalmente na prestação direta de cuidados a RN e famílias que vivem situações de saúde-doença complexas, cujas respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde requerem uma tomada de decisão ética baseada em padrões de conhecimento sólidos, com base científica, e válidos e na experiência clínica no domínio específico da enfermagem neonatal. A prática de enfermagem na UCIN é sustentada nos princípios dos cuidados centrados na família (CCF) com enfoque para a promoção da vinculação, da parentalidade e

da parceria de cuidados. Deste modo, as competências desenvolvidas decorrem desta realidade, tornando-se imperioso alargar o seu domínio, numa lógica integradora de saberes e nas diferentes dimensões e contextos do exercício profissional, englobando outras fases do ciclo de vida da idade pediátrica. Assim, é também ambição deste projeto de estágio desenvolver competências de EEESCJ que permitam o atendimento de crianças/jovens e suas famílias, considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das diferentes etapas da idade pediátrica (Diário da República, 2011b), adequando às especificidades dos vários contextos em que se encontrem e mantendo o enfoque na promoção da integridade cutânea da criança e jovem.

A metodologia de projeto é predominantemente reflexiva e sustentada na investigação, de forma sistemática, controlada e participativa, que visa resolver um problema através de ações práticas (Freitas, 2010). Concomitantemente pretende-se mobilizar e desenvolver competências especializadas que concorram para a compreensão plena e efetiva do cuidado de enfermagem à população pediátrica, concretizado ao longo dos cinco estágios programados. Assim, a metodologia a desenvolver tem uma dupla centralidade, sendo focada em dois objetivos distintos que se cruzam num propósito comum de contribuir para a aquisição de competências comuns e específicas de EEESCJ.

O presente documento constitui um instrumento facilitador para o planeamento do percurso de formação ao longo dos diferentes contextos em que o Projeto decorrerá, permitindo criar um fio condutor que culmine na produção do Relatório Final.

FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA

O presente projeto tem como objeto de estudo o cuidado à pele do RN, hospitalizado na Neonatologia, numa ótica de promoção da sua integridade. O estímulo para a sua realização prendeu-se essencialmente com o gosto pessoal pela temática e pelo facto de pertencer a um grupo de trabalho relacionado com os cuidados à pele do RN, tendo surgido a necessidade, em contexto clínico, de aprofundar o conhecimento neste domínio específico. Esta necessidade emergiu essencialmente da inquietação relacionada com a constatação empírica do aumento da incidência de lesões de pele nos RN hospitalizados na UCIN, fenómeno que embora seja consensual na literatura ter uma casuística multifatorial e iatrogénica (Fontenele & Cardoso, 2011; Csoma, Meszes, Mader, Kemeny, & Talosi, 2015), toma especial relevo para a prática de enfermagem dado que a manutenção da integridade cutânea constitui uma intervenção autónoma do enfermeiro (Diário da República, 1996).

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nos últimos 25 anos a mortalidade infantil diminuiu mais de metade, sendo as condições neonatais representativas de 45% das mortes em crianças menores de 5 anos de idade (World Health Organization (WHO), 2016). Anualmente, nascem 15 milhões de RN prematuramente e 32,4 milhões com peso baixo para a idade gestacional (IG) (WHO & UNICEF, 2014). Dados do Instituto Nacional de Estatística (2016) demonstram que Portugal segue esta tendência, verificando-se que dos nados vivos em 2015, 8,9% apresentaram baixo peso ao nascer (PN) e 8,0% nasceram prematuros. A WHO e UNICEF (2014) realçam que 3 milhões de bebês poderiam ser salvos a cada ano através do investimento em cuidados de saúde de qualidade, contudo verifica-se que mais de um milhão sobrevive com comprometimento neuro-desenvolvimental a longo prazo. O RN de risco é definido como aquele que detém uma probabilidade acima da média de morbilidade e/ou mortalidade, normalmente derivada de condições ou circunstâncias associadas ao nascimento ou à adaptação à vida extrauterina, independente da IG ou PN (Askin & Wilson, 2014).

A UCIN é um contexto de cuidados cujo ambiente se apresenta agressivo, impessoal e de difícil adaptação, decorrente de características particulares como a luminosidade, o ruído, as mudanças de temperatura e a avaliações e procedimentos repetidos que ocorrem tão

frequentemente quanto a gravidade da situação de saúde do RN (Jordão, Pinto, Machado, Costa & Trajano, 2016). Cuidar na UCIN desperta a reflexão sobre o impacto da evolução da investigação e da tecnologia na qualidade da saúde dos RN, para além da comprovada redução da mortalidade infantil, lembrando que existe uma ligação intrínseca entre sobrevivência e saúde (WHO & UNICEF, 2014). Os cuidados de saúde comumente prestados na UCIN podem gerar *stress* fisiológico ou comportamental nos RN a par com os fatores ambientais. Os enfermeiros constituem os principais mediadores do *stress* desempenhando um papel fundamental na monitorização da tolerância infantil durante e após os cuidados e procedimentos (Sweeney & Blackburn, 2013). Baseada neste pressuposto, a intervenção de enfermagem consiste na implementação de ações que resultem num ambiente terapêutico (Martins, Fialho, Dias, Amaral, & Freitas, 2011). Cuidar requer uma atuação abrangente, que envolva o toque, a manipulação, a interação e a comunicação com o RN e família (Rolim, Farias, Marques, Magalhães, Gurgel, & Caetano, 2009).

A pele, enquanto órgão multidimensional e dinâmico, encerra diferentes funções vitais, atuando como interface entre o ambiente interno e externo, sendo capaz de responder às alterações destes (Rolim, Linhares, Rabelo, Gurgel, Magalhães & Caetano, 2008; Menoita, 2015). Entre as funções destacam-se a proteção física, química, metabólica e imunológica de elementos ambientais nocivos, a perceção sensorial (dor, temperatura e toque), a regulação da temperatura corporal, a homeostasia da água e eletrólitos e o armazenamento de gordura (Stamatas, Nikolovski, Mack & Kollias, 2011; Lund & Kuller, 2014; Selores, Machado & Godinho, 2014). A pele encerra ainda um papel fundamental no estabelecimento precoce da relação mãe-bebé (Lund & Kuller, 2014). Os cuidados à pele encerram em si uma interação intencional com a superfície corporal do RN, responsabilizando o enfermeiro a integrar uma abordagem de suporte ao desenvolvimento enquanto produz esse cuidado (Gibbins, Hoath, Coughlin, Gibbins, & Franck, 2008).

Durante o período neonatal, a pele passa por um importante processo de transformação relacionado com a adaptação à vida extra-uterina, condicionado pelas características individuais de cada RN e da sua situação de saúde (Fernandes, Oliveira & Machado, 2011) e influenciado pelas práticas de cuidados do contexto (Santos & Costa, 2015). A pele infantil difere significativamente da do adulto em relação à estrutura, função e composição, encontrando-se funcionalmente ainda em desenvolvimento (Blume-Peytavi, Hauser, Stamatas, Pathirana, & Bartels, 2012). Contudo estas diferenças acentuam-se à medida que diminui a IG, a proteção de barreira da pele está diminuída, aumentando o risco de perda insensível de água, desequilíbrio eletrolítico, instabilidade térmica, maior permeabilidade a

materiais exógenos, lesões, atraso da maturação e infecção (Visscher, Adam, Brink & Odio, 2015). Em RN de risco, a pele tem um risco aumentado de lesões da sua estrutura delicada pelo que os cuidados devem ser focados na sua prevenção (Askin & Wilson, 2014).

PROBLEMÁTICA EMERGENTE

A hospitalização numa UCIN coloca o RN em risco de desenvolver lesão da pele, devido às suas características desenvolvimentais, situação de saúde e aos cuidados/procedimentos a que são submetidos, pelo que estes devem ser focados na prevenção da lesão (Askin & Wilson, 2014; Lund & Kuller, 2014; Santos & Costa, 2015). A ocorrência de situações de perda da integridade cutânea, iatrogénicas, conduz à reflexão no que concerne aos conhecimentos e habilidades da equipa de enfermagem sobre o cuidado da pele no período neonatal (Santos & Costa, 2015). As práticas que causam traumatismo e lesões à pele ou interferem na sua funcionalidade contribuem para taxas de morbilidade e mortalidade significativas nesta população vulnerável (Lund & Kuller, 2014). A recente investigação confirma a ocorrência de lesões da pele na população neonatal hospitalizada (Fontenele & Cardoso, 2011; Migoto, Souza & Rosseto, 2013; Faria, 2015). Verifica-se a necessidade desta população em cuidados especializados à pele, sendo fundamental a elaboração de protocolos por profissionais competentes (Migoto, Souza & Rosseto, 2013), para padronização de condutas (Csoma et al., 2015). Os resultados destas investigações justificam a utilização de instrumentos de avaliação criteriosa, enquanto estratégia preventiva de lesões da pele, através da deteção precoce de alterações que visem a promoção da sua integridade. Estes instrumentos podem ser úteis na identificação de alterações no sistema tegumentar do neonato, permitindo prevenir ou diminuir a ocorrência de lesões e as suas consequências (Faria, 2015). A implementação de diretrizes e recomendações baseadas na evidência clínica comprovada promovem um cuidado à pele neonatal adequado contribuindo para o seu normal desenvolvimento (AWHONN, 2013).

A proteção da pele do neonato e a promoção da sua integridade e da sua função de barreira protetora pode constituir um desafio para os profissionais de saúde. Torna-se essencial proporcionar um cuidado adequado e direcionado às necessidades e especificidades dos RN termo e pré-termo, dando um contributo fundamental ao seu normal desenvolvimento, nomeadamente em contextos tão adversos como a UCIN. A exposição dos RN a desinfetantes e dispositivos médicos (AWHONN, 2013) aliado a práticas de cuidados durante a

hospitalização, oferecem um risco potencial de lesão da pele ou alteração da sua função normal de barreira, destacando-se o trauma do estrato córneo decorrente da quebra epidérmica devido à remoção de adesivos, queimaduras por elétrodos transcutâneos, úlceras por pressão, infecções, estados nutricionais inadequados, extravasamento de líquidos intravenosos e dermatite da fralda (Lund & Kuller, 2014). A AWHONN (2013) emanou algumas recomendações no cuidado à pele neonatal baseadas na melhor evidência científica comprovada, realçando como aspetos essenciais prévios ao cuidado a avaliação da pele neonatal, o conhecimento de situações transitórias e benignas da pele mais comuns do RN, a mobilização de instrumentos de avaliação válidos e confiáveis, a identificação de fatores de risco para a ocorrência de lesões e as suas potenciais causas. A evidência e literatura consultada consideram a escala de avaliação da condição da pele *Neonatal Skin Condition Score* (NSCS) válida e confiável para a população neonatal, podendo ser integrada em protocolos e *guidelines* com o objetivo de identificar crianças com desidratação excessiva, eritema ou irritações e lesão da pele (Tamez, 2013; AWHONN, 2013). Uma avaliação diária e completa da superfície da pele permite revelar o estado da sua integridade em crianças criticamente doentes ou prematuras, e os primeiros sinais de alterações podem antecipar ações de diagnóstico ou tratamento (Lund & Kuller, 2014). O foco central dos cuidados diários à pele é a manutenção da sua integridade para que possa manter a sua função normal de barreira (Tamez, 2013; Lund & Kuller, 2014), essencial à saúde, bemestar e desenvolvimento normal dos RN.

Uma das medidas nucleares neuroproteroras de Altimier & Phillips (2013) refere-se à proteção da pele, recordando que as suas funções têm impacto no neuro-desenvolvimento do RN, e que as características particulares desta população e o ambiente da UCIN podem influenciar a sua funcionalidade. Os objetivos da prática de cuidados prendem-se com a prevenção de lesões e infecções, redução das perdas insensíveis de água, manutenção da temperatura corporal e a proteção da absorção de agentes tópicos (Tamez, 2013).

Os cuidados não traumáticos, pilar fundamental da filosofia dos cuidados pediátricos, compreendem a prevenção de lesões da pele ao longo da hospitalização na UCIN, contribuindo para o conforto e bem-estar dos neonatos e suas famílias. Os cuidados não traumáticos constituem assim todas as intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto da criança/família, tanto físico como psicológico, tendo como principal objetivo não causar dano, através da prevenção ou redução da lesão corporal e da dor (Hockenberry & Wilson, 2014). A prevenção e controlo da dor é um indicador de boa prática de enfermagem, sendo um direito que atinge o seu máximo reduto nas crianças, a quem é imperioso poupar

todo e qualquer sofrimento (Ordem dos Enfermeiros, (OE), 2013). A hospitalização não deve constituir uma experiência traumática ou uma interrupção no desenvolvimento, sendo necessário a mobilização de recursos que minimizem os seus efeitos (Martins et al., 2011). A proteção da pele e a manutenção da sua integridade durante a hospitalização é um dos mais importantes e críticos objetivos da prática de enfermagem (Gardiner et al., 2008). Enquanto intervenção promotora da saúde, enquadra-se na esfera autónoma do enfermeiro, que mobilizando conhecimentos e técnicas próprias da profissão e disciplina de enfermagem, proporciona cuidados diferenciados e personalizados ao RN, com o intuito de promover o mais elevado estado de saúde e bem-estar desta população (Diário da República, 1996, 2015).

A observação da pele, enquanto intervenção autónoma do enfermeiro, é realizada de forma geral, pelo que importa associar uma observação específica utilizando um instrumento de avaliação. Nesta linha de pensamento, o presente projeto tem como finalidade central a promoção da integridade cutânea, com foco na observação e avaliação da condição da pele do RN hospitalizado na UCIN, através da identificação de um instrumento de avaliação de enfermagem e da sua pré-validação para os RN portugueses, capaz de elevar a qualidade dos cuidados de enfermagem ao RN.

OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER

A consecução do presente projeto de estágio encerra grandes e importantes expectativas que incluem na sua essência a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à criança, jovem e família que vivenciam processos de saúde-doença diversos nos mais variados contextos de cuidados, com enfoque na promoção da integridade cutânea visando o aprofundamento e desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista e específicas de EEESCJ. Assim, delinearam-se dois objetivos gerais aos quais foram ancorados alguns objetivos específicos.

- I. Desenvolver competências comuns e específicas de EEESCJ, para uma prestação de cuidados à criança, jovem e família, em situação de saúde e/ou doença, nos vários contextos de saúde e estágio de desenvolvimento em que ela se encontre.
 - a) Analisar as práticas do EEESCJ nas suas diferentes vertentes e contextos de saúde
 - b) Prestar cuidados à criança/jovem e família em parceria, com foco na promoção da saúde, crescimento e desenvolvimento e atendendo ao seu projeto de saúde

- II. Reconhecer a escala de observação/avaliação da pele do RN enquanto estratégia promotora da integridade cutânea ao longo da hospitalização na UCIN
 - a) Adquirir/aprofundar conhecimentos e competências relacionados com a promoção da integridade da pele da criança e jovem nos diversos contextos
 - b) Identificar um instrumento de avaliação do estado da pele do RN
 - c) Definir as estratégias promotoras da integridade cutânea ao longo da hospitalização na UCIN

Procede-se de seguida ao planeamento da experiência de estágio, esboçando e explicitando as atividades a desenvolver que melhor respondem às necessidades de aprendizagem e ao desenvolvimento de competências especializadas de EEESCJ.

SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA (SUP)¹

Instituição de saúde assente na missão da prestação de cuidados diferenciados e de excelência, que disponibiliza um conjunto amplo de serviços e especialidades na área materno-infantil. O SUP funciona 24 horas por dia e presta cuidados médico-cirúrgicos urgentes e emergentes à criança até aos 18 anos em situação de doença aguda, mobilizando o sistema de Triagem de Manchester. É um serviço de saúde que está englobado na Unidade de Pediatria, que reúne condições físicas e humanas para o acolhimento da criança e seu acompanhante, e tem como princípio a prestação de cuidados personalizados.

Dada a sua dinâmica tão singular, pretende-se desenvolver competências na prestação de cuidados à criança, jovem e família, com foco no momento de Triagem, pela multiplicidade de aprendizagens que poderá proporcionar. É ainda objetivo compreender o modo como o enfermeiro observa/avalia a condição da pele das crianças/jovens, e que estratégias mobiliza para manter a sua integridade no curto período de internamento.

O estágio decorrerá no período de 26 de setembro a 13 de outubro de 2017, com uma carga horária semanal prevista de 25 horas.

¹ Fonte de informação: *website* oficial da instituição

OBJETIVO GERAL Desenvolver competências comuns e específicas de EEESCJ, para uma prestação de cuidados à criança, jovem e família, em situação de saúde e/ou doença, nos vários contextos e estágio de desenvolvimento em que ela se encontre.

OBJETIVO 1. Analisar as práticas do EEESCJ nas suas diferentes vertentes e contextos de saúde

Atividades	Descrição de Tarefas/Recursos	Competência/Unidades de Competência	Crítérios de Avaliação
Identificação da intervenção do EEESCJ e a sua área de atuação	<ul style="list-style-type: none"> - Observação da atuação do EEESCJ - Consulta de normas e procedimentos de atuação vigentes - Identificação dos Modelos e Referenciais de Enfermagem presentes 	<p>E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde</p> <p>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.</p>	Síntese reflexiva das aprendizagens adquiridas

OBJETIVO 2. Prestar cuidados à criança/jovem e família em parceria, com foco na promoção da saúde, crescimento e desenvolvimento e atendendo ao seu projeto de saúde.

Atividades	Descrição de Tarefas/Recursos	Competência/Unidades de Competência	Crítérios de Avaliação
Prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família adequados ao seu estágio de desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Observação da atuação do EEESCJ em situação de Triagem e respetivo encaminhamento - Estudo para aprofundar conhecimentos e habilidades relativas à avaliação da criança/jovem em situação de urgência e emergência e atuação perante situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte - Participação na prestação de cuidados à criança, jovem e família - Reconhecimento dos processos de doença mais frequentes através de consulta de registos e entrevista informal com o Orientador do local - Consulta de normas e procedimentos de atuação vigentes 	<p>E2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade</p> <p>E2.1 — Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.</p>	Síntese reflexiva das aprendizagens adquiridas

OBJETIVO GERAL Reconhecer a escala de observação/avaliação da pele do RN enquanto estratégia promotora da integridade cutânea ao longo da hospitalização da UCIN

OBJETIVO 3. Adquirir/aprofundar conhecimentos e competências relacionados com a promoção da integridade da pele da criança e jovem nos diversos contextos

de saúde				
Atividades	Descrição de Tarefas/Recursos		Competência/Unidades de Competência	Critérios de Avaliação
Identificação das estratégias para promover a integridade cutânea da criança e jovem	<ul style="list-style-type: none"> - Observação das práticas relacionadas com os cuidados à pele; - Consulta de normas e procedimentos de atuação vigentes; - Identificação de instrumentos mobilizados para avaliação da pele e respetivos protocolos; - Consulta de bibliografia dirigida a cada contexto (evidência científica). 		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	Reflexão sobre os subsídios deste contexto para a compreensão do objeto de estudo – o cuidado à pele do RN
OBJETIVO 4. Identificar um instrumento de avaliação do estado da pele do RN				
Atividades	Duração	Descrição de Tarefas/Recursos	Competência/Unidades de Competência	Critérios de Avaliação
Elaboração de uma Revisão <i>Scoping</i>	25/09/2017 a 10/12/2017	<ul style="list-style-type: none"> - Seleção da escala mais adequada à população neonatal; - Contato com o(a) autor(a) do instrumento selecionado a solicitar pedido de autorização; 	B1 — Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (Colabora na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade e efetua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional)	Relatório Final
Contato com a comissão de ética para efetuar pedido de autorização para aplicação do instrumento na UCIN		<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de documento para efetuar o pedido à comissão de ética; - Elaboração de documento para o pedido de consentimento informado aos pais para aplicação da escala. 		

SERVIÇO DE PEDIATRIA²

A Unidade de Saúde onde decorrerá o estágio está vocacionada para a reabilitação de pessoas portadoras de deficiência de predomínio físico, motor ou multideficiência congénita e adquirida, visando promover a máxima funcionalidade e potenciando as capacidades de cada indivíduo, apoiando-o a refazer o seu projeto de vida. O Serviço de Pediatria presta cuidados a crianças e jovens até aos 18 anos, com patologias neurológicas, osteoarticulares, medulares e outras. Um dos focos de atenção dos profissionais é a gestão das expectativas dos pais, atendendo à dificuldade destes em aceitar a irreversibilidade de algumas situações, constituindo um processo doloroso e moroso. Atendendo à tipologia de situações de saúde prevalentes neste contexto aspira-se desenvolver competências na prestação de cuidados à criança, jovem e família com enfoque na avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, bem como, compreender as estratégias de adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, deficiência/incapacidade.

Reconhecendo este local como pioneiro na promoção da integridade cutânea, pretende-se conhecer quais os instrumentos de avaliação da pele utilizados e as estratégias mobilizadas para a manutenção da integridade cutânea durante a hospitalização, por vezes de longa duração.

O estágio decorrerá no período de 16 de outubro a 3 de novembro de 2017, com uma carga horária semanal prevista de 25 horas.

² Fonte de informação: *website* oficial da instituição

OBJETIVO GERAL Desenvolver competências comuns e específicas de EEESCJ, para uma prestação de cuidados à criança, jovem e família, em situação de saúde e/ou doença, nos vários contextos e estágio de desenvolvimento em que ela se encontra.

OBJETIVO 1. Analisar as práticas do EEESCJ nas suas diferentes vertentes e contextos de saúde

Atividades	Descrição de Tarefas/Recursos	Competência/Unidades de Competência	Crítérios de Avaliação
Identificação da intervenção do EEESCJ e a sua área de atuação	<ul style="list-style-type: none"> - Observação da atuação do EEESCJ - Consulta de normas e procedimentos de atuação vigentes - Identificação dos Modelos e Referenciais de Enfermagem presentes 	<p>E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.</p> <p>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.</p>	Síntese reflexiva das aprendizagens adquiridas

OBJETIVO 2. Prestar cuidados à criança/jovem e família em parceria, com foco na promoção da saúde, crescimento e desenvolvimento e atendendo ao seu projeto de saúde.

Atividades	Descrição de Tarefas/Recursos	Competência/Unidades de Competência	Crítérios de Avaliação
Prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família adequados ao seu estágio de desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Observação da atuação do EEESCJ com foco nos processos comunicacionais com a criança/jovem e família - Entrevista ao EEESCJ para conhecer as estratégias de promoção do processo de adaptação da criança/jovem à doença crónica, deficiência/incapacidade - Participação na prestação de cuidados à criança/jovem e família - Reconhecimento dos processos de doença mais frequentes através dos registos e entrevista informal com o Orientador local - Consulta de normas e procedimentos de atuação vigentes - Consulta dos instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil mobilizados 	<p>E2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.</p> <p>E2.1 — Responde à doença rara com cuidados de enfermagem apropriados.</p> <p>E2.5 – Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.</p> <p>E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.</p> <p>E3.1 – Promove o crescimento e o desenvolvimento.</p> <p>E3.3 – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura</p>	Síntese reflexiva das aprendizagens adquiridas

Identificação do processo de articulação com a comunidade	- Entrevista ao EEESCJ - Consulta de protocolos vigentes			
OBJETIVO GERAL Reconhecer a escala de observação/avaliação da pele do RN enquanto estratégia promotora da integridade cutânea ao longo da hospitalização da UCIN				
OBJETIVO 3. Adquirir/aprofundar conhecimentos e competências relacionados com a promoção da integridade da pele da criança e jovem nos diversos contextos de saúde				
Atividades	Descrição de Tarefas/Recursos		Competência/Unidades de Competência	Critérios de Avaliação
Identificação das estratégias para promover a integridade cutânea da criança e jovem	- Observação das práticas relacionadas com os cuidados à pele; - Consulta de normas e procedimentos de atuação vigentes; - Identificação de instrumentos mobilizados para avaliação da pele e respetivos protocolos; - Consulta de bibliografia (evidência científica).		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	Reflexão sobre os subsídios deste contexto para a compreensão do objeto de estudo – o cuidado à pele do RN
OBJETIVO 4. Identificar um instrumento de avaliação do estado da pele do RN				
Atividades	Duração	Descrição de Tarefas/Recursos	Competência/Unidades de Competência	Critérios de Avaliação
Elaboração de uma Revisão <i>Scoping</i>	25/09/2017 a 10/12/2017	- Seleção da escala mais adequada à população neonatal; - Contato com o(a) autor(a) do instrumento selecionado a solicitar pedido de autorização;	B1 — Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (Colabora na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade e efetua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional)	Relatório Final
Contato com a comissão de ética para efetuar pedido de autorização para aplicação do instrumento na UCIN		- Elaboração de documento para efetuar o pedido à comissão de ética; - Elaboração de documento para o pedido de consentimento informado aos pais para aplicação da escala.		

CENTRO DE SAÚDE – USF³

Unidade de Saúde que garante a prestação de cuidados de saúde primários à população da sua área de influência, desenvolvendo atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, e promovendo a ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

Neste contexto, é objetivo desenvolver competências na prestação de cuidados à criança/jovem e família com enfoque na avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e na transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil.

Pretende-se ainda compreender a forma como é valorizada a observação/avaliação da pele nas consultas de saúde infantil, se são mobilizados instrumentos de observação/avaliação e como efetuam esses registos.

O estágio decorrerá no período de 6 a 24 de novembro a 3 de 2017, com uma carga horária semanal prevista de 25 horas.

³ Fonte de informação: *website* oficial da instituição

OBJETIVO GERAL Desenvolver competências comuns e específicas de EEESCJ, para uma prestação de cuidados à criança, jovem e família, em situação de saúde e/ou doença, nos vários contextos e estágio de desenvolvimento em que ela se encontra.

OBJETIVO 1. Analisar as práticas do EEESCJ nas suas diferentes vertentes e contextos de saúde

Atividades	Descrição de Tarefas/Recursos	Competência/Unidades de Competência	Critérios de Avaliação
Identificação da intervenção do EEESCJ e a sua área de atuação	<ul style="list-style-type: none"> - Observação da atuação do EEESCJ - Consulta de normas e procedimentos de atuação vigentes - Identificação dos Modelos e Referenciais de Enfermagem presentes 	<p>E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.</p> <p>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.</p>	Síntese reflexiva das aprendizagens adquiridas

OBJETIVO 2. Prestar cuidados à criança/jovem e família em parceria, com foco na promoção da saúde, crescimento e desenvolvimento e atendendo ao seu projeto de saúde.

Atividades	Descrição de Tarefas/Recursos	Competência/Unidades de Competência	Critérios de Avaliação
Prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família adequados ao seu estágio de desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Observação da atuação do EEESCJ na consulta de saúde infantil, com foco na avaliação do desenvolvimento da criança/jovem e na transmissão de orientações antecipatórias às famílias - Entrevista ao EEESCJ para conhecer a dinâmica de cuidados da USF no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença da criança/jovem e família. - Participação na prestação de cuidados à criança/jovem e família com foco na promoção do seu crescimento e desenvolvimento (Ex.: consultas de saúde infantil, vacinação, saúde escolar, comunidade, etc...) - Consulta dos instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil mobilizados e aplicação dos mesmos - Consulta de normas e procedimentos de atuação vigentes - - Consulta de bibliografia pertinente 	<p>E1.1.4 — 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.</p> <p>E1.1.5 — Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.</p> <p>E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.</p> <p>E3.1 – Promove o crescimento e o desenvolvimento.</p> <p>E3.3 – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento</p>	Síntese reflexiva das aprendizagens adquiridas

		e à cultura E3.4 – Promove a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde		
OBJETIVO GERAL Reconhecer a escala de observação/avaliação da pele do RN enquanto estratégia promotora da integridade cutânea ao longo da hospitalização da UCIN				
OBJETIVO 3. Adquirir/aprofundar conhecimentos e competências relacionados com a promoção da integridade da pele da criança e jovem nos diversos contextos de saúde				
Atividades	Descrição de Tarefas/Recursos		Competência/Unidades de Competência	Critérios de Avaliação
Identificação das estratégias para promover a integridade cutânea da criança e jovem	<ul style="list-style-type: none"> - Análise das práticas relacionadas com os cuidados à pele, nomeadamente observação da pele, orientações em relação aos cuidados, registos; - Consulta de normas e procedimentos de atuação vigentes neste âmbito; - Identificação de instrumentos mobilizados para avaliação da pele e respetivos protocolos; - Consulta de bibliografia (evidência científica). 		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	Reflexão sobre os subsídios deste contexto para a compreensão do objeto de estudo – o cuidado à pele do RN
OBJETIVO 4. Identificar um instrumento de avaliação do estado da pele do RN				
Atividades	Duração	Descrição de Tarefas/Recursos	Competência/Unidades de Competência	Critérios de Avaliação
Planeamento da formação de profissionais de enfermagem na aplicação da Escala selecionada (<i>Neonatal Skin Condition Score</i> , já autorizada pela AWHONN e enviado o pedido ao CES)	25/09/2017 a 10/12/2017	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de documentos de suporte e apoio; - Preparação de Workshop para formação e treino de profissionais para aplicação da Escala selecionada; 	B1 — Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (Colabora na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade e efetua a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional)	Relatório Final

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS (1)⁴

Trata-se de um hospital público, central e altamente diferenciado em tecnologias e saberes, que presta cuidados de saúde aos cidadãos mobilizando elevados padrões de humanização, competência técnica e científica e respeito pela dignidade humana. A UCIN é uma unidade de referência em cuidados de saúde perinatais (nível 3) muito diferenciada, onde o enfermeiro presta cuidados complexos e especializados, e mobiliza técnicas inovadoras como a Hipotermia Induzida.

Sendo a dinâmica deste contexto semelhante ao local onde exerço funções, pretendo aprofundar conhecimentos e competências na prestação de cuidados ao RN e família, em situações de especial complexidade, na ótica de conhecer as práticas relacionadas com o cuidado específico à pele (normas e protocolos, instrumentos de observação/avaliação da pele, registos), visando identificar estratégias promotoras da integridade cutânea do RN durante a hospitalização. Aspiro ainda adquirir subsídios neste domínio que permitam construir um protocolo de atuação de enfermagem.

O estágio decorrerá no período de 27 de novembro a 8 de dezembro de 2017, com uma carga horária semanal prevista de 25 horas.

⁴ Fonte de informação: *website* oficial da instituição

OBJETIVO GERAL Desenvolver competências comuns e específicas de EEESCJ, para uma prestação de cuidados à criança, jovem e família, em situação de saúde e/ou doença, nos vários contextos e estágio de desenvolvimento em que ela se encontra.

OBJETIVO 1. Analisar as práticas do EEESCJ nas suas diferentes vertentes e contextos de saúde

Atividades	Descrição de Tarefas/Recursos	Competência/Unidades de Competência	Critérios de Avaliação
Identificação da intervenção do EEESCJ e a sua área de atuação	<ul style="list-style-type: none"> - Observação da atuação do EEESCJ; - Consulta de normas e procedimentos de atuação vigentes; - Identificação dos Modelos e Referenciais de Enfermagem presentes. 	<p>E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.</p> <p>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.</p>	Síntese reflexiva das aprendizagens adquiridas

OBJETIVO 2. Prestar cuidados à criança/jovem e família em parceria, com foco na promoção da saúde, crescimento e desenvolvimento e atendendo ao seu projeto de saúde.

Atividades	Descrição de Tarefas/Recursos	Competência/Unidades de Competência	Critérios de Avaliação
Prestação de cuidados de enfermagem à criança, jovem e família adequados ao seu estágio de desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Observação da atuação do EEESCJ enquanto gestor de cuidados e líder de uma equipa; - Participação na prestação de cuidados ao RN e família em situação de especial complexidade (Ex: Hipotermia Induzida); - Consulta de normas e procedimentos de atuação vigentes; - Consulta de bibliografia pertinente. 	<p>E2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.</p> <p>E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.</p> <p>E3.2 — Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais.</p>	Síntese reflexiva das aprendizagens adquiridas

OBJETIVO GERAL Reconhecer a escala de observação/avaliação da pele do RN enquanto estratégia promotora da integridade cutânea ao longo da hospitalização da UCIN

OBJETIVO 3. Adquirir/aprofundar conhecimentos e competências relacionados com a promoção da integridade da pele da criança e jovem nos diversos contextos de saúde

Atividades	Descrição de Tarefas/Recursos	Competência/Unidades de Competência	Critérios de Avaliação
Identificação das estratégias para promover a integridade cutânea da criança e jovem	<ul style="list-style-type: none"> - Observação das práticas relacionadas com os cuidados à pele; - Consulta de normas e procedimentos de atuação vigentes; - Identificação de instrumentos mobilizados para avaliação da pele e respetivos protocolos; - Consulta de bibliografia (evidência científica). 	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,	Reflexão sobre os subsídios deste contexto para a compreensão do objeto de estudo – o

			amplamente suportadas na evidência	cuidado à pele do RN
OBJETIVO 4. Identificar um instrumento de avaliação do estado da pele do RN				
Atividades	Duração	Descrição de Tarefas/Recursos	Competência/Unidades de Competência	CrITÉrios de Avaliação
Realização de formação para enfermeiros na aplicação da Escala <i>Neonatal Skin Condition Score</i>	27/11/2017 a 15/12/2017	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de Workshop; - Elaboração de documentos de suporte e apoio; - Formação e treino de profissionais para aplicação da escala de avaliação da pele; 	<p>B1 — Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica</p> <p>B1.1 — Inicia e participa em projectos institucionais na área da qualidade.</p>	Relatório Final
OBJETIVO 5. Definir as estratégias promotoras da integridade cutânea ao longo da hospitalização na UCIN				
Construção de uma norma de atuação relacionada com as estratégias promotoras da integridade cutânea ao longo da hospitalização	27/11/2017 a 09/02/2018	<ul style="list-style-type: none"> - Leitura e análise de bibliografia pertinente; - Comparação de práticas entre os dois contextos da UCIN (HSM e HSMX); - Entrevistas a peritos na área; - Identificação do material, equipamento e produtos disponíveis para a prevenção de lesões; - Início da elaboração do documento 	<p>B1 — Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica</p> <p>B1.2 — Incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática.</p> <p>B2 — Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p> <p>B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua.</p> <p>C1 — Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</p> <p>C1.1 — Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.</p>	Documento elaborado Relatório Final

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS (2)⁵

É uma unidade hospitalar que tem como missão central a prestação de cuidados de saúde humanizados e de qualidade, assente em princípios e valores como o respeito pela dignidade individual, a atualização face aos avanços da investigação e da ciência e a excelência técnico-profissional. A UCIN é uma unidade de saúde perinatal diferenciada (nível 3) que dispõe de uma equipa multidisciplinar experiente que presta cuidados especializados. Admite RN desde o nascimento até aos 28 dias de vida, gravemente doentes ou prematuros.

Será neste contexto de cuidados que se aspira concretizar o segundo objetivo deste projeto, o qual prevê o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEESCJ, através da colaboração na conceção e concretização de um projeto na área da qualidade (Diário da República, 2011a), que visa a operacionalização do Pré-Teste de uma Escala de Avaliação da Condição da Pele, previamente identificada (*Neonatal Skin Condition Score*), focada na promoção da integridade cutânea do RN ao longo da hospitalização, com envolvimento da família e capacitação da equipa de enfermagem.

Pretende-se ainda aprofundar conhecimentos e competências na prestação de cuidados ao RN e família, relacionadas com o cuidado específico à pele (elaboração/actualização de normas e protocolos de atuação de enfermagem, aplicação de instrumentos de observação/avaliação da pele, elaboração de registos), visando identificar estratégias promotoras da integridade cutânea do RN durante a hospitalização.

O estágio decorrerá no período de 11 de dezembro de 2017 a 9 de fevereiro de 2018, com uma carga horária semanal prevista de 25 horas.

⁵ Fonte de informação: *website* oficial da instituição

OBJETIVO GERAL Desenvolver competências comuns e específicas de EEESCJ, para uma prestação de cuidados à criança, jovem e família, em situação de saúde e/ou doença, nos vários contextos e estágio de desenvolvimento em que ela se encontre.

OBJETIVO 1. Analisar as práticas do EEESCJ nas suas diferentes vertentes e contextos de saúde

Atividades	Descrição de Tarefas/Recursos	Competência/Unidades de Competência	CrITÉrios de Avaliação
Identificação da intervenção do EEESCJ e a sua área de atuação	<ul style="list-style-type: none"> - Observação da atuação do EEESCJ enquanto gestor e líder de uma equipa de trabalho; - Identificação dos Modelos e Referenciais de Enfermagem presentes. 	<p>E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.</p> <p>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.</p>	Síntese reflexiva das aprendizagens adquiridas

OBJETIVO GERAL Reconhecer a escala de observação/avaliação da pele do RN enquanto estratégia promotora da integridade cutânea ao longo da hospitalização da UCIN

OBJETIVO 3. Adquirir/aprofundar conhecimentos e competências relacionados com a promoção da integridade da pele da criança e jovem nos diversos contextos de saúde

Atividades	Descrição de Tarefas/Recursos	Competência/Unidades de Competência	CrITÉrios de Avaliação
Identificação das estratégias para promover a integridade cutânea da criança e jovem	<ul style="list-style-type: none"> - Reflexão sobre práticas relacionadas com os cuidados à pele; - Consulta de normas e protocolos de atuação vigentes; - Consulta de bibliografia (evidência científica). 	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	Reflexão sobre os subsídios dos vários contextos para a compreensão do objeto de estudo – o cuidado à pele do RN

OBJETIVO 4. Identificar um instrumento de avaliação do estado da pele do RN

Atividades	Descrição de Tarefas/Recursos	Competência/Unidades de Competência	CrITÉrios de Avaliação
Realização de formação para enfermeiros na aplicação da Escala <i>Neonatal Skin Condition Score</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de Workshop; - Elaboração de documentos de suporte e apoio; - Formação e treino de profissionais para aplicação da escala de avaliação da pele; 	<p>B1 — Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica</p> <p>B1.1 — Inicia e participa em projectos institucionais na área da qualidade.</p>	Relatório Final

OBJETIVO 5. Definir as estratégias promotoras da integridade cutânea ao longo da hospitalização na UCIN

Construção de uma norma de	- Leitura e análise de bibliografia pertinente;	B1 — Desempenha um papel dinamizador no	Documento elaborado:
----------------------------	---	---	----------------------

<p>atuação relacionada com as estratégias promotoras da integridade cutânea ao longo da hospitalização</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comparação de práticas entre os dois contextos da UCIN (HSM e HSFx); - Entrevistas a peritos na área; - Identificação do material, equipamento e produtos disponíveis para a prevenção de lesões; - Articulação com Serviço Farmacêutico - Elaboração do documento 	<p>desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica</p> <p>B1.2 — Incorpora directivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática.</p> <p>B2 — Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.</p> <p>B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua.</p> <p>C1 — Gere os cuidados, optimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.</p> <p>C1.1 — Optimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.</p>	<p>Relatório Final</p>
--	--	---	------------------------

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier, L., & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 13(1), 9-22. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>.
- Askin, D., & Wilson, D. (2014). Recém-Nascido de Alto Risco e Família in Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M. J. G. Paixão, Trad.) (9ª ed.) (vol 1). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's – Nursing Care of Infants and Children, 9th, 2011, New York: Elsevier).
- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, (2013). *Neonatal Skin Care. Evidence based clinical practice guideline* (3rd ed.). Johnson & Johnson Consumer Companies: Washington
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Blume-Peytavi, U., Hauser, M., Stamatas, G., Pathirana, D., & Bartels, N. (2012). Skin Care Practices for Newborns and Infants: Review of the Clinical Evidence for Best Practices. *Pediatric Dermatology* 29(1), pp. 1–14
- Boon, A. (2012). Excellence through Patient and family Centred Care. Literature Review. Bay of Plenty. District Health Board. Hauora a toi. Health Quality and Safety Commission, New Zealand.
- Cruz, A. & Ângelo, M. (2011). Cuidado centrado na família em pediatria: redefinindo os relacionamentos. *Cienc Cuid Saude*. 10 (4), 861-865.
- Csoma, Z., Meszes, A., Mader, K., Kemeny, L., & Talosi, G. (2015). Overview of Dermatologic Disorders of Neonates in a Central Regional Intensive Care Unit in Hungary. *Pediatric Dermatology* 32(2), pp. 201–207
- Decreto-Lei n.º. 161/96 de 4 de Setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). *Diário da República I Série-A*, N.º 205 (04-09-1996) 2959-2962.
- Direção-Geral da Saúde (sd). *Normas Clínicas Graus de Recomendação e Níveis de Evidência*. Disponível em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/normas-clinicas-graus-de-recomendacao-e-niveis-de-evidencia.aspx>
- Duarte, E., Sena, R., Dittz, E., Tavares, T., Lopes, A. & Silva, P. (2012). A família no cuidado do recém-nascido hospitalizado: possibilidades e desafios para a construção da

integralidade. *Texto Contexto Enferm.* 21 (4), 870-878. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/18.pdf>.

Faria, T. (2015). *Incidência de lesões de pele em neonatos internados na unidade de terapia intensiva neonatal*. Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem.

Fernandes, J., Oliveira, Z., & Machado, M. (2011). Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *Anais Brasileiros de Dermatologia* 86(1). pp. 102-110

Fleury, M., & Fleury, A. (2001). Construindo o Conceito de Competência. *RAC*, Edição Especial, pp. 183-196

Fontenele, F., & Cardoso, M. (2011). Lesões de pele em recém-nascidos no ambiente hospitalar: tipo, tamanho e área afetada. *Rev Esc Enferm USP*, 45(1), pp.130-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/18.pdf>

Freese, B.T. (2004). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In A. M. Tomey & M.R. Alligood (aut). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (pp.335-355). Loures, Lusociência.

Freitas, A. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*. 15, 1-38.

Gaiva, M., & Scochi, C. (2005). A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 58 (4), 444-448.

Gardiner, L.; Lampshire, S.; Biggins, A.; McMurray, A.; Noake, N.; van Zyl, M.; Vickery, J.; Woodage, T.; Lodge, J. & Edgar, M. (2008). Evidence-based best practice in maintaining skin integrity. *Wound Practice and Research*, 16(2), pp. 5-15

Gibbins, S., Hoath, S., Coughlin, M., Gibbins, A., & Franck, L. (2008). The Universe of Developmental Care. A New Conceptual Model for Application in the Neonatal Intensive Care Unit. *Advances in Neonatal Care*, 8 (3), 141-147.

Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M. J. G. Paixão, Trad.) (9ª ed.) (vol 1). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's – Nursing Care of Infants and Children, 9th, 2011, New York: Elsevier).
<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/4042/2154>

Institute for Family Centered Care (2004). Strategies for Leadership. Patient- and Family-Centered Care. A Hospital Self-Assessment Inventory. Disponível em:
<http://www.familycentredcare.org>

Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2015). *Estatísticas Demográficas 2014*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Disponível em:

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_bo ui=139659&PUBLICACOESmodo=2

- Jordão K., Pinto L., Machado L., Costa L., & Trajano E. (2016). Possible stressors in a neonatal intensive care unit. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 28(3), pp. 310-314
- Lund, C., & Kuller, J. (2014). Integumentary system. In C. Kenner & J. Lott, *Comprehensive Neonatal Nursing* (5th ed., pp. 299-333). New York: Springer Publishing Company
- Martins, C., Fialho, F., Dias, I., Amaral, J., & Freitas, S. (2011). Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: O papel da Enfermagem na construção de uma ambiente terapêutico. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 1(2), pp. 268-276
- Menoita, E. (2015). *Gestão de Feridas Complexas*. Loures: Lusodidacta
- Migoto, M., Souza, S., & Rossetto E. (2013). Lesões de pele em bebês internados em uma unidade neonatal: estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing* 12(2), pp. 377-392. Disponível em:
- Neuman B. (1995). *The Neuman Systems Model*. (3rd ed). USA: Library of Congress
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2010). *The Neuman Systems Model*. (5^aed). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Estratégias não farmacológicas no controlo da dor da criança. Guia Orientador de Boa Prática. Cadernos OE, Série 1, Número 6.
- Regulamento n° 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República II Série*, N.º 35 (18-02-2011) 8653-8655.
- Regulamento n° 123/2011 de 18 de Fevereiro (2011b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República II Série*, N.º 35 (18-02-2011) 8653-8655.
- Regulamento n° 351/2015 de 22 de Junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República II Série*, N.º 119 (22-06-2015) 16660-16665.
- Rolim, K. (2006). Enfermagem humanística: contribuição para o desenvolvimento da enfermeira em unidade neonatal. Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará.
- Rolim, K., Farias, C., Marques, L., Magalhães, F., Gurgel, E., & Caetano, J. (2009). Atuação da enfermeira na prevenção de lesão da pele do recém-nascido. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro. 17(4). pp. 544-549.

- Rolim, K., Linhares, D., Rabelo, L., Magalhães, F., Gurgel, E., & Caetano, J. (2008). Cuidado com a pele do recém-nascido pré-termo em unidade de terapia intensiva neonatal: conhecimento da enfermeira. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 9(4), pp. 107-115
- Santos, S. & Costa, R. (2015). Prevenção de lesões de pele em recém-nascidos: o conhecimento da equipe de enfermagem. *Texto e Contexto – Enfermagem*, Florianópolis 24(3), pp. 731-739 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00731.pdf
- Selores, M., Machado, S., & Godinho, C. (2014). Consenso Clínico – *Cuidados Cutâneos ao Recém-Nascido*. Sociedade Portuguesa de Pediatria, Secção de Neonatologia
- Silva, L., Silva, L., & Christoffel, M. (2009). Tecnologia e humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: reflexões no contexto do processo saúde-doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(3), pp. 684-689.
- Smith, J., & Pineda, R. (2016). Determining Appropriate Sensory Exposures in the NICU: Too Much, Too Little, or Just Right? *Neonatal Network*, (35)2, pp. 63-65(3), Springer Publishing Company
- Statmatas, G., Nickolovski, J., Mack, M., & Kollias, N. (2011). Infant skin physiology and development during the first years of life: A review of recente findings based on vivo studies. *International Journal of Cosmetic Science*, 33, pp. 17-24
- Sweeney, J., & Blackburn, S. (2013). Neonatal Physiological and Behavioral Stress During Neurological Assessment. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, (27)3, pp. 242-252.
- Tamez, R. (2013). *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco*. 5^{ed} Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- The Joanna Briggs Institute (2014). Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working, Party. Supporting Document for the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation
- The Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers´ Manual: 2015 edition/ Supplement. Methodology for JBI Scoping Reviews*. The Joanna Briggs Institute.
- Visscher, M., Adam, R., Brink, S., & Odio, M. (2015). Newborn infant skin: Physiology, development, and care. Elsevier, *Clinics in Dermatology*, 33(3), pp. 271-280
- Waldow, V. R., Borges, R. F. (2008). O Processo de Cuidar sob a Perspectiva da Vulnerabilidade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(4).

- World Health Organization (2016). *Towards a Grand Convergence for child survival and health: A strategic review of options for the future building on lessons learnt from IMNCI*. Geneva: World Health Organization. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251855/1/WHO-MCA-16.04-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization & UNICEF (2014). *Every newborn: an action plan to end preventable deaths*. Geneva: WHO, Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/127938/1/9789241507448_eng.pdf?ua=1
- Zomignani, A., Zambelli, H., & António, M. (2009). Desenvolvimento cerebral em recém nascidos prematuros. *Rev Paul Pediatr*, 27 (2), 198-203

Diário de Campo¹

A experiência no processo de Triagem no SUP

O Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) onde decorreu a experiência de estágio funciona 24 horas por dia e presta cuidados médico-cirúrgicos urgentes e emergentes à criança até aos 18 anos (17 anos e 364 dias) em situação de doença aguda, mobilizando o sistema de Triagem de Manchester, de acordo com a recomendação da Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente e do Ministério da Saúde (Diário da República, 2015). É um serviço de saúde que está englobado na Unidade de Pediatria, que reúne condições físicas e humanas para o acolhimento da criança e seu acompanhante, e tem como princípio a prestação de cuidados diferenciados e personalizados.

O momento da Triagem encerra em si a oportunidade fundamental para o início da relação terapêutica de confiança com a criança/jovem e família, durante o qual, num curto espaço de tempo, existe o primeiro contato com a situação vivida, e se procede à avaliação da sua gravidade e atribuição da prioridade de atendimento. A recolha de informação é um dos indicadores de individualização dos cuidados de enfermagem, a par com a adequação das intervenções e a receção de *feedback* antes que o cuidado prossiga (Suhonen, Välimäki & Leino-Kilpi, 2008).

O sistema utilizado é a Triagem de Manchester, tem como objetivo definir o nível de prioridade, através da identificação de critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o respetivo tempo alvo que é recomendado até à primeira observação médica. Não se trata de definir diagnósticos, o método consiste em identificar a queixa inicial e seguir o fluxograma de decisão (no total de 52 que podem incluir as situações clínicas possíveis). A utilização deste sistema classifica o utente numa de 5 prioridades clínicas, identificadas numa etiqueta por um número, nome, cor e tempo alvo de observação inicial (Grupo Português de Triagem, 2015). O sistema de triagem utilizado em SUP deve sempre ter em conta a especificidade da criança, independentemente do nível de urgência em que seja praticado (Diário da República, 2015). Aos doentes com patologias mais graves é atribuída a cor vermelha, atendimento imediato; os casos muito urgentes recebem a cor laranja, com um tempo de espera recomendado de dez

¹ **Diário de Campo**

Estratégia de aprendizagem que permite uma reflexão sobre o exercício profissional do enfermeiro, articulando a teoria e a prática, para a construção de um pensamento crítico em enfermagem visando alcançar os objetivos propostos para o estágio (Freitas, Spagnol, & Camargos, 2005). Dá ênfase às dificuldades sentidas no quotidiano dos serviços de saúde confrontando-as com o conhecimento teórico (Soares et al., 2011).

minutos; os casos urgentes, com a cor amarela, têm um tempo de espera recomendado de 60 minutos. Os doentes que recebem a cor verde e azul são casos de menor gravidade (pouco ou não urgentes) que, como tal, devem ser atendidos no espaço de duas a quatro horas (Andrade et al., 2016). “O evento de triagem é um encontro rápido e focado, no qual é recolhida informação utilizada para atribuir uma prioridade clínica” (Grupo Português de Triagem, 2015).

O desafio e a dificuldade sentidos durante a participação no processo de Triagem centrou-se sobretudo na identificação do sinal/sintoma inicial de entre toda a situação de doença descrita, para ser possível prosseguir com o fluxograma adequado e o preenchimento da escala até alcançar a prioridade clínica. Existem situações inequívocas, como a criança que apresenta estridor respiratório, pela iminência de uma paragem respiratória é atribuída a prioridade máxima (emergente), muito embora a identificação do estridor de entre os vários sons respiratórios exija experiência e bastante cuidado. Nas situações de lactentes com menos de 3 meses, pela sua maior vulnerabilidade e agravamento progressivo da situação, a prioridade atribuída é a muito urgente. A avaliação da criança/jovem na sua globalidade é fundamental para a identificação da prioridade de atendimento, através de questões sobre o seu comportamento relativamente à alimentação, eliminação, à presença de vômitos, diarreia ou febre, sendo a variabilidade das respostas das crianças de grande utilidade ao longo do preenchimento do algoritmo (Maurer, 2010).

O enfermeiro que presta cuidados no SUP, em particular no processo de triagem e classificação de risco, deve possuir competências e habilidades adequadas para um julgamento clínico fidedigno e posterior tomada de decisão apropriada às condições de saúde da criança/jovem (Magalhães et al., 2016). Existe assim a pretensão do EEESCJ responder às solicitações, necessidades e expectativas da criança/jovem e família, intervindo dentro da sua esfera de competências, dando especial enfoque ao primeiro contato com esta díade, promovendo um ambiente acolhedor e de compreensão e respeito pela situação que vivenciam. O acolhimento constitui um momento crucial para que as experiências emocionais sejam mais facilmente aceites, o sofrimento amenizado, facilitando a integração no ambiente envolvente. Acolher ganha assim um novo significado, estimulando a expressão das primeiras emoções e dúvidas, adequando a intervenção de forma individual e mais contingente, logo mais efetiva. O acolhimento no SUP exige a interação permanente com o outro, implicando ser o alvo da sua angústia, seja pelo tempo de espera, pela sobrelotação ou mesmo pela gravidade da situação (Barbosa, 2011).

Segundo Andrade et al. (2016) as principais características, competências e habilidades do enfermeiro na Triage identificadas foram a comunicação, a boa interação com todos os profissionais de saúde envolvidos, com as crianças/jovens e famílias, a paciência, compreensão, habilidade organizacional, agilidade, julgamento crítico, ética e solidariedade. Magalhães et al. (2016) acrescentam ainda habilidades de autocontrole emocional, gestão de conflitos, postura humanizada, empática e autônoma para basear e determinar a prioridade de atendimento das crianças e adolescentes. Ressalta-se a importância da formação dos enfermeiros de modo a adquirirem um conjunto de competências direcionadas aos conhecimentos dos sinais e sintomas das crianças e adolescentes em situação de urgência, de modo a avaliar e tomar a decisão da prioridade de atendimento de forma segura e adequada às condições clínicas (Magalhães et al., 2016). Tacsí e Vendruscolo (2004), consideram que o enfermeiro que presta cuidados no SUP deve adotar estilos de liderança participativa, compartilhar e/ou delegar funções, sendo as principais habilidades para a gestão do atendimento a comunicação, o relacionamento interpessoal, a liderança, a tomada de decisão e a competência técnica. Galvão e Pereira (2016), realçam que enfermeiros e pais valorizam o saber técnico, o conhecimento, a comunicação, a capacidade de estabelecer uma relação, de ensinar, o cuidar não traumático e a rapidez no atendimento. A recomendação do Grupo Português de Triage (2015) enfoca a experiência do profissional de triagem de pelo menos seis meses em cuidados de urgência, e a capacidade para comunicar eficazmente com os doentes e as suas famílias.

A ansiedade dos pais, a falta de compreensão e por vezes a pouca orientação sobre o processo de triagem foi considerada na literatura um fator que interfere negativamente na tomada de decisão do enfermeiro durante o processo de triagem, tendo sido possível verificar tais características. Os familiares podem dispor de tentativas frustradas de interferência na sua avaliação e possibilitar relações conflituosas entre os enfermeiros/pais e com os outros pais (Magalhães et al., 2016). O estudo levado a cabo por Machado et al. (2014) revelou que uma menor gravidade aferida na triagem aliados a tempos de espera prolongados (durante os períodos de maior afluência) são fatores predisponentes ao abandono dos SUP, tendo esta realidade sido observada durante o decorrer do estágio. Estas situações quando ocorrem após a triagem podem evidenciar a possibilidade de a avaliação de enfermagem ter tranquilizado os pais quanto à ausência de gravidade da queixa e de necessidade de observação em contexto de urgência. Importa realçar o valor imensurável da comunicação a fim de evitar o sentimento de exclusão da família na dinâmica do serviço e do processo de saúde-doença, dando especial destaque à educação em saúde enquanto forma de construir conhecimentos, objetivando o

desenvolvimento de consciência crítica, capacitando os indivíduos a aumentar o autocontrole sobre a sua própria saúde (Magalhães et al., 2016).

O abandono prematuro da urgência pediátrica é frequentemente citado na literatura como resultado da sobrelotação destes serviços por doentes sem critérios de observação urgente e que aumentam os tempos de espera. A associação entre o número de abandonos e os períodos de sobrelotação do SUP sugere a criação de alternativas de atendimento eficazes, ao nível dos cuidados de saúde primários, para melhor avaliação da doença aguda infantil (Machado et al., 2014). Urge planejar e concretizar campanhas de educação para a saúde para que a maior e melhor oferta assistencial no domínio da urgência pediátrica não corresponda maior procura injustificada (Caldeira, Santos, Pontes, Dourado & Rodrigues, 2006). A noção de doença grave em situação de baixa gravidade com recurso precoce e rápido a atendimento de saúde diferenciado denota falta de informação em conceitos de saúde pela população geral. O impacto de práticas de educação para a saúde foi avaliado por inúmeros autores, demonstrando possível redução nas idas não urgentes ao SU hospitalar (Freitas, Moreira, Tomé, & Cardoso, 2016). Este estudo concluiu que mais de metade das crianças que utilizaram o SUP apresentavam situações pouco urgentes, grande parte dos atendimentos ocorreu durante o horário de funcionamento dos centros de saúde (8h-20h). Sugere-se a necessidade de desenvolver campanhas de sensibilização junto à comunidade, por meio de palestras de esclarecimento, tanto nos centros de saúde como nas escolas e creches, sobre as doenças mais frequentes, medidas de atuação em caso de doença e sobretudo esclarecimento de dúvidas com que os pais muitas vezes se deparam e que podem motivar idas desnecessárias ao SUP. Quanto aos grupos mais vulneráveis ou de risco, que têm maior dificuldade de acesso à informação, poderia ser feito um esforço para ir ao encontro deles, salvaguardando-se assim os princípios de equidade e qualidade do Serviço Nacional de Saúde (Rafael, Portela, Sousa, & Fernandes, 2017).

Outro aspeto observado no decorrer do estágio relaciona-se com a estrutura física do SUP constituir outra condição que interfere na atenção durante a triagem, bem como na satisfação do trabalho do enfermeiro, uma vez que este está constantemente a sofrer interferências no decorrer do seu trabalho (Magalhães et al., 2016). A atuação do enfermeiro pode também contribuir ativamente para a melhoria do processo de triagem, enquanto “educador para capacitar e manter as adequações e atualizações pertinentes ao sistema de triagem” (Magalhães, et al., 2016, p. 540), ressaltando-se a identificação de anomalias/erros, e as sugestões e propostas de alteração durante o preenchimento da escala. Destaca-se ainda o trabalho de sensibilização dos “enfermeiros peritos” e a discussão de situações reais que

permitam aos colegas menos experientes uniformizar o seu julgamento clínico e a tomada de decisão favorecendo a detecção de sinais e sintomas que podem corresponder a situações graves.

O processo do sistema de triagem numa SUP necessita de uma equipa treinada e capacitada para um olhar fidedigno e direcionado à queixa clínica da criança e/ou seu acompanhante, de forma a favorecer um atendimento global, acolhedor, com julgamento clínico criterioso para uma tomada de decisão da prioridade de atendimento adequada ao estado de saúde da criança em situação de urgência (Magalhães et al., 2016). Estes sistemas de avaliação do risco, como a Triagem de Manchester são ferramentas muito úteis e necessárias porém insuficientes uma vez que não englobam aspetos subjetivos, afetivos, sociais, culturais e cuja compreensão é fundamental para uma efetiva avaliação da vulnerabilidade de cada pessoa que procura o serviço de urgência (Maurer, 2010). Torna-se imperioso que a avaliação das crianças seja sistemática e que englobe todos os elementos nela presentes, com o intuito de dar uma imagem completa da situação clínica (Grupo Português de Triagem, 2015).

Referências Bibliográficas

- Andrade, C., Maracajá, P., Melo, W., Andrade, E., Oliveira, T., Ribeiro, S., Silva, S., & Silva, E. (2016). Atuação do enfermeiro nos serviços de urgência e emergência em pediatria. *INTESA – Informativo Técnico do Semiárido* 10(1), pp. 18-27
- Barbosa, A. (2011). Atuação dos Enfermeiros no Acolhimento à Criança no Serviço de Emergência de um Hospital Universitário. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Trabalho apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de enfermeiro
- Caldeira, T., Santos, G., Pontes, E., Dourado, R., & Rodrigues, L. (2006). O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, Sociedade Portuguesa de Pediatria, 1(37), pp. 1-4
- Freitas, A., Moreira, A., Tomé, S., & Cardoso, R. (2016). Motivos de recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica. *Nascer e Crescer*, 25(3), pp. 136-40
- Freitas, M., Spagnol, C., & Camargos, A. (2005). Observação e Diário de Campo: Técnicas utilizadas no Estágio da disciplina Administração em Enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*, 19,20(1, 2, 3), pp. 75-82. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/3892/2855>

- Galvão, D., & Pereira, M. (2016). O cuidar em enfermagem no serviço de urgência pediátrica de um Hospital Distrital. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV. Suplemento nº9
- Grupo Português de Triagem (2015). Sistema de Triagem de Manchester. Grupo Português de Triagem. Disponível em: http://www.grupoportuguestriagem.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=4:sistema-de-triagem-de-manchester&catid=12&Itemid=110
- Machado, V., Peças, S., Periquito, I., Mota, A., Veiga, E., & Balseiro, M. (2014). Crianças que Abandonam a Urgência Pediátrica: Oportunidades Perdidas? *Acta Med Port*, 27(5), pp. 568-575
- Magalhães, F., Lima, F., Verganista, I., Barbiere, M., Oliveira, N., Felipe, G., Veras, J., & Ximenes, L. (2016). Sistema De Triagem Numa Unidade de Urgência Pediátrica Portuguesa: Experiência Em Mobilidade-Acadêmica Internacional Brasil-Portugal. *Investigação Qualitativa em Ciências Sociais*. Atas CIAIQ (3). 5º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa. 534-543
- Maurer, T. (2010). Enfermeiro no acolhimento com Classificação de Risco na emergência pediátrica. Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Rafael, M., Portela, S., Sousa, P., & Fernandes, A. (2017). Utilização do serviço de urgência pediátrica: a experiência de um centro português. *Scientia Medica*, 27(1), pp. 1-8. Disponível em: <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/13078>
- Regulamento nº 3762/2015 de 15 de abril (2015). Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. *Diário da República* 2.ª Série, N.º 73 (15-04-2015), pp. 9186- 9187
- Soares, A., Silveira, A., Silveira, B., Vieira, J. Souza, L., Alexandre, L., Paula, L., Cirilio, P., & Spagnol, C. (2011). O diário de campo utilizado como estratégia de ensino e instrumento de análise do trabalho da enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13(4), pp. 665-70. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/pdf/v13n4a10.pdf>
- Suhonen, R., Välimäki, M. & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17, pp. 843-860
- Tacsí, Y., Vendruscolo, D. (2004). A Assistência de Enfermagem no Serviço de Emergência Pediátrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(3), pp. 477-484.

**APÊNDICE IV. ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E ALÍVIO DA DOR EM
PROCEDIMENTOS DOLOROSOS**

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E ALÍVIO DA DOR EM PROCEDIMENTOS DOLOROSOS – URGÊNCIA PEDIÁTRICA



OS CUIDADOS NÃO TRAUMÁTICOS CONSTITUEM TODAS AS INTERVENÇÕES QUE ELIMINEM OU MINIMIZEM O DESCONFORTO DA CRIANÇA/FAMÍLIA, TANTO FÍSICO COMO PSICOLÓGICO, TENDO COMO PRINCIPAL OBJETIVO NÃO CAUSAR DANO, ATRAVÉS DA PREVENÇÃO OU REDUÇÃO DA LESÃO CORPORAL E DA DOR.

(Hockenberry & Wilson, 2014).

A PREVENÇÃO E CONTROLO DA DOR É UM INDICADOR DE BOA PRÁTICA DE ENFERMAGEM, SENDO UM DIREITO QUE ATINGE O SEU MÁXIMO REDUTO NAS CRIANÇAS, A QUEM É IMPERIOSO POUPAR TODO E QUALQUER SOFRIMENTO.

(Ordem dos Enfermeiros, 2013)



ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E ALÍVIO DA DOR EM PROCEDIMENTOS DOLOROSOS – URGÊNCIA PEDIÁTRICA

“A preocupação com a dor das crianças resulta do reconhecimento que as crianças têm dor, guardam memória da dor e que a dor não tratada tem consequências a longo prazo.”

(Direção Geral de Saúde (DGS), 2010)

“A dor dos procedimentos é uma experiência sensorial e emocional desagradável, resultante da lesão real ou potencial dos tecidos associada a procedimentos diagnósticos ou terapêuticos.”

(DGS, 2012)

“As intervenções não farmacológicas são um importante recurso para o alívio da dor de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas.”

(Ordem dos Enfermeiros (OE), 2013)



O CONTROLO DA DOR, CUJO SUCESSO DEPENDE DA SUA AVALIAÇÃO E REAVALIAÇÃO SISTEMÁTICAS, É UM DEVER DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E UM DIREITO DAS CRIANÇAS.

A avaliação da dor permite identificar e reconhecer a criança com dor, uniformizar a linguagem dentro da equipa de saúde facilitando a tomada de decisões homogêneas e adaptar de forma personalizada o seu controlo, avaliando a eficácia das intervenções e sua correção em tempo útil.

	Recém-nascidos	Menores de 4 anos (ou crianças sem capacidade para verbalizar)	Entre 4 e 6 anos	A partir de 6 anos	Criança com multi-deficiência
Instrumentos de Avaliação da Dor	NIPS (Neonatal Infant Pain Scale). Mais apropriada para prematuros e recém-nascidos de termo	FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)	FPS-R (Faces Pain Scale – Revised). Válida a partir dos 4 anos	EVA (Escala Visual Analógica)	FLACC-R (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised)
				EN (Escala Numérica)	
	PIPP (Premature Infant Pain Profile). Útil para a avaliação da dor em procedimentos		Escala de faces de Wong-Baker. Válida a partir dos 3 anos	FPS-R (Faces Pain Scale – Revised)	
				Escala de faces de Wong-Baker	



ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E ALÍVIO DA DOR EM PROCEDIMENTOS DOLOROSOS – RECÉM-NASCIDO (0-28 DIAS DE VIDA)



Procedimentos	Medidas Farmacológicas
<ul style="list-style-type: none">Injeções SC e IMLimpeza de feridasPunção lombarPunção supra-púbicaPunção venosa periférica	EMLA (Lidocaína+prilocaína creme tópica sob penso oclusivo; 0,5g/dose, max: 1g/dia) . Efeito 60-90 min após aplicação; RN idade > 7 dias de vida
	Lidocaína lipossômica creme a 4% (1 gr) tópica sob penso oclusivo. Aplicar 30 minutos antes do procedimento
<ul style="list-style-type: none">Sonda nasogástrica	Gel lidocaína a 1%
<ul style="list-style-type: none">Punção do calcanhar	-

Sacarose 24%: Dose mínima eficaz: 0,05-0,5 ml. Dose máxima/procedimento: 2 ml. Frequência máxima: 6 tomas

ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS:

- ✓ Amamentação
- ✓ Sucção não nutritiva com sacarose 24%/leite materno
- ✓ Contenção, embalo, carícias
- ✓ Massagem terapêutica
- ✓ Canções de embalar
- ✓ Método canguru
- ✓ Presença dos Pais e o contato físico

ORIENTAÇÕES:

- ✓ Gerir os estímulos ambientais;
- ✓ Mobilizar medidas de conforto/ posicionamento/ contenção;
- ✓ Agrupar os cuidados para permitir intervalos de repouso, respeitando os ciclos de sono-vigília;
- ✓ Avaliar a dor antes, durante e após o procedimento, para ajustar as intervenções;
- ✓ Selecionar o material e realizar o procedimento da forma que cause menos dor (ex: lanceta automática em vez de manual na punção do calcanhar, garrote manual em vez de borracha para a punção venosa;
- ✓ Reduzir do número de procedimentos e selecionar os menos dolorosos;
- ✓ Promover a presença dos pais e a sua participação nos cuidados



ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E ALÍVIO DA DOR EM PROCEDIMENTOS DOLOROSOS – LACTENTES DE 1 MÊS ATÉ ADOLESCENTES DE 18 ANOS



Procedimentos	Medidas Farmacológicas
<ul style="list-style-type: none"> • Aspiração nasal e oral (Técnica suave, sonda de calibre apropriado e pressão adequada) 	-
<ul style="list-style-type: none"> • Punção capilar (Utilizar dispositivo automático e evitar espremer o calcanhar) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Cateterismo uretral 	Gel/Spray Lidocaína 2%, aplicada no meato 10 minutos antes e na sonda (unidose)
<ul style="list-style-type: none"> • Extração de corpos estranhos do nariz 	Gel/Spray Lidocaína 2%
<ul style="list-style-type: none"> • Limpeza de feridas simples 	Analgesia sistêmica e eventual sedação
<ul style="list-style-type: none"> • Introdução de sonda nasogástrica 	Gel/spray de lidocaína 2% na narina 5 minutos antes + lubrificar a sonda com spray/gel lidocaína 2%
<ul style="list-style-type: none"> • Punção lombar 	Creme anestésico
<ul style="list-style-type: none"> • Punção supra-púbica 	
<ul style="list-style-type: none"> • Punção venosa periférica 	
<ul style="list-style-type: none"> • Remoção de drenos e/ou suturas 	Eventual sedação
<ul style="list-style-type: none"> • Sutura cutânea simples 	Analgesia por infiltração local com Lidocaína a 1-2% tamponada e eventual sedação
<ul style="list-style-type: none"> • Sutura ou limpeza de feridas complexas 	Analgesia sistêmica e sedação, eventual analgesia por infiltração local
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento de queimaduras 	Analgesia sistêmica e sedação
<ul style="list-style-type: none"> • Vacinação/Injeção intramuscular/Injeção subcutânea 	Eventual creme anestésico; Paracetamol (SOS) 4 a 6 horas após o ato vacinal

Lidocaína + prilocaína creme (EMLA®) - Anestesia tópica da pele íntegra

Penso impregnado ou

Creme sob penso oclusivo: **0-3 M:** 0,5g (Máx: 1g/dia) **4-12 M:** 0,5g (Máx: 2g/dia) **1-6 A:** 1-2g (Máx: 10g/dia) **7-11 A:** 1-2g (Máx: 20g/dia) **>12 A:** 2-3g (Máx: 50g/dia).

Início de Ação: 60 min; Pico de ação: 120 min; Duração de ação: 4 horas



ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E ALÍVIO DA DOR EM PROCEDIMENTOS DOLOROSOS – LACTENTES DE 1 MÊS ATÉ ADOLESCENTES DE 18 ANOS



ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS

Intervenções sensoriais, cognitivas, comportamentais, ambientais e de apoio emocional:

- ✓ Amamentação
- ✓ Contenção com lençol ou manual
- ✓ Distração
- ✓ Sacarose 24% ou Glicose a 30% (até 12 meses de idade)
- ✓ Imaginação guiada/hipnoanalgesia
- ✓ Massagem (estimulação cutânea), posicionamentos
- ✓ Modelação/ensaio comportamental
- ✓ Preparação
- ✓ Reforço positivo (elogio verbal e/ou pequeno prémio)
- ✓ Relaxamento muscular/ Exercícios respiratórios
- ✓ Sucção não nutritiva
- ✓ Presença de pessoa significativa
- ✓ Controlo da luz, ruído, temperatura e decoração.

Idade Pré-escolar

- Ouvir histórias (a mesma história muitas vezes);
- Brinquedo favorito;
- Brincadeira lúdica e terapêutica;
- Ouvir uma música familiar;
- Estratégias de relaxamento.

Idade Escolar

- Técnicas de relaxamento;
- Respiração lenta e profunda;
- Massagem, leitura;
- Brincadeira lúdica e terapêutica;
- Atividade favorita;
- Modelagem.

Adolescentes

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

ORIENTAÇÕES:

- ✓ Planear os procedimentos invasivos sempre que possível, agrupando-os e reduzindo o seu número;
- ✓ Preparar e informar previamente as crianças e adolescentes acerca dos procedimentos, utilizando linguagem e estratégias adequadas ao seu desenvolvimento cognitivo;
- ✓ Preparar, informar e instruir os pais sobre a sua conduta durante o procedimento, de modo a potenciar o seu apoio à criança;
 - ✓ Avaliar a dor antes, durante e após o procedimento;
- ✓ Considerar, nos lactentes, o uso de contenção, amamentação ou sacarose com sucção não nutritiva;
 - ✓ Realizar os procedimentos em sala própria, com um ambiente calmo e agradável;
 - ✓ Envolver os pais no apoio à criança e não na sua restrição física.
- ✓ Nas crianças com idades a partir dos seis anos e no adolescente, as perguntas devem ser dirigidas à própria criança/adolescente e aos pais. Em idades inferiores, a entrevista é realizada aos pais.

APÊNDICE V. DOSSIER TEMÁTICO DE CONSULTA:

COMUNICAÇÃO E SEXUALIDADE

Serviço de Pediatria

DOSSIER DE CONSULTA

PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

**A Comunicação com a
Criança/Jovem**

**A Sexualidade e o Adolescente
portador de deficiência**

Eva Ferreira, 8ºCurso de Mestrado em Enfermagem,
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Novembro de 2017



A COMUNICAÇÃO COM A CRIANÇA/JOVEM

- *A criança possui características peculiares que são expressas através da linguagem verbal, mas também da comportamental (não verbal).*
- *Na saúde da criança a comunicação é considerada um elemento integrante de qualidade da prestação de cuidados de enfermagem, sendo fundamental para o processo de cuidar.*
- *O enfermeiro, através da comunicação, deve permitir um envolvimento seguro, construtivo e compreensivo, para que a criança encontre caminhos para manter as capacidades próprias de sua fase de desenvolvimento e participe em experiências que estimulem o seu crescimento.*
- *A capacidade de olhar a criança para além da sua condição de saúde e permitir uma relação de interação possibilita, através da comunicação não verbal, o desenvolvimento de um cuidar genuíno e um verdadeiro encontro terapêutico.*
- *A comunicação no seu sentido pleno ocorre ao longo da prestação de cuidados à criança, englobando a linguagem falada, linguagem comportamental e a atitude do profissional.*
- *A qualidade da comunicação em contexto pediátrico influencia de forma relevante a adaptação dos pais ao tratamento e a qualidade dos cuidados à criança/jovem, constituindo um elemento imprescindível para um processo terapêutico eficiente.*
- *As crianças com competências comunicativas limitadas necessitam de ampliar as suas competências para interagir com os outros, sendo necessário estruturar o seu meio ambiente de modo a facilitar a compreensão e apoiar oportunidades de comunicação.*



A COMUNICAÇÃO COM A CRIANÇA/JOVEM

- *Muitas crianças com multideficiência nunca desenvolvem linguagem de forma eficiente, sendo que a maioria utiliza formas de comunicação não-verbais para expressar sentimentos e necessidades.*
- *As rotinas assumem um papel fundamental na aprendizagem, facilitando a intervenção e proporcionando oportunidades para o desenvolvimento da comunicação.*
- *A intervenção na comunicação incide sobre atividades, objetos e acontecimentos que interessem à criança e mereçam a sua atenção, e constitui-se como estratégia facilitadora através da incorporação de metas e objetivos nas rotinas de vida da criança.*
- *Quando a criança não desenvolve a linguagem oral sob as contingências naturais de sua educação, muitos aspectos de sua vida são adversamente afetados. Sem poder expressar-se, ficam reduzidas as suas manifestações e minimiza-se o seu universo, ficando restrito e individualizado, sendo que nessa condição não tem como explorar, socializar-se e buscar novas experiências.*
- *A Comunicação Alternativa e Ampliada (CAA) é definida por outras formas de comunicação além da modalidade oral, como o uso de gestos, língua de sinais, expressões faciais, o uso de pranchas de alfabeto, símbolos pictográficos, uso de sistemas sofisticados de computador com voz sintetizada, dentre outros.*
- *A CAA pode atender crianças e jovens com todo o tipo de deficiências, podendo a população que necessita deste tipo de comunicação integrar um dos seguintes grupos: Linguagem Expressiva, Linguagem de Apoio e Linguagem Alternativa.*

A SEXUALIDADE E O ADOLESCENTE PORTADOR DE DEFICIÊNCIA



- *A pessoa com deficiência tem um desenvolvimento sexual dentro da normalidade e, conseqüentemente, ninguém se torna assexuado em função de uma incapacidade física, sensorial ou mental.*
- *Os adolescentes portadores de deficiência são privados de experiências que promovem o seu desenvolvimento, e no que diz respeito à sexualidade, os jovens são privados de informação, contato social e de modelos interessantes de relações afetivas.*
- *Os jovens com deficiência raramente são ouvidos a respeito dos seus anseios, dúvidas e experiências em relação à vida afetiva e sexual.*
- *Quando bem encaminhada e orientada, a sexualidade contribui para o desenvolvimento afetivo, facilitando a capacidade de se relacionar, melhorando a autoestima e a adequação à sociedade.*
- *É fundamental abordar a saúde do adolescente portador de deficiência de forma global e abrangente, garantindo a discussão de temáticas essenciais para alcançar os seus direitos humanos, onde se incluem os seus direitos sexuais.*
- *Toda a criança com deficiência deve ser orientada para que quando chegue ao período da adolescência, já tenha informações sobre o seu corpo, sobre as mudanças que nele ocorrerão, facilitando o envolvimento, na idade adulta, em relacionamentos saudáveis.*

Diário de Campo¹ 2

Comunicar com a Criança/Jovem, com ênfase para a que não fala

A relação de ajuda e a *comunicação* interpessoal são a base de todo o processo de cuidar em enfermagem, sendo indissociáveis entre si, dependem um do outro para que a relação cumpra a sua intencionalidade terapêutica. As competências comunicacionais determinam assim o sucesso desta relação permitindo promover a vida, a saúde e o bem-estar da pessoa cuidada. São estes dois dos alicerces do cuidado de enfermagem, que não sendo observáveis nem mensuráveis, constituem o sustento das “pequenas coisas” descritas por Hesbeen (2000, p. 47) aqueles cuidados que “para uma determinada pessoa, dão sentido à vida e são importantes” sendo reveladoras da preocupação para com o outro na sua existência.

Proveniente do latim “*communicāre*”, o verbo subjacente ao conceito *comunicação* apresenta a essência desta ação humana “dividir alguma coisa com alguém”, a que subjaz “dar a conhecer, divulgar, anunciar, informar, pôr-se em comunicação ou em relação com, relacionar-se, exprimir-se, falar” (Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa, 2003-2018). “A comunicação humana implica interações e envolve ações, palavras, sons, gestos, posturas, expressões corporais” (Barbosa, 2010). Requerendo a presença de pelo menos dois interlocutores, comunicar em cuidados de saúde, sob todas as suas formas, depende das características individuais e das experiências particulares, sofre a interferência do contexto onde se desenrola e implica a vontade genuína de partilhar um objetivo comum que visa a satisfação de uma necessidade ou a resolução de um problema. A arte de comunicar ganha um novo e renovado sentido quando um dos interlocutores é uma criança, pelas suas características tão peculiares que dependem da sua idade, experiências de vida e contexto familiar e sociocultural, sublinhando a importância de considerar as características próprias de cada paciente pediátrico, numa perspectiva centrada no binómio criança/jovem e família. O estudo levado a cabo por Cristo e Araújo (2013) constatou que em contexto de consultas de pediatria, as perturbações à comunicação relacionadas com as crianças são a sua falta de colaboração, quadros patológicos agudos, limitações físicas (relacionadas com uma deficiência ou dor) e sociais (desestruturação familiar e baixo desempenho escolar), nervosismo ou agitação durante os exames e o facto de desconhecerem a criança.

¹ **Diário de Campo**

Estratégia de aprendizagem que permite uma reflexão sobre o exercício profissional do enfermeiro, articulando a teoria e a prática, para a construção de um pensamento crítico em enfermagem visando alcançar os objetivos propostos para o estágio (Freitas, Spagnol, & Camargos, 2005). Dá ênfase às dificuldades sentidas no quotidiano dos serviços de saúde confrontando-as com o conhecimento teórico (Soares et al., 2011).

Se a comunicação com uma criança já constitui um desafio, este ganha maior complexidade quando a criança é portadora de uma deficiência que lhe altere ou dificulte a capacidade de comunicar. Consideradas “alvos passivos de cuidados e proteção”, as crianças com deficiência requerem um reconhecimento como membros plenos das suas famílias, comunidades e sociedades, impelindo um investimento na remoção de barreiras físicas, culturais, económicas, atitudinais, de comunicação e de mobilidade que impedem a realização dos seus direitos (UNICEF, 2013, p. 3). Remeto esta reflexão especialmente à criança ou jovem com paralisia cerebral (PC), por ser a deficiência motora mais frequente na infância (Sellier et al., 2016), e porque grande parte das crianças de quem cuidei durante o estágio de Pediatria apresentavam este diagnóstico de base. “A criança com PC apresenta frequentemente uma situação clínica complexa e heterogénea, de difícil caracterização e que exige avaliação e acompanhamento por uma equipa transdisciplinar” (Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral (FAPPC, SPP & SCPE), 2010, p. 11). Relembrando as cinco crianças internadas com esta condição de saúde, realço as diferenças significativas na sua forma de estar, de ser e de comunicar, apesar da manifestação clínica comum que apresentavam, a incapacidade de se locomover, necessitando de equipamentos e apoios específicos que substituíssem esta função. Estas características exigiam ao enfermeiro, e restantes profissionais que diariamente cuidavam delas, a capacidade de as conhecer progressivamente, considerando-a um ser singular com especificidades muito próprias que apenas partilham uma incapacidade motora semelhante. Recorrendo a uma revisão da literatura elaborada por Proença (2011, p. 1), a paralisia cerebral caracteriza-se por uma

“disfunção neuromotora não progressiva, secundária a uma lesão cerebral, que ocorre nos estádios precoces do desenvolvimento da criança. Para além da perturbação global do controlo da postura e/ou do movimento, esta disfunção motora pode apresentar igualmente, um leque variado de perturbações associadas, entre as quais, défices visuais, auditivos e cognitivos, perturbações da linguagem, do comportamento, da aprendizagem e, ainda, epilepsia.

Barbosa (2003) acrescenta que o conceito de PC está particularmente relacionado às alterações motoras, das quais resultam os défices na linguagem falada: articulação, respiração, fonação, voz, até aos problemas de aquisição da fala. As dificuldades de comunicação é um aspeto crucial em crianças com PC, e exige técnicas sofisticadas de avaliação e intervenção, com apoio precoce de terapia da fala e acesso ao sistema de comunicação aumentativa e alternativa (CAA) e a tecnologias de apoio (Teixeira, 2014).

A importância da mobilização de estratégias de apoio à comunicação de crianças com PC tem sido reconhecida na literatura, considerando uma abordagem holística da criança, que

realce as suas necessidades sociais e não somente as necessidades físicas e médicas em contexto hospitalar. Requer um envolvimento ativo de toda a equipa de saúde, e o desenvolvimento de estratégias facilitadoras da comunicação da criança, com ênfase para a sua capacitação perante as suas principais dificuldades, focando os meios de CAA como um recurso importante. Trata-se de consciencializar os profissionais de saúde, acerca das necessidades básicas de comunicação, das barreiras à sua operacionalização e do investimento em recursos e apoios, através de uma aliança multidisciplinar colaborativa (Hemsley, Lee, Munro, Seedat, Bastock, & Davidson, 2014). Segundo Glennem (1997) citado por Zaporoszenko e Alencar (2008, p.6), a CAA consiste noutras formas de comunicar além da oralidade, e inclui “o uso de gestos, língua de sinais, expressões faciais, o uso de pranchas de alfabeto, símbolos pictográficos, uso de sistemas sofisticados de computador” podendo ser mobilizados recursos de baixa ou alta tecnologia. Considera-se comunicação alternativa quando o indivíduo não demonstra outra forma de comunicar, e é considerada ampliada (ou aumentativa) nas situações em que o indivíduo possui algum meio de comunicar, mas que “não é suficiente para manter elos comunicativos e estabelecer trocas sociais”. A CAA insere-se numa perspectiva transdisciplinar visando

“fornecer um meio de comunicação temporário, enquanto a fala se estabelece ou se torna funcional e inteligível; dispor dum meio que facilite ou aumente o desenvolvimento da fala propriamente dita e ou ainda, em algumas situações, das habilidades cognitivas e comunicativas fundamentais para a aquisição da linguagem; facultar um meio de comunicação, quando a aquisição da fala é impossível.”
(Barbosa, 2003, p. 5)

O estudo desenvolvido por Hemsley et al. (2014) aponta como necessidades de comunicação destas crianças meios para chamar a atenção (exemplo interruptores de chamada adaptados) e formas de comunicar por exemplo a intensidade da dor, a necessidade de mudança de posicionamento, o mau estar ou necessidades de eliminação. Estas necessidades assentam na dificuldade em estabelecer uma comunicação direta com as crianças e a incapacidade das enfermeiras compreenderem as suas tentativas de comunicar, gerando importantes níveis de frustração para ambas as partes. Relembro o A., jovem de 19 anos que sendo incapaz de articular palavras ou gesticular com as mãos mas compreendendo a informação que lhe era veiculada, aprendeu a comunicar através da mimica facial, aspetos positivos e negativos dos cuidados que lhe eram prestados. Emitia sons graves para revelar dor e ria alto quando se encontrava feliz e concordava com as piadas que lhe eram dirigidas. Somente a presença no dia-a-dia de cada criança, em turnos da manhã ou de tarde com dinâmicas distintas, e a participação nas suas atividades de vida diária me permitiu aproximar

do seu mundo, do seu sentir, e identificar as diferenças e necessidades que cada uma delas apresentava. Requerendo umas mais atenção e comunicação verbal, outras somente comunicação não verbal, permeada de afetos e emoções, olhares cúmplices e carinho, cada criança ou jovem revelava diariamente e de forma sutil as estratégias comunicacionais a adotar para imprimir um cuidado verdadeiramente terapêutico e promotor da sua saúde e bem-estar. O estudo de Hemsley et al., (2014) revelou que somente alguns grupos profissionais identificaram a necessidade das crianças com PC se comunicarem para entender informações, responder a perguntas ou tomar decisões sobre os seus cuidados. Felizmente, a experiência de estágio foi reveladora de uma realidade diferente, porque a maioria das crianças se encontravam em re-internamentos, todos eles longos, a relação estreita com a grande maioria dos profissionais permitia um conhecimento profundo de cada criança, inclusive das suas variadas formas de comunicar e dos seus significados. Assim, o A. que tinha sido alvo de cirurgia ortopédica às duas pernas e apresentava gesso bilateral, expressava dor com frequência, que era valorizada porque em internamentos anteriores a sua forma de estar e a sua boa disposição era bastante mais marcada. Também o investimento na sua reabilitação era gradual e atendia às suas manifestações de dor ou desconforto, confiando este jovem nas orientações que lhe eram dirigidas, porque também a sua vontade e auto-determinação era respeitada.

A hospitalização interrompe significativamente a rotina de uma criança, que se sente necessariamente mais isolada, entediada, e as suas chamadas de atenção significam simplesmente a necessidade de interação (Hemsley et al., 2014). Este aspeto recorda-me o G., criança de 9 anos, com um PC mais complexa e com défices cognitivos importantes, não conseguia comunicar verbalmente, emitia somente sons e o seu comportamento era o de uma criança com 1 ou 2 anos, estando totalmente dependente em todas as suas atividades de vida diária. “As dificuldades comunicativas de compreensão ou expressão ou ambas, restringem de maneira significativa a interação com o meio social” (Barbosa, 2003, p. 28). Por este motivo, as suas chamadas de atenção eram frequentes, através do choro, que podia transmitir fome, dor ou desconforto, mal estar, ou simplesmente carência afetiva. A interação social, o toque carinhoso e a conversa acalmavam-no, confirmando a sua necessidade de comunicação social e de expressar sentimentos e emoções. A música também demonstrava ser fonte de tranquilidade para o G., sendo uma técnica muito mobilizada durante os exercícios de reabilitação ou nos períodos de repouso no leito. “O prazer de ouvir música, provavelmente vem do sentimento agradável que ela dá ao cérebro (...) Os afetos de uma pessoa podem ser

constantemente estimulados por meio da música” (Fonseca, Leal, Mesquita, & Silvério, 2015, p. 18,19)

As principais barreiras descritas para uma comunicação eficaz incluem a falta de informação na admissão relativa à comunicação das crianças e a ausência de apoio de terapeutas da fala (fonoaudiólogos), tendendo os profissionais a confiar na presença dos pais para apoiar na comunicação com a criança (Hemsley et al., 2014). No estudo de Cristo e Araújo (2013) foi realçada a participação do acompanhante da criança para que apoie a sua comunicação, ressaltando que este transmite uma visão diferenciada acerca do seu estado de saúde, partilha dados sobre a dinâmica familiar e porque necessita compreender os cuidados que devem ser prestados à criança. A participação da criança nas interações comunicacionais surge também como essencial pois sendo o ator principal do tratamento é imprescindível o seu envolvimento em todo o processo. A criança detém percepções próprias acerca dos seus desconfortos, facilita a identificação de outros problemas além da queixa principal, localizando de forma mais precisa a dor. O estudo desenvolvido por Gabarra e Crepaldi (2011) vem também dar voz à criança, revelando que na sua percepção os profissionais conversam mais com os seus pais do que com elas e que existem médicos que não sabem conversar. A revisão levada a cabo por Kohlsdorf & Junior (2013, p. 543) revela que a idade da criança é referida como um aspeto importante na interação, quando têm mais idade ou são adolescentes “tendem a iniciar mais interações e ser mais incluídos na comunicação”. O paciente pediátrico demonstrou interesse numa comunicação mais próxima com a equipa de saúde, desejando saber mais sobre a doença e estar mais à vontade para fazer questões, revelando desapontamento face à falta de atenção que por vezes são alvo. As crianças consideram indispensável o papel mediador do familiar, na maioria das vezes a mãe, e que a comunicação seja processual, pautada pela verdade mas de forma gradativa. Crianças com mais de 10 anos declararam desejar saber mais sobre a doença, a medicação, a hospitalização e os procedimentos realizados, contudo este desejo de informação torna-se por vezes ambivalente face aos sentimentos que possa despoletar, “é preciso escolher as pessoas com quem se fala” (Gabarra & Crepaldi, 2011, p. 214).

A falta de acesso ao sistema de CAA da criança, porque os pais se esquecem de levar os dispositivos de comunicação para o hospital, porque existem barreiras ambientais que impedem o acesso das crianças aos seus próprios sistemas no hospital, ou porque existe falta de tempo e experiência para os utilizar na prática diária de cuidados (Hemsley et al., 2014) constitui outra barreira à comunicação destas crianças. A experiência de estágio não permitiu contactar com nenhum destes dispositivos, porque nenhuma das crianças tinha este sistema de

comunicação, o que parece ser um aspeto importante que deve ser repensado na formulação de apoios e recursos a esta população pediátrica de vulnerabilidade acrescida. Os sistemas CAA de alta tecnologia incluem dispositivos geradores de voz e dispositivos *touch screen* portáteis, que segundo o estudo de Hemsley et al. (2014) podem ser mobilizados de forma eficaz no processo comunicacional.

Algumas das estratégias descritas para lidar com as dificuldades de comunicação com crianças incluem repetir as orientações e consultar os interlocutores quanto à sua efetiva compreensão, solicitando que repitam as informações emitidas; adaptar o vocabulário em função das particularidades culturais ou da fase de desenvolvimento da criança, estabelecendo comparações com vivências significativas na intenção de ampliar a sua compreensão; estar atenta aos comportamentos não verbais; solicitar a participação do acompanhante para que apoie a comunicação da criança; proporcionar esclarecimentos repetidos e incluir brincadeiras e distrações direcionadas ao paciente pediátrico (Cristo & Araújo, 2013).

“As crianças com incapacidade, assim como os adultos que os rodeiam necessitam de aprender estratégias de interação diferentes dos que se usam com crianças que usam a fala para comunicar” (Barbosa, 2003, p. 35). A experiência de estágio vem acrescentar que para algumas crianças e jovens com paralisia cerebral a interação comunicacional deve ser conduzida com paciência, tranquilidade e flexibilidade. Durante a comunicação direta a linguagem deve ser clara, simples e positiva, sendo importante recorrer a temáticas do interesse da criança. Relativamente à sua participação ativa nas atividades de vida diária e em exercícios de reabilitação, estes devem ser explicados e/ou demonstrados, reforçando positivamente a sua colaboração. A literatura consultada corrobora estas estratégias comunicacionais com crianças com PC, realçando a comunicação verbal direta com as crianças, independentemente da sua capacidade de comunicação, mantendo o contato visual; a mobilização de comunicação não verbal (como a postura corporal, a expressão facial e gestos) através de uma verdadeira sintonia com a criança; e a introdução de suportes visuais como as escalas da dor, ou imagens que apoiem a comunicação de necessidades básicas (Hemsley et al., 2014). Devem ser aproveitadas todas as expressões produzidas pela criança em contexto natural, e saber “sobreinterpretar” cada sinal, atribuindo-lhe um valor. “Saber esperar e reagir oportunamente é apropriado para ajudar as pessoas com um nível muito baixo de comunicação, e que apresentam uma grande passividade” (Barbosa, 2003, p. 37). Marinelo e Jardim (2013) constataram na sua revisão de literatura algumas estratégias lúdicas durante a prestação de cuidados à criança e jovem que podem melhorar, incentivar e facilitar a sua

comunicação, referindo-se à musicoterapia, à brincadeira terapêutica e à arteterapia. As autoras conferem destaque ao brincar quando concluem

“Brincar ativa o desenvolvimento sensório-motor e intelectual da criança, assim como o processo de interação social com as pessoas. Quando uma criança brinca, ela libera sua capacidade de inventar e criar um mundo, tornando-a mais alegre, o que minimiza o trauma da hospitalização e propicia melhores condições para a recuperação, facilitando a comunicação do profissional com o pequeno paciente.”

Relativamente à musicoterapia, Fonseca, Leal, Mesquita e Silvério (2015) referem que tal como as palavras a música promove comunicação, uma vez que interfere na plasticidade cerebral beneficiando as conexões entre os neurónios da parte frontal (relacionada com os processos da memória e atenção), além de estimular a comunicação entre ambos os lados do cérebro. As autoras ainda realçam que a música tem sido considerada um recurso importante para o desenvolvimento do sistema neurológico da criança e também de suas funções cognitivas.

“A intervenção deve estar centrada na criança e na sua própria família, dando-lhe apoio” (Teixeira, 2014, p. 24). Assim, o envolvimento e a colaboração dos pais quando presentes revela-se fundamental para tranquilizar e promover sentimentos de segurança na criança, facilitando a sua comunicação, e considerando as suas preocupações (Cristo & Araújo, 2013). Durante o decorrer de todo o estágio a parceria com familiares foi pouco frequente dado que a maioria das crianças não se encontrava acompanhada, sendo de realçar que nenhuma criança ou jovem com PC teve a presença de familiares. A literatura científica confirma este facto, revelando que os pais de crianças com necessidades especiais frequentemente não estão presentes devido a outras responsabilidades familiares, além de verem a hospitalização do filho como uma pausa das responsabilidades diárias da rotina de cuidados. Os enfermeiros são unânimes e concordam que esta pausa é uma necessidade efetiva dos cuidadores, não surpreendendo e sendo bem merecida. Contudo, esta ausência faz-se sentir nas situações em que a criança compreendendo o que lhe é dito, não tem forma de expressar as suas necessidades, apesar de o tentar de diversas formas (Hemsley et al., 2014).

Sob a perspetiva do enfermeiro, particularmente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, a comunicação é um fenómeno indissociável do cuidar em pediatria, sendo da sua esfera de ação *comunicar com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis, demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação e habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da*

criança/jovem (Diário da República, 2011). Assim, a investigação levada a cabo por Martinez, Tocantins & Souza (2013) resultou em três formas do enfermeiro comunicar com o paciente pediátrico: linguagem verbal, linguagem comportamental e atitude profissional. Perante uma criança com comprometimento do seu estado de saúde, o enfermeiro refere dificuldades de comunicação porém, procura ultrapassar essa dificuldade “estabelecendo uma comunicação efetiva capaz de perceber a criança como sujeito de atenção mesmo frente ao seu estado clínico” (Martinez, Tocantins & Souza, 2013, p. 40). Por outro lado, se a criança não puder exprimir-se verbalmente, o enfermeiro sente dificuldades e restrições importantes para comunicar, recorrendo à comunicação comportamental para interagir. Os autores realçam o toque e o contato físico formas de comunicação relacionadas com a transmissão de afeto, tranquilidade e segurança. A observação atenta da criança permite comunicar com o olhar, e compreender o que acontece ao seu redor, identificar sentimentos, sensações e necessidades. Este encontro terapêutico possibilita ainda a comunicação através de gestos, “demonstrando o cuidado a ser realizado e facilitando a sua compreensão (...) permitindo que ela compreenda de maneira mais detalhada e clara as atividades a serem desenvolvidas” (Martinez, Tocantins & Souza, 2013, p. 42). A atitude do profissional expressa a interação verbal e não verbal do enfermeiro no cuidar a criança constituindo outro recurso para a comunicação. Os autores destacaram a perspectiva lúdica que envolve o brinquedo e o brincar, o jogo e a música, enquanto facilitadores da aproximação do enfermeiro que proporcionam a interação. Ao brincar o enfermeiro comunica com a criança, estabelece laços de confiança e facilita a sua compreensão sobre o que poderá acontecer, proporcionando um cuidar menos traumático (Martinez, Tocantins & Souza, 2013).

Considerações Finais

A prestação de cuidados de enfermagem à criança ou jovem portador de deficiência constitui um desafio muito particular, e a implementação de estratégias específicas facilitadoras da comunicação e da construção da relação terapêutica promovem a eficácia dos cuidados prestados e a satisfação dos seus beneficiários. A comunicação entre adulto e criança tornar-se-á mais rica se o interlocutor detiver um conhecimento o mais preciso possível das habilidades e competências da criança (Barbosa, 2003). Reconhecendo que a PC não tem cura, o tratamento visa “promover o desenvolvimento da criança a um nível máximo, tanto da função motora, como da intelectual e social” (Teixeira, 2014, 24).

A literatura realça a importância da inclusão do paciente pediátrico no processo de comunicação, contudo também confirma que a interação ocorre preferencialmente entre os polos adultos, excluindo a criança ou adolescente do processo (Kohlsdorf & Junior, 2013). A família revela-se fundamental neste processo, apoiando a criança a compreender e aderir ao tratamento, constituindo a mãe a fonte principal de informação (Gabarra & Crepaldi, 2011). Perante a ausência de familiares em internamentos repetidos e prolongados, o enfermeiro é o cuidador preferencial das crianças e jovens, devendo assumir a função de partilhar informação pertinente e importante para a compreensão da sua condição de saúde, encorajando assim a adesão ao processo de reabilitação e tratamento delineado que visa a sua crescente autonomia e participação independente nas atividades diárias.

A angústia é um sentimento presente na interação diária entre o enfermeiro e uma criança ou jovem com PC, porque esta esforça-se por expressar as suas necessidades e o enfermeiro, percorrendo toda a lista de possibilidades até conseguir descobrir, permanece na incerteza de ter prestado cuidados suficientes (Hemsley et al., 2014). “O comportamento de quem convive com pessoas que têm deficiência influencia diretamente no seu desenvolvimento, devido ao seu gasto energético para suprir as necessidades da mesma”. Idealmente a intervenção deve ir para além da deficiência, apostando nas capacidades de aprendizagem ou em quaisquer outros aspetos que possam ser praticados por ela (Fonseca, Leal, Mesquita, & Silvério, 2015, p. 31). É fundamental respeitar o momento de cada criança, deixando-a livre para se expressar como e quanto quiser (Gabarra & Crepaldi, 2011). “Os esforços para o enriquecimento da comunicação devem ser dirigidos para uma vasta variedade de rotinas diárias, tal como em actividades dirigidas a outras necessidades do desenvolvimento da criança” (Barbosa, 2003, p. 38).

Referências Bibliográficas

- Barbosa, M. (2003). O Livro. Instrumento de Comunicação em Crianças com Necessidades Educativas Especiais. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e da Educação da Criança, na especialidade de Intervenção Precoce. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade do Porto.

- Barbosa, A. (2010). A importância da comunicação para a criança portadora de deficiência. WebArtigos. Disponível em: <https://www.webartigos.com/artigos/a-importancia-da-comunicacao-para-a-crianca-portadora-de-deficiencia/51626>
- Cristo, L., & Araújo, T. (2013). Comunicação em saúde da criança: estudo sobre a percepção de pediatras em diferentes níveis assistenciais. *Revista Psicologia e Saúde*, 5(1), pp. 59-68
- Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa (2003-2018). Porto: Porto Editora. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/comunicar>
- Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral (FAPPC), Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP), & Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE) (2010). Paralisia Cerebral aos 5 Anos de Idade em Portugal. Crianças com Paralisia Cerebral nascidas em 2001. Disponível em: http://www.spp.pt/UserFiles/file/UVP_SPP_Casos_Estudo_Paralisia_Cerebral/Relatorio_PVNPC5A_2001_obra_completa.pdf
- Fonseca, F., Leal, M., Mesquita, R., & Silvério, S. (2015). Paralisia Cerebral e Energia Afetiva: uma Análise através da Musicoterapia. 30ª MOSTRATEC – Mostra Internacional de Ciência e Tecnologia. São Paulo, Colégio Giordano Bruno
- Gabarra, L., & Crepaldi, M. (2011). A comunicação médico - paciente pediátrico - família na perspectiva da criança. *Psicol. Argum.* 29(65), pp. 209-218
- Hemsley, B., Lee, S., Munro, K., Seedat, N., Bastock, K., & Davidson, B. (2014). Supporting communication for children with cerebral palsy in hospital: Views of community and hospital staff. *Developmental Neurorehabilitation*, 17(3), pp. 156–166
- Hesbeen, W. (2000). Cuidar no Hospital. Enquadrar cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar. Loures: Lusociência.
- Kohlsdorf, M., & Junior, A. (2013). Comunicação em pediatria: revisão sistemática de literatura. *Estudos de Psicologia*, 30(4), pp. 539-552
- Marinelo, G., & Jardim, D. (2013). Estratégias Lúdicas na Assistência ao Paciente Pediátrico: Aplicabilidade ao Ambiente Cirúrgico. *Revista SOBECC*, 18(2), pp. 57-66.
- Martinez, E., Tocantins, F., & Souza, S. (2013). As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. *Rev Gaúcha Enferm*, 34(1), pp. 37-44.
- Proença, I. (2011). Dificuldades e dúvidas de pais de crianças com Paralisia Cerebral. Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Sociais, II Ciclo de Estudos em Ciências da Educação Especial

- Regulamento nº 123/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República II Série*, N.º 35 (18-022011) 8653-8655
- Sellier, E., Platt, M., Andersen, G., Krägeloh-Mann, I., De La Cruz, J., & Cans, C. (2016). Decreasing prevalence in cerebral palsy: a multi-site European population-based study, 1980 to 2003. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 58(1), pp. 85-92
- Teixeira, R. (2014). Sim, Não Falo, Mas Comunico... A Comunicação Aumentativa como Facilitador da Participação num Grupo de Jardim de Infância. Trabalho de Projeto apresentado para obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Educação, no Curso de Mestrado em Ciências da Educação – Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração, Instituto de Educação
- UNICEF (2013). Situação Mundial da Infância 2013, Crianças com Deficiência. Resumo Executivo.
- Zaporoszenko, A., & Alencar, G. (2008). Comunicação Alternativa e Paralisia Cerebral: recursos didáticos e de expressão. Caderno Pedagógico Série: Educação Especial. Secretaria de Estado da Educação. Superintendência da Educação. Universidade Estadual de Maringá. Programa de Desenvolvimento Educacional.

APÊNDICE VII. SÍNTESE REFLEXIVA DO SERVIÇO DE PEDIATRIA

Síntese Reflexiva no Serviço de Pediatria

Que Competências?

Os avanços da medicina e das novas tecnologias e, conseqüentemente, o aumento de situações de morbidade e doença crónica têm contribuído para um elevado número de crianças com deficiência ou risco de atraso de desenvolvimento. Concorrem ainda os acidentes (domésticos e de viação) que constituem uma causa importante de incapacidade temporária ou permanente que, associados aos elevados custos pessoais, familiares, sociais e económicos, constituem um grave problema de saúde pública (Diário da República, 2015). A UNICEF (2013) aponta para uma estimativa amplamente utilizada que indica que 93 milhões de crianças com 14 anos de idade ou menos vivem com um tipo de deficiência moderada ou grave. Tomando por referências a Convenção sobre os Direitos da Criança (1989), a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Diário da República, 2009a) e a Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, (IAC), 1998), é da responsabilidade de todos os profissionais envolvidos na promoção da saúde e bem-estar das crianças “garantir que todas as crianças, com ou sem deficiência, desfrutem de seus direitos sem qualquer tipo de discriminação (...) inclusive de acesso a serviços, apoio e oportunidades” (UNICEF, 2013). Nesta perspetiva, e referindo-me especificamente ao contexto de cuidados onde decorreu o estágio de Pediatria, destaco como essenciais as competências relacionais e comunicacionais do EEESCJ durante todo o processo de cuidar à criança/jovem e família que vivencia uma situação de doença crónica (congénita ou adquirida). Atendendo ao facto de que no contexto onde decorreu o estágio existir somente um EEESCJ em contexto de prestação de cuidados, é notório e verbalizado por vários elementos da equipa a falta de um cuidado verdadeiramente pediátrico num serviço destinado a uma população particularmente vulnerável pelos processos de saúde-doença que vivencia, o tempo prolongado de internamento que é alvo e a sua repetição frequente, constatando-se ainda a ausência de um Pediatra e de um Pedopsiquiatra. Assim, a intervenção do enfermeiro centra-se na promoção da máxima adaptação funcional e reabilitação da criança/jovem, potenciando as suas capacidades, com enfoque na autonomia das atividades de vida diária, nas quais investe diariamente, a par e passo com o plano de reabilitação delineado, envolvendo a família em todo o processo, enfatizando a competência específica de EEESCJ ***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*** (Diário da República, 2011b).

Quando a criança/jovem experiencia uma situação de doença crónica/incapacitante, a família sente-se incapaz de lidar com esta nova forma de ser família, pois o filho portador de deficiência representa a queda de expectativas e a alteração de papéis (Barbosa, Balieiro, & Pettengill, 2012). Viver diariamente com a doença crónica impõe modificações na vida da criança e família, e pode colocar em risco a coesão e a adaptação do sistema familiar (Charepe, Figueiredo, Vieira, & Neto, 2011), lançando inúmeros desafios aos enfermeiros que diariamente prestam cuidados a este binómio, nomeadamente em contexto de internamento de longa duração. Neste sentido, deve perspetivar-se um redimensionamento dos cuidados pediátricos que devem potenciar o crescimento e o desenvolvimento harmonioso da criança e a participação ativa da família, fortalecendo as suas capacidades parentais e promovendo a confiança e a esperança, através de uma relação de parceria no cuidar. Revelam-se assim as competências específicas de EEESCJ ***Promove a adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade*** enquanto ***Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil*** (Diário da República, 2011b). O Modelo dos Cuidados Centrados na Família (CCF) pode proporcionar subsídios fundamentais para fortalecer a família, estimulando o seu potencial e promovendo o seu *empowerment* (Barbosa, Balieiro, & Pettengill, 2012). Segundo a experiência e perceção da enfermeira orientadora, a adaptação à doença crónica/incapacitante neste contexto de cuidados revela-se mais negativa por parte da família do que da criança/jovem, sendo caracterizada por um sentimento grande de revolta, especificando as situações de traumatismo que resultam numa lesão vertebro-medular permanente. Na sua perceção, ultrapassada a fase aguda e inicial do diagnóstico, que é precedida por internamentos prolongados e intensos em contexto hospitalar, a criança/jovem cria estratégias adaptativas, permeada por uma componente importante de resiliência e necessidade de re-aprender a viver. Excetuam-se os casos em que a criança apresenta défices cognitivos importantes, recaindo sob os cuidadores este papel promotor de crescimento e desenvolvimento físico, social, psicoemocional e afetivo. O apoio e suporte durante a hospitalização neste contexto é assegurado por uma Psicóloga, embora nem sempre muito linear e positivo, e na equipa de enfermagem que diariamente cuida desta população vulnerável e da sua família, cuja intervenção tem um foco muito particular no apoio psicológico, na educação para a saúde e na adaptação a esta nova condição.

A interação diária entre enfermeiro e criança/jovem era pautada pelo respeito pelas suas limitações, e o investimento era centrado nas suas potencialidades, e mediado por uma comunicação efetiva, autêntica e fundamental neste contexto de cuidados. A relação de ajuda, com intencionalidade terapêutica, refletia um cariz de grande proximidade, confiança e afeto,

pelo conhecimento mútuo da pessoa cuidadora e cuidada, derivada dos internamentos múltiplos, caracterizando-se por três máximas diárias e patentes na forma de ser e estar de cada enfermeiro: insistência, persistência e muita paciência. O cuidar em enfermagem era assim especificado através de uma relação interpessoal, estreita, interativa e dinâmica, entre o enfermeiro e a criança/jovem e família, cuja finalidade última se prende no seu benefício e em prol da sua saúde e bem-estar, isto é, cuidar com intencionalidade terapêutica. No seu âmago os cuidados de enfermagem atingem um fim terapêutico quando o enfermeiro e a pessoa se conhecem e se respeitam mutuamente, iguais enquanto pessoas, no entanto, diferentes, compartilhando entre si a solução dos problemas (Peplau, 1991). A relação interpessoal estabelecida ajuda a compreender as suas vivências, para que esta experiência reorienta sentimentos, intensifique forças e conduza a uma aprendizagem (Howk, 2004). Assim, a atuação do enfermeiro neste contexto transparece a competência comum de EE ***Demonstra tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada*** (Diário da República, 2011a), com ênfase para as estratégias de resolução de problemas serem desenvolvidas em parceria com a criança/jovem e família. Entende-se como essência do cuidar a relação estabelecida que resulta de um processo recíproco focado nas necessidades do paciente, sendo estas a guiar a relação terapêutica (Pereira, 2015). A família na sua grande maioria está ausente durante a semana, uma vez que as crianças/jovens, dependendo da sua situação clínica e avaliação médica, podem ausentar-se para o domicílio no fim-de-semana. Contudo, as instituições têm um importante papel na promoção da participação da família nos cuidados através de políticas que facilitem o seu livre acesso, bem como condições relacionadas com a permanência e apoio para a mãe e família (Instituto de Apoio à Criança, 1998, 2009a; Lei nº106, 2009). Verificou-se benefícios terapêuticos e emocionais nas crianças cujos familiares permanecem e acompanham diariamente os tratamentos médicos de reabilitação e garantem a satisfação das suas necessidades básicas de saúde e de vida.

O conhecimento das crianças/jovens e famílias é um processo diário, que se inicia na primeira hospitalização, carregada de sentimentos ambíguos, sendo necessário andar ao seu ritmo, e envolve-los com o cuidado e a sensibilidade que as situações exigem. Realço a participação em uma reunião inicial com a mãe de uma criança hospitalizada pela primeira vez, num encontro multidisciplinar (enfermeiro, médico, psicóloga e assistente social), que constituiu o primeiro contacto com a situação da jovem (de 14 anos, com um traumatismo craneo-encefálico após um acidente de mota), e cuja primazia foi dada à mãe, que através de uma entrevista exploratória com questões abertas permitiu a exposição das suas preocupações, das suas expectativas e receios, e a partilha do plano terapêutico projetado para o internamento,

frisando que este era dinâmico e ditado pela evolução do quadro clínico da jovem, podendo a qualquer momento seguir um rumo diferente do inicialmente delineado. A interação diária e a consolidação de uma relação empática e de confiança vivida neste estágio remete-nos para a importância da autenticidade e verdade em que deve ser pautada a relação terapêutica. Deve ser transmitida uma esperança realista face à evolução do processo de saúde doença, dia após dia, dado que esta é uma dimensão central na vida e fundamental para o êxito no lidar com a doença (Miller, 2007). Concomitantemente, os pais devem ser estimulados e re-ensinados a cuidar dos seus filhos, aprendendo a responder de forma progressivamente mais eficaz e com o conhecimento necessário às várias situações que vão surgindo. Suhonen et al. (2008) resumem de forma clara o papel que o enfermeiro deve assumir para prestar cuidados individualizados e centrados nas diferenças de cada um. Deve adquirir informação acerca das preferências, necessidades e percepções dos seus pacientes. Mobilizando essa informação, deve intervir de forma educativa e prestar cuidados adequados às características físicas e sócio ambientais, à situação do paciente e às suas reações e respostas. Finalmente os pacientes têm controlo sobre as decisões relativas ao seu cuidado, referindo-se às expectativas individuais de ter o poder de participar na tomada de decisão para obter consequências desejáveis.

De entre as patologias mais frequentes dou destaque à paralisia cerebral (PC) sendo a mais prevalente entre as crianças hospitalizadas e também a deficiência motora mais frequente na infância (Sellier et al., 2016). “A criança com PC apresenta frequentemente uma situação clínica complexa e heterogênea, de difícil caracterização e que exige avaliação e acompanhamento por uma equipa transdisciplinar” (Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral (FAPPC), et orgs., 2010, p. 1). Relembrando as cinco crianças internadas com esta condição de saúde, realço as diferenças significativas na sua forma de estar, de ser e de comunicar, apesar da manifestação clínica comum que apresentavam, a incapacidade de se locomover, necessitando de equipamentos e apoios específicos que substituíssem esta função. Estas características exigiam ao enfermeiro, e restantes profissionais que diariamente cuidam delas, a capacidade de conhecer progressivamente cada criança, considerando-a um ser singular com especificidades muito próprias que apenas partilham uma incapacidade motora semelhante. É assim fundamental uma abordagem multidimensional que permita caracterizar cada caso em relação à funcionalidade e participação da criança (FAPPC et orgs., 2010). A presença no dia de cada criança, em turnos da manhã ou de tarde com dinâmicas distintas, e a participação na prestação de cuidados foi uma atividade que permitiu aproximar-me do seu mundo, do seu sentir, e identificar as diferenças e necessidades que cada uma delas apresentava. Requerendo mais atenção, mais

comunicação verbal, ou somente comunicação permeada de afetos e emoções, olhares cúmplices e carinho, cada criança ou jovem revelava diariamente e de forma sutil as estratégias a adotar para imprimir um cuidado verdadeiramente terapêutico e promotor da sua saúde e bem-estar. As rotinas demonstraram ser necessárias em algumas crianças, que com a participação ativa da família (quando presente) fomentavam o desenvolvimento de capacidades físicas e intelectuais encorajadoras da sua autonomia e independência, mas sempre permeadas de cuidados afetivos, generosos, protetores e reveladores de amor. Estas vivências de cuidados possibilitaram desenvolver competências comuns como ***Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro, Orienta e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade*** (Diário da República, 2011b), considerando a criança/jovem e família parceiras ativas no processo de cuidar e na maximização da sua saúde e bem-estar.

Consciente da diversidade e complexidade de situações e processos de saúde-doença vivenciados por cada criança/jovem e família, e reconhecendo o valor imensurável da comunicação na obtenção de resultados favoráveis em todo o processo de reabilitação delineado, foi elaborado um Dossier Temático acerca desta temática. A decisão de realizar esta atividade prendeu-se primeiramente com o desabafo da enfermeira orientadora acerca da falta de saber pediátrico num local dedicado a esta população. Quando constatado na prática da importância da comunicação no incentivo à adesão aos tratamentos, e na promoção da autonomia e independência destas crianças e jovens, questionei se a equipa tinha alguma fonte de consulta acerca das diversas técnicas e estratégias comunicacionais relacionadas com este contexto pediátrico tão particular. Perante uma resposta negativa sugeri a elaboração do referido dossier, como forma de sensibilizar a equipa de enfermagem sobre esta área do conhecimento, e como fonte de pesquisa facilitadora da sua intervenção na prestação diária de cuidados. O cerne desta atividade previa a adequação das técnicas às características singulares de cada criança/jovem, intimamente relacionadas com a sua condição de saúde, com envolvimento fundamental da família, fomentando igualmente a sua capacitação. A enfermeira considerou pertinente a atividade sugerida, e recordou a importância de haver este suporte em papel uma vez que todos os registos eram realizados nesta modalidade, além de estar disponível em qualquer momento para consulta ou estudo. Foram assim reunidos inúmeros documentos oriundos de pesquisas bibliográficas efetuadas em diversas bases de dados e na biblioteca da própria instituição, sendo necessário acrescentar um suporte informático pelo elevado número de achados e pela extensão de alguns deles. A reflexão sobre esta temática impulsionou ainda a realização de um diário de campo que permitiu repensar alguns aspetos fundamentais relacionados com a comunicação, com uma tónica particular para a

criança/jovem com paralisia cerebral (PC), que embora não fale, comunica. Reconhecendo que a PC não tem cura, o tratamento visa “promover o desenvolvimento da criança a um nível máximo, tanto da função motora, como da intelectual e social” (Teixeira, 2014, p. 24). Idealmente a intervenção deve ir para além da deficiência, apostando nas capacidades de aprendizagem ou em quaisquer outros aspetos que possam ser praticados por ela (Fonseca, Leal, Mesquita, & Silvério, 2015). É fundamental respeitar o momento de cada criança, deixando-a livre para se expressar como e quanto quiser (Gabarra & Crepaldi, 2011). “As crianças com incapacidade, assim como os adultos que os rodeiam necessitam de aprender estratégias de interação diferentes dos que se usam com crianças que usam a fala para comunicar” (Barbosa, 2003, p. 35). A experiência de estágio vem acrescentar que para algumas crianças e jovens com paralisia cerebral a interação comunicacional deve ser conduzida com paciência, tranquilidade e flexibilidade. Durante a comunicação direta a linguagem deve ser clara, simples e positiva, sendo importante recorrer a temáticas do interesse da criança. Relativamente à sua participação ativa nas atividades de vida diária e em exercícios de reabilitação, estes devem ser explicados e/ou demonstrados, reforçando positivamente a sua colaboração. A literatura consultada corrobora estas estratégias comunicacionais, realçando a comunicação verbal direta, independentemente da sua capacidade de comunicação, mantendo o contato visual; a mobilização de comunicação não verbal (como a postura corporal, a expressão facial e gestos) através de uma verdadeira sintonia com a criança; e a introdução de suportes visuais como as escalas da dor, ou imagens que apoiem a comunicação de necessidades básicas (Hemsley, Lee, Munro, Seedat, Bastock, & Davidson, 2014). Devem ser aproveitadas todas as expressões produzidas pela criança em contexto natural, e saber “sobreinterpretar” cada sinal, atribuindo-lhe um valor. “Saber esperar e reagir oportunamente é apropriado para ajudar as pessoas com um nível muito baixo de comunicação, e que apresentam uma grande passividade” (Barbosa, 2003, p. 37). O toque e o contato físico constituem formas de comunicação relacionadas com a transmissão de afeto, tranquilidade e segurança. A observação atenta da criança permite comunicar com o olhar, e compreender o que acontece ao seu redor, identificar sentimentos, sensações e necessidades. Este encontro terapêutico possibilita ainda a comunicação através de gestos, “demonstrando o cuidado a ser realizado e facilitando a sua compreensão (...) permitindo que ela compreenda de maneira mais detalhada e clara as atividades a serem desenvolvidas” (Martinez, Tocantins & Souza, 2013, p. 42). A atitude expressa a interação verbal e não verbal do enfermeiro no cuidar a criança constituindo outro recurso para a comunicação. Martinez, Tocantins e Souza (2013) destacaram ainda a perspectiva lúdica que envolve o brincar e o jogar, o jogo e a

música, enquanto facilitadores da aproximação e interação. Ao brincar o enfermeiro comunica com a criança, estabelece laços de confiança e facilita a sua compreensão sobre o que poderá acontecer, proporcionando um cuidar menos traumático. “Os esforços para o enriquecimento da comunicação devem ser dirigidos para uma vasta variedade de rotinas diárias, tal como em actividades dirigidas a outras necessidades do desenvolvimento da criança” (Barbosa, 2003, p. 38). A consecução destas actividades a estas crianças e jovens concorreram para o desenvolvimento das competências específicas *Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil e comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento* (Diário da República, 2011b).

O alargamento recente da idade do jovem hospitalizado dos 18 para os 21 anos foi alvo de reflexão conjunta com alguns dos enfermeiros da equipa, pela sua pertinência em algumas situações. De facto, os jovens com internamentos recorrentes após ultrapassar a barreira dos 18 anos eram transferidos para internamentos de adultos, independente do seu desejo ou adequação à sua situação. Ora em determinadas situações, seja pelo tipo de défices apresentados pelos jovens, seja pelo apoio e conseqüente evolução sentidos em todo o seu processo de reabilitação (através do conhecimento progressivo da equipa de cuidados), esta franja da população hospitalizada preferia manter-se agregada ao serviço de Pediatria. Esta necessidade está preconizada pela OE, que considera que em casos especiais (doença crónica, incapacidade e a deficiência), a intervenção do EEESCJ pode ir além dos 18 anos, “até aos 21 anos, ou mais, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso” (Diário da República, 2011b, p. 8653), considerando que esta população específica continua a necessitar cuidados pediátricos. Esta mudança impeliu repensar a singularidade de cada jovem, a sua situação particular, e o que seria mais adequado e vantajoso para todo o seu processo de reabilitação, considerando sempre que possível a sua perceção e opinião, o que revela ser melhor para si, atendendo ao seu direito de auto-determinação relativamente às escolhas relacionadas com o seu projeto de saúde e de vida. Toda esta reflexão originou uma questão pertinente: de que forma evitar a despersonalização destes jovens adultos que transitam para uma nova fase do seu ciclo de vida, com novas e diferentes necessidades? A resposta solicitou um pensamento mais abrangente, que foi despoletada pela constatação de que os registos de enfermagem naquele contexto, alicerçados claramente no Modelo de Enfermagem de Roper-Logan-Tierney baseado nas actividades de vida, não contemplarem aspetos como a expressão da sexualidade, o trabalhar e lazer ou a perceção da morte, nomeadamente no momento da alta. Segundo o modelo supra-citado, existem cinco grupos de fatores que influenciam as actividades de vida: biológicos, psicológicos, socioculturais,

ambientais e polico-economicos, e estes podem ser mobilizados para descrever cada indivíduo em relação à manutenção da sua saúde, prevenção de doença, adaptação durante períodos de doença e reabilitação, adaptação positiva perante a doença crônica e adaptação ao processo de morrer. (Allgood, 2017). Nesta perspectiva, a atuação do enfermeiro passa por encontrar estratégias que *promovam a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação* (Diário da República, 2011b) considerando as suas necessidades, o respeito pela sua vontade e o direito à informação necessária a uma tomada de decisão responsável e autónoma. Consideradas “alvos passivos de cuidados e proteção”, as crianças e adolescentes com deficiência requerem um reconhecimento como membros plenos das suas famílias, comunidades e sociedades, impelindo um investimento na remoção de barreiras físicas, culturais, económicas, atitudinais, de comunicação e de mobilidade que impedem a realização dos seus direitos (UNICEF, 2013, p. 3). Contrariando a procura incessante de uma forma de prevenir, disciplinar e controlar esta juventude vulnerável, através da família, dos serviços de saúde e da sociedade em geral (Soares, Moreira, & Monteiro, 2008). Delinear um projeto de vida torna-se fundamental na vida destes jovens, respeitando sonhos, desejos e angústias, e investindo numa prestação de cuidados específica, com atendimento e serviços dedicados ao desenvolvimento das suas potencialidades e habilidades, focadas na integração social durante a vida adulta e numa melhor qualidade de vida (Azevedo, 2017). Com a adolescência surge o desejo sexual, que denuncia as transformações no corpo, a mudança nas relações e a independência dos pais, contudo estas alterações podem constituir um problema para os jovens com deficiência intelectual. Os pais necessitam de aprender a relacionar-se de forma mais adulta, colaborando neste processo de crescimento (Almeida, 2008). Focando a atenção na temática da expressão da sexualidade de adolescentes e jovens com deficiência, impulsionada pela delicadeza e concomitantemente pela importância da temática e a sua ausência no documento da alta, questionei a enfermeira acerca das formas como era abordado este tema, ao que a mesma me respondeu que não era simplesmente abordado. A única situação em que um jovem solicitou alguns esclarecimentos neste âmbito foi encaminhada para a Psicóloga que, tal como a equipa de enfermagem, não detinha conhecimentos nesta matéria nem havia muita abertura para a discussão das suas dificuldades, pelo que a consulta não teve qualquer sucesso. Ora este assunto suscita uma necessidade clara de procurar maior conhecimento neste âmbito específico, e se um serviço alarga a idade da sua população até jovens adultos deve investir em formação na equipa multidisciplinar, no sentido de responder eficazmente às suas necessidades e à resolução de problemas. Foi efetuada uma breve pesquisa bibliográfica e anexada ao dossier anteriormente desenvolvido, assim como

estimulada a equipa acerca da dinamização desta temática no serviço durante uma passagem de turno, com envolvimento e interesse por parte dos presentes, sugerindo a presença de um perito na área que pudesse partilhar conhecimentos através de uma formação em serviço. A pesquisa levada a cabo levanta o véu deste problema já antigo, há falta de orientações claras, objetivas e verdadeiras acerca de temas que envolvem a sexualidade. Escasseiam informações, contato social e modelos de relações afetivas que promovam a sexualidade destes jovens, (Azevedo, 2017), os seus conhecimentos são precários e as experiências limitadas e, na maioria das vezes, controladas por pais e profissionais (Pinheiro, 2004). Pais e professores sentem dificuldade e pouco à vontade para abordar a temática junto dos adolescentes, seja por medo, angústia ou falta de informação, e estes sentem igualmente a falta de informação, a par com a necessidade de falar, questionar e viver de forma plena e segura a sua sexualidade (Cadore, & Krahl, 2013; Paliarin, 2015). Os pais recebem pouca ou nenhuma orientação acerca de estratégias para lidar com a sexualidade de seus filhos, e a possibilidade de concretização da relação sexual a par com o medo de que estes sejam vítimas de abuso conduziram à questão da contraceção, inclusive a opção pela esterilização definitiva (Bastos, & Deslandes, 2012). Quando facultadas, as orientações sexuais servem para eliminar comportamentos julgados inadequados, não objetivando a recuperação da identidade sexual, com os privilégios e as responsabilidades que implicam a sua vivência, nem a possibilidade de privilegiar um espaço de interação, esclarecimento de dúvidas ou exposição de pensamentos (Pinheiro, 2004). A sexualidade está vinculada ao desenvolvimento integral do indivíduo, sendo considerado um elemento constitutivo da personalidade (Bastos & Deslandes, 2005), e quando bem estabelecida permite estabelecer relações afetivas estáveis ao longo da vida (OE, 2010). “Está relacionada à intimidade, à afetividade, ao carinho, à ternura, a uma forma de expressão de sentir e de expressar o amor humano através das relações afetivo-sexuais” (Almeida, 2008, p. 29). É necessário que as equipas profissionais elaborem estratégias educacionais eficazes que apoiem a expressão sexual destes jovens (Macedo & Terrassi, 2009). As famílias carecem de momentos “para explorar seus temores, suas resistências, rejeições, negações e ansiedades relacionadas à sexualidade do adolescente e precisam de orientação específica para traçar planos futuros” (Almeida, 2008, p. 6). Devem procura-se espaços de discussão entre profissionais, adolescentes e famílias, realçando aspetos relacionados com o desenvolvimento, orientando em questões da sexualidade, estimulando a reflexão sobre atitudes de superproteção, muitas vezes exageradas, que nada favorecem a vivência sexual com autonomia e privacidade (Bastos, & Deslandes, 2012). Destaco o

Gabinete da Educação enquanto espaço físico privilegiado para incentivar momentos lúdicos e, simultaneamente, educativos, nomeadamente aprendizagens no âmbito da sexualidade.

O momento da alta foi outro aspeto alvo de reflexão neste contexto de estágio. Esta é projetada na admissão, quando são delineados os objetivos iniciais pretendidos para cada criança/jovem no decorrer do internamento, contudo sofre alterações e ajustes, tal como os objetivos, consoante a progressão e a resposta individual de cada um ao processo de reabilitação e ao tratamento definido. A articulação com os CSP é realizado próximo ao dia da alta, através de um contato telefónico, e com envio do documento próprio para o efeito, contudo com uma fraca resposta, porque normalmente ninguém atende, e quando atendem a maioria das vezes não conhecem a criança/jovem nem o seu historial. Raras vezes a articulação acontece com sucesso, com um conhecimento mútuo da situação da criança e da família, e com uma partilha de informação efetiva acerca das suas necessidades no momento de regressar a casa, refletindo um sentimento de dever cumprido e de satisfação profissional, para além de assegurado o direito superior da criança. Heesben (2001) refere, a este respeito, que a fragilidade e ausência de relação entre os elementos do sistema de saúde resume-se a informação de natureza médica, que fornece elementos quanto ao que foi feito durante o internamento em detrimento daquilo que foi efetivamente vivido pela pessoa nesse período. Assim, destacam-se os problemas presentes mas não as potencialidades nem as verdadeiras necessidades da criança/jovem e família, dando-se enfoque à doença e incapacidade em vez de realçar o processo de adaptação à nova condição de saúde. As consultas de Pediatria são um exemplo de sucesso da articulação hospital-comunidade, na medida em que permitem uma avaliação concreta do desenvolvimento da criança/jovem, a identificação de problemas reais e necessidades diárias, existindo uma articulação estreita com as escolas (formação de profissionais) e com os centros de saúde (mobilização de redes de suporte e recursos) para responder eficazmente à sua resolução e satisfação. O EEESCJ avalia a criança/jovem utilizando a escala de rastreio *Mary Sheridan* modificada (preconizada no PNSIJ, DGS, 2012), dando ênfase aos sinais de alarme, e em situações mais concretas e complexas é também aplicada a Escala *The Schedule of Growing Skills*. Existe uma ligação estreita com o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) para sinalização, referenciação e acompanhamento de crianças e jovens em risco de alterações no seu desenvolvimento. Quanto mais precocemente se intervir nas limitações funcionais de origem destas crianças, mais longe se pode ir na sua correção, investindo no crescimento e no desenvolvimento de capacidades que permitam participar autonomamente na vida social (Diário da República, 2009b). Esta consulta abrange somente a área do concelho onde está inserido o Centro,

contudo dá resposta a inúmeras solicitações, e a intervenção do EEESCJ constitui o elo de ligação entre a equipa multidisciplinar e a criança/jovem com necessidades de saúde especiais e a família, sendo um dos seus focos a antecipação de transições ou dificuldades na consecução do seu projeto de saúde e de vida, promovendo o potencial e a funcionalidade desta população pediátrica. Em consonância com o PNSIJ (DGS, 2012, p. 5), deve coexistir uma “articulação efetiva entre estruturas, programas e projetos, dentro e fora do setor da Saúde, que contribuam para o bem-estar, crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens”. A reflexão sobre a dinâmica de atuação do EEESCJ no âmbito desta consulta fez emergir novamente as competências específicas ***Promove a adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade*** e ***Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil*** (Diário da República, 2011b), a par com a competência comum de enfermeiro especialista ***Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional*** (Diário da República, 2011a).

Referências Bibliográficas

- Alligood, M. (2017). *Nursing Theorists and Their Work*. Ninth Edition. St. Louis, Missouri: Elsevier Health Sciences
- Almeida, M. (2008). A expressão da sexualidade das pessoas com Síndrome de Down. *Revista Iberoamericana de Educación*, 46/7. ISSN: 1681-5653
- Azevedo, A. (2017). Atualização sobre Inclusão de Crianças e Adolescentes com Deficiência. Manual de Orientação. Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Adolescência, 3
- Barbosa, M. (2003). O Livro. Instrumento de Comunicação em Crianças com Necessidades Educativas Especiais. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e da Educação da Criança, na especialidade de Intervenção Precoce. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade do Porto.
- Barbosa, M., Balieiro, M., & Pettengill, M. (2012). Cuidado Centrado na Família no Contexto da Criança com Deficiência e sua Família: uma Análise Reflexiva. *Texto Contexto Enfermagem*, 21(1), pp. 194-199.
- Bastos, O., & Deslandes, S. (2005). Sexualidade e o adolescente com deficiência mental: uma revisão bibliográfica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(2), p. 389- 397.
- Bastos, O., & Deslandes, S. (2012). Sexualidade e deficiência intelectual: narrativas de pais de adolescentes. *Revista de Saúde Coletiva*, 22(3), pp. 1031-1046
- Cadore, K., & Krahl, S. (2013). Repercussões da Sexualidade de Adolescentes com Deficiência Mental no Contexto Familiar. *Perspectiva, Erechim*. 37(140), pp. 49-59
- Charepe, Z., Figueiredo, M., Vieira, M., & Neto, L. (2011). (Re) Descoberta de esperança na família da criança com doença crónica através do genograma e ecomapa. *Texto Contexto Enfermagem*, 20(2), pp. 349-358.
- Decreto-Lei n.º. 281/2009 de 6 de Outubro (2009b). Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). *Diário da República*, 1.ª série, N.º 193 (06-10-2009), pp. 7298- 7301
- Direcção-Geral de Saúde (2012). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional*. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde. Ministério da Saúde.
- Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral (FAPPC), Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP), & Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE) (2010). Paralisia Cerebral aos 5 Anos de Idade em Portugal. Crianças com Paralisia Cerebral nascidas em 2001. Disponível em:

http://www.spp.pt/UserFiles/file/UVP_SPP_Casos_Estudo_Paralasia_Cerebral/Relatorio_PVNPC5A_2001_obra_completa.pdf

- Fonseca, F., Leal, M., Mesquita, R., & Silvério, S. (2015). Paralisia Cerebral e Energia Afetiva: uma Análise através da Musicoterapia. 30ª MOSTRATEC – Mostra Internacional de Ciência e Tecnologia. São Paulo, Colégio Giordano Bruno
- Gabarra, L., & Crepaldi, M. (2011). A comunicação médico - paciente pediátrico - família na perspectiva da criança. *Psicol. Argum.* 29(65), pp. 209-218
- Hemsley, B., Lee, S., Munro, K., Seedat, N., Bastock, K., & Davidson, B. (2014). Supporting communication for children with cerebral palsy in hospital: Views of community and hospital staff. *Developmental Neurorehabilitation*, 17(3), pp. 156–166
- Hesbeen, W. (2001). Qualidade em Enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar. Loures: Lusociência.
- Howk, C. (2004). Hildegard E. Peplau. Enfermagem Psicodinâmica. In Tomey, A., & Alligood, M. Teóricas de Enfermagem e Sua Obra. (5ed). Loures: Lusociência. pp. 423-444
- Instituto de Apoio à Criança (1998). Carta da Criança Hospitalizada. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. Disponível em: http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/carta_crianca_hospitalizada.pdf
- Instituto de Apoio à Criança (2009a). Anotações Carta da Criança Hospitalizada. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança. Disponível em: https://issuu.com/iacrianca/docs/annotacoes_carta_da_crian_a_hospitalizada_2009
- Lei n.º 106/2009 de 14 de Setembro (2009). Acompanhamento familiar em internamento hospitalar. *Diário da República* I Série, N.º178 (14-09-2009), pp. 6254-6255.
- Macedo, F., & Terrassi, E. (2009). Abordagem multidimensional. Sexualidade de adolescentes portadores de diferentes deficiências. In Días, F. et al. orgs. Educação inclusiva, deficiência e contexto social: questões contemporâneas. Salvador: EDUFBA, pp. 203-209
- Miller, J. (2007). Hope: a construct central to nursing. *Nursing Forum*, 42(1), pp. 12-19.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Cadernos OE. Série I, Volume 1, Número 3
- Paliarin, F. (2015). Sexualidade e Deficiências: dando vozes aos adolescentes por meio de oficinas pedagógicas. Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Educação Sexual da Faculdade de Ciência e Letras – UNESP/Araraquara, como requisito para

obtenção do título de Mestre em Educação Sexual. Disponível em: http://wwws.fclar.unesp.br/agenda-pos/educacao_sexual/3666.pdf

- Peplau, H. (1991). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York, USA: Springer Publishing Company.
- Pereira, P. (2015). *O amor na relação terapêutica em enfermagem. Experiência vivida do enfermeiro de saúde mental*. Universidade de Lisboa. Programa de Doutoramento em Enfermagem. Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de doutor no ramo de Enfermagem
- Pinheiro, S. (2004). Sexualidade e Deficiência mental: Revisando Pesquisas. *Psicologia Escolar e Educacional*, 8(2), pp. 199-206
- Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série, N.º 35 (18-02-2011) 8653-8655.
- Regulamento nº 123/2011 de 18 de Fevereiro (2011b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República II Série, N.º 35 (18-02-2011) 8653-8655.
- Regulamento nº 351/2015 de 22 de Junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República II Série, N.º 119 (22-06-2015), pp. 16660-16665.
- Resolução da Assembleia da República n.º 56/2009 de 30 de Julho (2009a). Aprova a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adoptada em Nova Iorque em 30 de Março de 2007. Diário da República 1ª Série, N.º 146 (30-07-2009), pp. 4906-4929
- Sellier, E., Platt, M., Andersen, G., Krägeloh-Mann, I., De La Cruz, J., & Cans, C. (2016). Decreasing prevalence in cerebral palsy: a multi-site European population-based study, 1980 to 2003. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 58(1), pp. 85-92
- Soares, A., Moreira, M., & Monteiro, L. (2008). Jovens portadores de deficiência: sexualidade e estigma. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1), pp. 185-194
- Suhonen, R., Välimäki, M. & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17, pp. 843-860
- Teixeira, R. (2014). *Sim, Não Falo, Mas Comunico... A Comunicação Aumentativa como Facilitador da Participação num Grupo de Jardim de Infância*. Trabalho de Projeto apresentado para obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Educação, no Curso de Mestrado em Ciências da Educação – Educação Especial: Domínio Cognitivo e Motor,

conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração, Instituto de Educação

- UNICEF (1989). Convenção sobre os Direitos da Criança. Disponível em: https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- UNICEF (2013). Situação Mundial da Infância 2013, Crianças com Deficiência. Resumo Executivo. Disponível em: https://www.unicef.pt/docs/PT_SOWC2013.pdf

APÊNDICE VIII. SESSÃO DE FORMAÇÃO CUIDADOS À PELE DO RN (USF)

OS CUIDADOS À PELE DO RECÉM-NASCIDO

Sessão de Formação USF

Eva Ferreira



23 de Novembro de 2017

SUMÁRIO

1. Objetivos da Sessão
2. A pele do recém-nascido (RN)
3. A prática baseada na evidência: que cuidados?
4. A intervenção do enfermeiro em Cuidados de Saúde Primários na promoção da integridade cutânea



1. OBJETIVOS DA SESSÃO DE FORMAÇÃO



- ❖ Prática baseada na evidência científica
- ❖ Uniformização das orientações de educação para a saúde do recém-nascido e família
- ❖ Partilha de experiências e práticas

23 de Novembro de 2017

3

2. A PELE DO RECÉM-NASCIDO

- A pele, enquanto **órgão multidimensional e dinâmico**, encerra diferentes funções vitais, atuando como interface entre o ambiente interno e externo do RN.

(Rolim et al., 2008; Menoita, 2015)

- Entre as principais funções destacam-se a **proteção física, química, metabólica e imunológica** de elementos ambientais nocivos, **a percepção sensorial** (dor, temperatura e toque), **a regulação da temperatura corporal, a homeostasia da água e eletrólitos, o armazenamento de gordura e a promoção do estabelecimento precoce da relação mãe-bebé.**

(Stamatas, Nikolovski, Mack & Kollias, 2011; Lund & Kuller, 2014; Selores, Machado & Godinho, 2014)

- Durante o período neonatal, a pele passa por um importante **processo de transformação relacionado com a adaptação à vida extra-uterina** e condicionado pelas características individuais de cada RN.

(Fernandes, Oliveira & Machado, 2011)

23 de Novembro de 2017

4

2. A PELE DO RECÉM-NASCIDO

- A pele infantil **difere significativamente da do adulto** em relação à estrutura, função e composição, encontrando-se funcionalmente ainda em desenvolvimento .

(Blume-Peytavi, Hauser, Stamatias, Pathirana, & Bartels, 2012; Telofsky, Morello, Correa, & Stamatias, 2012)

- As diferenças estruturais mais significativas centram-se no **número e ligação das camadas celulares do estrato córneo epidérmico**, na **menor coesão entre a epiderme e a derme**, devido às fibras elásticas serem mais finas e em menor número, na **maior permeabilidade** a variadas substâncias, na capacidade reduzida de proteção contra a infeção, pelo **sistema imunológico diminuído**, e no **sistema nervoso e vascular ainda desorganizado**.

(Lund & Kuller, 2014)

23 de Novembro de 2017

5

3. QUE CUIDADOS?

A Prática Baseada na Evidência



23 de Novembro de 2017

6

3.1. AVALIAÇÃO DA PELE DO RECÉM-NASCIDO

- **Observar** as superfícies da pele neonatal, da cabeça aos pés, nas consultas de SIP.
- Considerar a **mobilização de um instrumento de avaliação** válido e confiável, para fornecer uma medição objetiva da condição da pele, como a *Neonatal Skin Condition Score* (NSCS).
- Reconhecer as **condições benignas comuns e temporárias** da pele do RN, como: miliária, eritema tóxico neonatal, alterações da coloração devido à instabilidade vascular e descamação.
- Identificar os **fatores de risco de lesões** da pele, com base na avaliação individual do RN (NSRAS até aos 21 dias de vida e depois a Braden Q).
- Determinar as **causas potenciais** de rutura e lesões da pele.

AWHONN Neonatal Skin Condition Score (NSCS)	
Secura	
1 = Normal, sem sinal de pele seca	
2 = Pele seca, descamação visível	
3 = Pele muito seca, rachaduras/fissuras	
Eritema	
1 = Sem sinal de eritema	
2 = Eritema visível, menos de 50% da superfície corporal	
3 = Eritema visível, mais ou igual a 50% da superfície corporal	
Rupturas	
1 = Neteluma evidente	
2 = Pequenas áreas localizadas	
3 = Áreas extensas	
Observação : classificação perfeita = 3, pior classificação = 9.	

(AWHONN, 2013)

23 de Novembro de 2017

7

3.1. AVALIAÇÃO DA PELE DO RECÉM-NASCIDO

CONDIÇÕES BENIGNAS COMUNS E TEMPORÁRIAS DA PELE

- É importante diferenciá-las de outras condições de pele mais graves para evitar a ansiedade dos pais e intervenções terapêuticas desnecessárias.
- A idade gestacional, a etnia, o género, o índice de Apgar, o tipo de parto e a sazonalidade influenciam a presença de manifestações cutâneas específicas.

Sandeep, Susheela, & Keerthi (2016);
Reginatto, DeVilla, Muller, Peruzzo, Peres,
Steglich, & Cestari (2017)

- ✓ Mancha mongólica
- ✓ Mancha salmão
- ✓ Miliária
- ✓ Eritema tóxico neonatal
- ✓ Lanugo
- ✓ Hiperpigmentação genital
- ✓ Edema palpebral
- ✓ Descamação da pele
- ✓ Hiperplasia das glândulas sebáceas

23 de Novembro de 2017

8

3.2. BANHO

- **Ambiente térmico neutro** e minimizador da perda de calor pelo RN. Temperatura da água a cerca de 37°.
- O **banho de imersão** permite menor perda de calor e oferece mais conforto ao bebe. Imergir o corpo do RN excluindo cabeça e pescoço.
- Utilizar **produtos de limpeza** que tenham um **pH neutro ou levemente ácido** (de 5,5 a 7,0), ou que tenham um impacto mínimo sobre o pH da superfície da pele do RN.
- Os produtos de limpeza à base de sabão têm uma maior probabilidade de secar ou irritar a pele e comprometer a barreira cutânea.
- Escolher produtos que contenham **conservantes com segurança e tolerância comprovadas** em RN.
- Em circunstâncias normais, os RN não precisam tomar **banho** com uma frequência maior que **a cada dois dias**, aproximadamente. O cabelo só necessita de higiene uma a duas vezes por semana.
- Instruir os pais e familiares sobre as medidas de segurança no banho.

As recomendações para o banho infantil incluem o uso de produtos líquidos com tensoativos de irritação muito baixos, minimizando a quantidade utilizada, enxaguando bem e evitando um nº excessivo de banhos.

(AWHONN, 2013; Selores, Machado & Godinho, 2014; Visscher et al., 2015; Carvalho et al., 2015)

23 de Novembro de 2017

9

3.2. BANHO

PRODUTOS DE HIGIENE

- Capazes de **eliminar substâncias hidrossolúveis e lipossolúveis**.
- A água permite **remover substâncias orgânicas** (partículas de sujidade e microorganismos), mas não é capaz de remover as gorduras.
- É necessário **associar substâncias tensoativas**, naturais ou de síntese, que permitem emulsionar as substâncias da superfície cutânea e desta forma permitem sua eliminação.
- Os agentes de limpeza irritantes são os sabões com tensoativos alcalinos. Os suaves são os sabonetes com **adição de hidratantes** e os sabonetes sintéticos, de pH ligeiramente ácido. Podem apresentar-se sob a forma de **sabonete em barra ou líquidos**.
- O sabonete ideal deveria ter um **pH entre 4,5 e 6,5**.
- Os sabonetes com componentes bactericidas, apesar de excelentes para erradicar o estafilococo e bactérias gram negativas, não devem ser utilizados diariamente pelo risco de irritar e secar a pele.

(AWHONN, 2013; Selores, Machado & Godinho, 2014; Carvalho et al., 2015)

23 de Novembro de 2017

10

3.3. HIDRATANTES

- Uma **pele hidratada** é caracterizada pela elasticidade e suavidade, sendo que estas características estão diretamente relacionadas ao teor de humidade do extrato córneo.
- A **camada córnea** exerce uma importante função na manutenção da barreira epidérmica e na integridade da pele.
- Os **hidratantes** são substâncias ricas em lípidios que, além de melhorar o aspeto da pele, influenciam na homeostasia prevenindo a perda transepidérmica de água.
- Os **humectantes** (como a glicerina) e os **óleos** são **componentes essenciais num hidratante**, visto que ambos têm a capacidade de reter água na pele, bem como repor lípidios.
- **Podem ser utilizados em peles normais** porém, o **uso diário deve ser indicado para peles secas**, nas dermatoses descamativas e na pele atópica melhorando a xerose (pele seca), inflamação e acelerando a cura das lesões.

O hidratante ideal deve conservar a água na camada córnea, promover a restauração da barreira cutânea e possuir efeito emoliente para preencher os espaços intercelulares entre os corneócitos.

(Fernandes, Oliveira & Machado, 2011; Telofsky, Morello, Correa, & Stamatias, 2012; AWHONN, 2013; Selores, Machado & Godinho, 2014; Carvalho et al., 2015)

23 de Novembro de 2017

11

3.3. HIDRATANTES



23 de Novembro de 2017

12

3.3.1. EMOLIENTES

- **Emulsões semi-oclusivas** que contêm lipídios, **amaciam e restauram a elasticidade e homeostasia da pele e evitam a perda transepidérmica de água.**
- Deixam um filme lipídico que preenche os espaços entre os corneócitos, o que facilita a sua adesão ao nível do estrato córneo.
- Possuem **propriedades humectantes** (atraem água das camadas mais profundas da pele para o estrato córneo) e **oclusivas** (formam uma camada impermeável na superfície cutânea que impede que a água evapore).
- **Lubrificam e hidratam a pele, protegem a integridade do estrato córneo e da barreira cutânea, além de tratarem a pele seca.**

(Fernandes, Oliveira & Machado, 2011; Telofsky, Morello, Correa, & Stamatias, 2012; AWHONN, 2013; Selores, Machado & Godinho, 2014; Carvalho et al., 2015)

23 de Novembro de 2017

13

3.3.1. EMOLIENTES

- Os emolientes podem ser utilizados para **restaurar a integridade da pele seca ou fissurada.**
- Ao **primeiro sinal** de pele seca, fissuras ou descamações, aplicar um creme emoliente a cada 12 horas, ou quando necessário.
- O **uso rotineiro de emolientes** pode ser indicado em RN de termo saudáveis, com “crostas” ou dermatite atópica (eczema).
- O tratamento da **dermatite seborreica infantil** (“crosta”) envolve a aplicação de um hidratante ou óleo na área afetada, deixá-lo por uma hora ou mais, lavar com um champô suave para bebês e, em seguida, hidratar novamente.
- No caso de **dermatites atópicas**, é recomendado um banho diário ao bebê usando um produto de limpeza hidratante, seguido por uma aplicação de emoliente em toda a pele afetada. Essas recomendações também podem ser benéficas para bebês sob o risco de desenvolver dermatites atópicas.

(Fernandes, Oliveira & Machado, 2011; Telofsky, Morello, Correa, & Stamatias, 2012; AWHONN, 2013; Selores, Machado & Godinho, 2014; Carvalho et al., 2015)

23 de Novembro de 2017

14

3.4. CORDÃO UMBILICAL

- **Limpar o cordão umbilical** e a pele ao redor durante o banho:
 1. Lavar a região umbilical com água da torneira e produto de limpeza, para retirar os resíduos;
 2. Secar totalmente, para remover o excesso de humidade;
 3. Manter o coto umbilical e a região circundante limpos, secos e descobertos.
- **Permitir que o cordão umbilical seque naturalmente**, sem a aplicação regular de agentes tópicos.
- **Manter a fralda dobrada** e afastada do coto umbilical, para evitar contaminação por urina ou fezes.
- Se o fragmento do cordão umbilical ficar sujo de urina ou fezes, limpar a área com água e secar totalmente com gaze absorvente limpa, para remover o excesso de humidade.
- Desaconselhar o uso regular de produtos antimicrobianos tópicos.
- **Distinguir a cicatrização normal de problemas potenciais**, incluindo condições infecciosas. Instruir os pais e os familiares sobre o mecanismo normal de cicatrização do cordão umbilical.
- Adotar medidas-padrão de controle de infeções como **a higienização das mãos**.



(AWHONN, 2013; WHO, 2015)

23 de Novembro de 2017

15

3.5. DESINFETANTES



- **Desinfetar a superfície da pele antes de procedimentos invasivos**, como a punção do calcanhar para colheita de amostras (Ex: Teste de Diagnóstico Precoce).
- Selecione um desinfetante, avaliando os riscos e benefícios de cada produto em relação à eficácia, potencial para toxicidade e irritação da pele:
 - Gluconato de clorexidina (CHG): CHG aquoso a 2%; CHG a 0,5%/2% em álcool isopropílico a 70%
- Aplicar CHG por 30 segundos ou com duas aplicações consecutivas. O CHG aquoso pode não secar, mas pode ser removido com gaze esterilizada após a aplicação.
- Remover o máximo possível todos os desinfetantes, com água estéril ou soro fisiológico, após a conclusão do procedimento.

(AWHONN, 2013)

23 de Novembro de 2017

16

3.5. DESINFETANTES

Entre o 3^o e o 6^o dia de vida, leve o seu bebé ao centro de saúde para fazer a picada no pézinho.



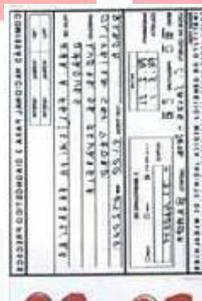
Desinfectar com álcool ou éter e deixar secar antes de picar.

TESTE DO PEZINHO em que consiste?

A colheita deve ser feita com uma lanceta rejeitável, nas faces laterais do calcanhar. Se necessário, aquecer levemente para facilitar a saída do sangue.



Deixar formar uma gota de sangue, e se possível preencher cada círculo de uma só vez.



(<http://www.diagnosticoprecoce.org/info.htm>)

17

3.5. DESINFETANTES

2.1.4 Skin preparation and disinfection

Table 2.3 shows the skin preparation protocols for different types of injection.

Table 2.3 Skin preparation for different types of injection

Type of injection	Skin preparation and disinfection	
	Soap and water	60–70% alcohol (isopropyl alcohol or ethanol)
Intradermal	Yes	No
Subcutaneous	Yes	No
Intramuscular		
• immunization	Yes	No
• therapeutic	Yes ^a	Yes ^a
Venous access	No	Yes

^a Unresolved issue because there is insufficient evidence on the need to disinfect the skin with alcohol before an intramuscular injection to change the 2003 WHO recommendation (?); further studies are warranted.

DO NOT pre-soak cotton wool in a container – these become highly contaminated with hand and environmental bacteria.

DO NOT use alcohol skin disinfection for administration of vaccinations.



WHO best practices
for injections and
related procedures
toolkit

(WHO, 2010)

23 de Novembro de 2017

18

3.6. PREVENÇÃO DA DERMATITE DA FRALDA

- Reação inflamatória aguda da pele na região perineal.
- **Manter um ambiente ideal para a pele:**
 - ✓ Troque a fralda a cada período de uma a três horas, durante o dia, e pelo menos uma vez à noite.
 - ✓ A área genital deve ser limpa totalmente e com delicadeza.
- A lavagem e fricção excessivas podem causar irritação e danificar ainda mais as propriedades de barreira da superfície da pele.
- A utilização de água e algodão/gazes ou de um sabonete suave e água são métodos comprovadamente adequados para a **limpeza da área perianal** e as nádegas do RN. No período neonatal não devem ser utilizados toalhetes.
- Alguns produtos de limpeza contendo emolientes podem oferecer efeitos de proteção adicionais.

(AWHONN, 2013)

23 de Novembro de 2017

19



3.6. PREVENÇÃO DA DERMATITE DA FRALDA

- Realizar uma **avaliação da pele**, focada da área do períneo.
- A descamação leve e o eritema desconfortável são alguns dos **primeiros sinais** da dermatite de fralda.
- Incentivar e **apoiar a amamentação** durante a infância (fezes têm um pH inferior e níveis menores de enzimas).
- Usar cremes à base de vaselina ou protetores de pele contendo óxido de zinco a cada troca de fralda, em RN sob **risco de desenvolver dermatite de fralda**.
- Usar **protetores cutâneos sem álcool**, para promover uma barreira entre a pele e a urina ou fezes, em **bebês com mais de 28 dias** de idade - **filmes de proteção de polímero plástico**.
- **Dermatite da fralda presente:** aplicação de uma camada espessa de óxido de zinco oferece uma barreira protetora que ajuda a evitar outras lesões enquanto a pele sofre reparação.



(AWHONN, 2013; Visscher et al., 2015)

23 de Novembro de 2017

20



3.6. DERMATITE DA FRALDA PRESENTE



- **Identificar e tratar a causa subjacente.**
- O tratamento pode incluir intervenções nutricionais, como a mudança para uma dieta mais básica, ou o uso de medicamentos para tratar outras causas subjacentes.
- **Proteger a pele lesionada** com aplicação de camadas espessas de creme ou pasta protetora, como de óxido de zinco.
- Aplicar o creme ou pasta protetora numa camada espessa; cobrir toda a pele que pode ser exposta aos agentes irritantes; **o creme residual não deve ser removido nas trocas de fralda.**
- **Identificar e tratar a dermatite de fralda com complicação por *Candida albicans*** – manter a aplicação de uma proteção para a prevenção da rutura da pele ou de ruturas adicionais (sinais de alerta: cor vermelha, padrão irregular e pústulas).
- Avaliar a eficácia das intervenções terapêuticas e considere a dermatite de contato alérgica como um potencial diagnóstico, se a resposta ao tratamento não for favorável.



(AWHONN, 2013; Visscher et al., 2015)

23 de Novembro de 2017

21

3.7. USO DE ADESIVOS

- Em virtude da coesão reduzida entre a epiderme e a derme, **a remoção de um adesivo pode resultar na alteração da função de barreira da pele.**
- Um aumento na “força de remoção” do adesivo da pele, resultou num **aumento do nível de desconforto e causou trauma**, o que reduz a função de barreira da pele e intensifica a irritação cutânea.
- **Repensar a necessidade do seu uso em RN, nomeadamente no teste de Diagnóstico Precoce ou na Vacinação.**
- A aplicação de adesivos deve ser evitada sempre que possível. A pressão com uma bola de algodão pode ser suficiente para estancar a hemorragia.
- **Educação para a saúde:**
 - ✓ Remover os adesivos lenta e cuidadosamente, usando compressas humedecidas com soro fisiológico.
 - ✓ Alternativamente, usar óleo mineral ou vaselina para soltar a fita.

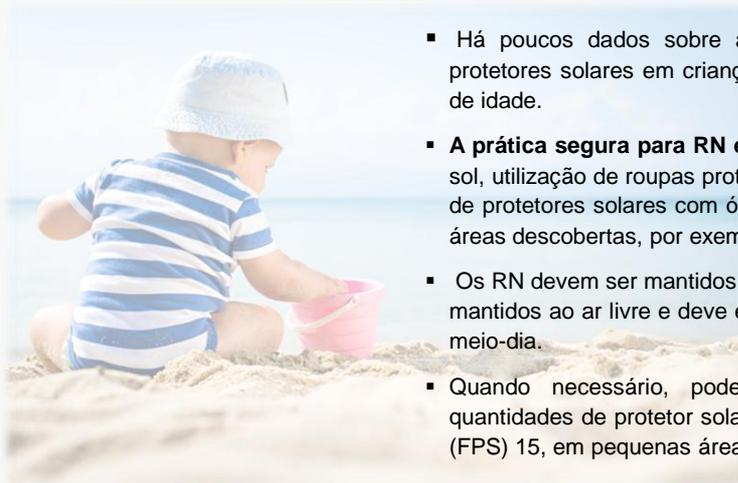


(AWHONN, 2013)

23 de Novembro de 2017

22

3.8. PROTETORES SOLARES



- Há poucos dados sobre a segurança e a eficácia de protetores solares em crianças com menos de seis meses de idade.
- **A prática segura para RN e bebês:** evitar a exposição ao sol, utilização de roupas protetoras adequadas, e aplicação de protetores solares com óxido de zinco para proteger as áreas descobertas, por exemplo, rosto e mãos.
- Os RN devem ser mantidos em áreas com sombra quando mantidos ao ar livre e deve evitar-se a exposição ao sol do meio-dia.
- Quando necessário, podem ser aplicadas pequenas quantidades de protetor solar com Fator de Proteção Solar (FPS) 15, em pequenas áreas da pele exposta.

(AWHONN, 2013)

23 de Novembro de 2017

23

4. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A intervenção do enfermeiro na promoção da integridade cutânea



23 de Novembro de 2017

24

Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

*“Valorização dos **cuidados antecipatórios** como fator de **promoção da saúde e de prevenção da doença**, nomeadamente facultando aos pais e outros cuidadores, os conhecimentos necessários ao melhor desempenho, no que respeita à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade.”*

23 de Novembro de 2017

25

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, (2013). Neonatal Skin Care. Evidence based clinical practice guideline (3rd ed.). Johnson & Johnson Consumer Companies: Washington
- Blume-Peytavi, U., Hauser, M., Stamatias, G., Pathirana, D., & Bartels, N. (2012). Skin Care Practices for Newborns and Infants: Review of the Clinical Evidence for Best Practices. *Pediatric Dermatology* 29(1), pp. 1–14
- Fernandes, J., Oliveira, Z., & Machado, M. (2011). Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *Anais Brasileiros de Dermatologia* 86(1). pp. 102-110
- Lund, C., & Kuller, J. (2014). Integumentary system. In C. Kenner & J. Lott, *Comprehensive Neonatal Nursing* (5th ed., pp. 299-333). New York: Springer Publishing Company
- Menoita, E. (2015). *Gestão de Feridas Complexas*. Loures: Lusodidacta
- Rolim, K. (2006). *Enfermagem humanística: contribuição para o desenvolvimento da enfermeira em unidade neonatal*. Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará.
- Selores, M., Machado, S., & Godinho, C. (2014). *Consenso Clínico – Cuidados Cutâneos ao Recém-Nascido*. Sociedade Portuguesa de Pediatria, Secção de Neonatologia
- Stamatias, G., Nickolovski, J., Mack, M., & Kollias, N. (2011). Infant skin physiology and development during the first years of life: A review of recente findings based on vivo studies. *International Journal of Cosmetic Science*, 33, pp. 17-24
- Telofski, L., Morello, A., Correa, M., & Stamatias, G. (2012). The Infant Skin Barrier: Can We Preserve, Protect, and Enhance the Barrier? *Dermatology Research and Practice*
- World Health Organization (2010). *WHO best practices for injections and related procedures toolkit*. WHO: Geneva. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44298/1/9789241599252_eng.pdf
- World Health Organization (2015). *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice – 3rd ed.* WHO: Geneva

23 de Novembro de 2017

26

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Sandeep, B., Susheela, C., & Keerthi, S. (2016). Cutaneous Lesions in Newborn Babies: A Hospital-based Study . International Journal of Scientific Study, 4(5)
- Reginatto, F., DeVilla, D., Muller, F., Peruzzo, J., Peres, L., Steglich, R., & Cestari, T. (2017). Prevalence and characterization of neonatal skin disorders in the first 72h of life. *Jornal de Pediatria*, 93(3), 238-245
- Carvalho, V., Markus, J., Abagge, K., Giraldo, S., & Campos, T. (2015). Consenso de cuidado com a pele do Recém-nascido. Sociedade Brasileira de Pediatria

APÊNDICE IX. FOLHETO SOBRE CUIDADOS À PELE DO RN (USF)

- * **Permitir que o cordão umbilical seque naturalmente**, sem a aplicação regular de antimicrobianos tópicos.
- * **Manter a fralda dobrada** e afastada do coto umbilical, para evitar contaminação por urina ou fezes. Nessas situações limpar com água e secar.
- * **Reconhecer problemas como** condições infecciosas (vigiar o cheiro, a presença de exsudado e cor da pele circundante).
- * Adotar medidas de controlo de infeções como **a higienização correta das mãos**.



PREVENÇÃO DA DERMATITE DA FRALDA

- * Manter um **ambiente ideal para a pele**:
 - Trocar a fralda a cada período de três horas, durante o dia, e pelo menos uma vez à noite.
 - A área genital deve ser limpa totalmente e com delicadeza.
- * A lavagem e fricção excessivas podem causar irritação e danificar ainda mais a barreira protetora da superfície da pele.

- * A **limpeza** da região perianal e nádegas deve ser realizada com água, algodão/gazes e produto de limpeza com emoliente (oferece efeitos de proteção adicionais).



- * A descamação leve e o eritema (rubor) ligeiro são alguns dos **primeiros sinais** da dermatite de fralda.
- * Usar cremes à base de vaselina ou protetores de pele com óxido de zinco a cada troca de fralda, em RN sob **risco de desenvolver dermatite de fralda**.
- * **Dermatite da fralda presente**:
 - Limpeza cuidada, secar bem e aplicar uma camada espessa de creme reparador ou pasta protetora, como o óxido de zinco.
 - Cobrir toda a pele lesionada, **o creme residual não deve ser removido nas trocas de fralda**.
 - Rever a dieta da mãe em caso de aleitamento materno exclusivo.
- * Considerar **dermatite de fralda com complicação** por fungo *Candida albicans*, havendo necessidade de tratamento tópico (sinais de alerta: cor vermelha, padrão irregular e pústulas).



OS CUIDADOS À PELE DO RECÉM-NASCIDO



USF

Centro de Saúde , 2017



Os Cuidados à Pele do Recém-Nascido

A **pele** é o maior órgão do corpo humano, possui diferentes funções vitais e atua como barreira entre o ambiente interno e externo do recém-nascido (RN).



Entre as principais funções destacam-se a **proteção física, química e imunológica** de elementos ambientais nocivos, a **percepção sensorial** (dor, temperatura e toque), a **regulação da temperatura corporal e o armazenamento de gordura**.

Durante os cuidados à pele do RN são estimulados os seus **sentidos**, promovem-se os **laços afetivos** e o seu **desenvolvimento saudável e harmonioso**.

A **pele do RN** é uma proteção exclusiva e essencial, contudo também **necessita de ser cuidada e protegida**.

O BANHO

- * Em **ambiente térmico neutro**, que minimize a perda de calor. Dar preferência ao **banho de imersão**. Temperatura da água a cerca de **37°**.
- * Utilizar **produtos de limpeza** com **pH neutro ou levemente ácido** (de 5,5 a 7,0). Deve ser utilizada uma quantidade mínima e enxaguar bem.
- * Escolher produtos que contenham **conservantes com segurança e tolerância comprovadas** em RN.
- * O banho deve ser dado, preferencialmente, **a cada dois dias**. O cabelo só necessita de higiene uma a duas vezes por semana.



A HIDRATAÇÃO DA PELE

Uma **pele hidratada** é caracterizada pela sua elasticidade e suavidade.

Os **hidratantes** são substâncias ricas em lípidos que melhoraram o aspeto da pele e influenciam o seu bem-estar.

Os **humectantes** (como a glicerina) e os **óleos** são componentes essenciais num hidratante, uma vez que permitem reter água na pele e repor lípidos.

Os **emolientes** são hidratantes que lubrificam e hidratam a pele, protegem a integridade da camada mais superficial (estrato córneo) e promovem a barreira protetora da pele.

Podem ser utilizados em peles normais porém, o **uso diário deve ser indicado para peles secas**.



O CORDÃO UMBILICAL

Limpar o cordão umbilical e a pele ao redor durante o banho:

1. Lavar a região umbilical com água e produto de limpeza, para retirar os resíduos;
2. Secar totalmente, para remover o excesso de humidade;
3. Manter o coto umbilical e a região circundante limpos, secos e descobertos.



APÊNDICE X. PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

SERVIÇO FARMACÊUTICO

QUE PRODUTOS UTILIZAR NA PELE NEONATAL?

A PELE NEONATAL

A pele é um tecido complexo e multifuncional, que apoia na termorregulação, previne a perda de água transepidérmica, atua como órgão sensorial e funciona como uma barreira, fornecendo proteção contra lesões físicas, químicas e ameaças biológicas (Merrill, 2015; Jurica et al., 2016). A manutenção da barreira da pele é essencial para a sobrevivência dos RN uma vez que a sua pele difere da dos adultos em estrutura, função e composição, sendo particularmente suscetível à infecção. Contudo, e apesar dessas diferenças, a barreira da pele é competente após o nascimento em RN de termo e saudáveis sendo que durante o período fetal tardio (20 semanas até ao nascimento), a pele torna-se funcional e desenvolve uma barreira epidérmica protetora, cuja maturação ocorre à medida que a idade gestacional aumenta (Telofski, Morello, Correa, & Stamatias, 2012; Merrill, 2015). Pesquisas realizadas por Nikolovski, Stamatias, Kollias e Wiegand (2008) demonstraram que a maturação completa do estrato córneo só parece estar completa após um ano de idade.

A pele é constituída por três camadas principais: a epiderme, a derme e a camada subcutânea. A função de barreira da pele reside principalmente no estrato córneo, a camada externa da epiderme, que está em contato direto com o meio ambiente e desempenha um papel vital ao funcionar como barreira protetora ajudando a prevenir a entrada percutânea de microorganismos prejudiciais ao organismo. Possui ainda outras funções importantes, incluindo o envolvimento na termorregulação, na manutenção da hidratação e na imunidade inata dado que o seu pH ligeiramente ácido oferece proteção adicional contra agentes patogênicos. O teor de água do estrato córneo está envolvido na manutenção da sua integridade e funcionalidade (Telofski, Morello, Correa, & Stamatias, 2012; Merrill, 2015).

A **pele dos RNPT** é menos desenvolvida do que a dos RN de termo e não possui propriedades de barreira protetora totalmente funcionais do estrato córneo. Com a diminuição da idade gestacional e um déficit estrutural no estrato córneo, os RNPT são conhecidos por terem um aumento significativo da perda de água transepidérmica (TEWL), o que pode levar a problemas significativos como desidratação, instabilidade térmica, desequilíbrios eletrolíticos, e maior vulnerabilidade ao trauma (Eichenfield & Hardaway, 1999). **Uma vez que o estrato córneo é mais fino e menos eficaz em RNPT, esta população pode ter um risco aumentado de infecção e toxicidade sistêmica devido à absorção tópica de**

substâncias na pele (Mancini, 2004). Demonstrou-se que a **função de barreira completa** desenvolve-se entre as **2 e as 4 semanas após o nascimento para RN nascidos entre 30 e 32 semanas**. No entanto, para as gestações mais prematuras, a maturação completa da função de barreira pode levar até **8 ou 9 semanas** pós-parto, especialmente em **gestações ≤ 25 semanas** (Kalia, Nonato, Lund, & Guy, 1998). Reconhecendo o sub-desenvolvimento da pele do RN extremo prematuro, aliado a um déficit importante na sua funcionalidade, esta tem que ser observada e cuidada como um órgão imaturo que requer cuidados e intervenções especiais. A prevenção e a compensação adequadas das perdas de água e calor são obrigatórias, preservando a integridade da pele e, portanto, de todo o organismo (Jurica et al., 2016).

CUIDADOS COM A LIMPEZA E HIDRATAÇÃO DA PELE

A **limpeza da pele e o uso de emolientes** são duas estratégias simples que podem ajudar a manter a pele saudável. A limpeza adequada permite manter a pele livre de irritantes indesejados, incluindo a saliva, secreções nasais, urina, fezes, enzimas fecais, detritos e microorganismos. A exposição a tais fatores por longos períodos, especialmente na região da fralda, pode causar desconforto, irritação, infecção e ruptura da barreira da pele (Telofski, Morello, Correa, & Stamatias, 2012). A limitação na frequência do banho é recomendada, e ressalva-se a **não utilização de produtos de higiene na água em RNPT com menos de 2 semanas de vida**. Contudo, na maioria dos casos, somente a água não é suficiente para limpar a pele durante o banho (Walters, Fevola, LiBrizzi, & Martin, 2008).

Os **produtos de higiene** devem permitir a eliminação de substâncias hidrossolúveis e lipossolúveis. É necessário **associar substâncias tensioativas**, naturais ou de síntese, que permitem **emulsionar as substâncias da superfície cutânea e desta forma promovem a sua eliminação**. Os **agentes de limpeza** irritantes são os sabões com tensioativos alcalinos. Os **suaves são os sabonetes com adição de hidratantes e os sabonetes sintéticos, de pH ligeiramente ácido**. Podem apresentar-se sob a forma de sabonete **em barra ou líquidos**. O sabonete ideal deveria ter um **pH entre 4,5 e 6,5**. Os sabonetes com componentes bactericidas, apesar de excelentes para erradicar o estafilococo e bactérias gram negativas, não devem ser utilizados diariamente pelo risco de irritar e secar a pele (AWHONN, 2013; Selores, Machado & Godinho, 2014; Carvalho et al., 2015).

Deve utilizar-se **produtos de limpeza que tenham um pH neutro ou levemente ácido** (de 5,5 a 7,0), ou que tenham um **impacto mínimo sobre o pH da superfície da pele do RN**. Deste modo, deve optar-se por aqueles que contenham **conservantes com segurança e**

tolerância comprovadas em RN. Os produtos de limpeza à base de sabão têm uma maior probabilidade de secar ou irritar a pele e comprometer a barreira cutânea. Em circunstâncias normais, os RN não precisam tomar banho com uma frequência maior que a cada dois dias, aproximadamente. O cabelo só necessita de higiene uma a duas vezes por semana. **As recomendações para o banho infantil incluem o uso de produtos líquidos com tensoativos de irritação muito baixos, minimizando a quantidade utilizada, enxaguando bem e evitando um nº excessivo de banhos** (AWHONN, 2013; Selores, Machado & Godinho, 2014; Visscher, Adam, Brink, & Odio, 2015; Carvalho et al., 2015). Os **agentes de limpeza ideais devem ser líquidos, suaves, sem sabão, sem fragrância, com pH neutro ou ligeiramente ácido.** A prática do banho diário altera o pH da pele, não permitindo a formação do manto ácido, o que facilita a colonização bacteriana. Os **produtos utilizados na conservação e proteção da pele infantil deverão ser isentos de substâncias cáusticas e irritantes e idealmente deverão apresentar as seguintes características: sem efeitos irritantes, pH ácido similar ao pH cutâneo, evitar produtos alergizantes (oliamidopropil, dimetilamina-7, essências naturais de laranja, limão e tangerina), sem toxicidade por via oral, inalatória e percutânea** (Carvalho et al, 2015).

Além da utilização de produtos de limpeza durante o banho, o uso de **emolientes** durante ou após o banho também pode ter benefícios tais como **diminuir a perda de água transepidérmica (TEWL), melhorar a condição da pele, e podem até reduzir o risco de infecção e mortalidade em RN extremamente prematuros** (Lane & Drost, 1993; Nopper et al., 1996; Pabst et al., 1999; Darmstadt et al., 2008; Salam, Das, Darmstadt, & Bhutta, 2013). Uma pele hidratada é caracterizada pela elasticidade e suavidade, sendo que estas características estão diretamente relacionadas ao teor de umidade do estrato córneo. A camada córnea exerce uma importante função na manutenção da barreira epidérmica e na integridade da pele. Os **hidratantes são substâncias ricas em lipídios que, além de melhorar o aspeto da pele, influenciam na homeostasia prevenindo a perda transepidérmica de água.** Os **humectantes** (como a glicerina) e os **óleos são componentes essenciais num hidratante**, visto que ambos têm a capacidade de reter água na pele, bem como repor lipídios. Podem ser **utilizados em peles normais porém, o uso diário deve ser indicado para peles secas**, nas dermatoses descamativas e na pele atópica melhorando a xerose (pele seca), inflamação e acelerando a cura das lesões. **O hidratante ideal deve conservar a água na camada córnea, promover a restauração da barreira cutânea e possuir efeito emoliente para preencher os espaços intercelulares entre os corneócitos** (Fernandes, Oliveira & Machado, 2011; Telofsky, Morello, Correa, & Stamatas, 2012;

AWHONN, 2013; Selores, Machado & Godinho, 2014; Carvalho et al., 2015). **A escolha do hidratante deve ser criteriosa visando principalmente seu poder de restauração da pele com o mínimo risco de irritação cutânea.** Hidratantes específicos para crianças e aqueles que possuem a capacidade de restauração da barreira cutânea são os mais recomendados (Carvalho et al, 2015).

Os **emolientes são emulsões semi-oclusivas que contêm lipídios, amaciam e restauram a elasticidade e homeostasia da pele e evitam a perda transepidérmica de água. Deixam um filme lipídico** que preenche os espaços entre os corneócitos, o que facilita a sua adesão ao nível do estrato córneo. **Possuem propriedades humectantes** (atraem água das camadas mais profundas da pele para o estrato córneo) **e oclusivas** (formam uma camada impermeável na superfície cutânea que impede que a água evapore). **Lubrificam e hidratam a pele, protegem e restauram** a integridade do estrato córneo e da barreira cutânea, além de **tratarem a pele seca ou fissurada.** Ao **primeiro sinal de pele seca, fissuras ou descamações, aplicar um creme emoliente a cada 12 horas, ou quando necessário** (Fernandes, Oliveira & Machado, 2011; Telofsky, Morello, Correa, & Stamatias, 2012; AWHONN, 2013; Selores, Machado & Godinho, 2014; Carvalho et al., 2015).

Evidências sugerem que alterações na hidratação e adesão dos corneócitos podem afetar a integridade da camada córnea (Carvalho et al., 2015). Jurica et al., (2016) após a sua pesquisa consideraram que **cremes e pomadas, à base de parafina e outros óleos, apresentam todos os benefícios descritos sem alterar a flora da pele.** No entanto, estes autores reiteram que a **recomendação que prevalece é o uso de emolientes e outras pomadas exclusivamente em casos de pele extremamente seca ou fissurada.** Nangia et al., (2015) constatou no seu estudo que a aplicação de **óleo de coco reduz a TEWL e melhora a maturidade e integridade da pele sem comprometer o meio estéril do RN, recomendando a sua utilização em RN muito prematuros, com peso entre 750-1500g, durante a primeira semana de vida na UCIN.**

Idealmente, os produtos de limpeza e emolientes utilizados não devem interferir com o pH da superfície da pele ou interferir na barreira da pele. Embora os emolientes possam melhorar a barreira da pele, são necessários mais estudos para determinar os potenciais benefícios a longo prazo do uso de emolientes em recém-nascidos saudáveis (Telofski, Morello, Correa, & Stamatias, 2012).

RN COM DISPOSITIVOS MÉDICOS: O USO DE ADESIVOS E PENSOS DE PROTEÇÃO

Os adesivos médicos são um **componente de uma variedade de produtos**, incluindo fitas, pensos, elétrodos ou suplementos de ostomias que **proporcionam segurança para mobilizar dispositivos e produtos, facilitam a proteção e o tratamento da pele e permitem a monitorização não invasiva** (McNichol, Lund, Rosen, & Gray, 2013). Os adesivos são frequentemente utilizados na UCIN para garantir uma fixação segura de equipamentos e dispositivos fundamentais à manutenção da vida, como os tubos endotraqueais (Allwood, 2011). O crescente uso destes dispositivos representa uma ameaça evidente à integridade cutânea dos RN (Kuip & Opperbeck, 2016), colocando-os em risco de desenvolver úlceras por pressão (NPUAP, EPUAP, & PPPIA, 2014). Atendendo a todos estes fatores, **um produto adesivo que proporcione proteção e fixação segura de dispositivos de manutenção e monitorização e que sejam de remoção rápida, fácil e sem provocar danos representa uma necessidade dos RN** (Laulichta, Langerb, & Karpa, 2012). **No momento em que** este equipamento deixa de ser necessário, ou requer substituição, **o adesivo é removido** e, juntamente com este, **uma camada da epiderme também pode ser removida, devido ao vínculo entre a epiderme e o adesivo ser mais forte do que a ligação entre a epiderme e a derme**. Esta situação acontece porque **as fibras que unem estas duas camadas são mais finas e em menor número nos RNPT entre as 23 e 30 semanas de idade gestacional**. O vínculo enfraquecido entre estas duas camadas da pele coloca estes RN em risco de lesão da pele aquando da remoção do adesivo (Fox, 2011). Define-se **lesão cutânea relacionada ao uso do adesivo** como uma **alteração da superfície da pele como o eritema e/ou outra manifestação anormal (incluindo mas não se limitando a vesículas, erosão ou roturas) que persiste 30 minutos ou mais após a remoção do adesivo** (McNichol et al., 2013). A anetodermia da prematuridade (atrofia macular da pele) foi evidenciada como uma importante morbidade relacionada à utilização de adesivos em RN com muito baixo peso ao nascimento (AWHONN, 2013).

Como **resultado da lesão na camada epidérmica, aumenta a perda de água transepidérmica (TEWL) do RNPT no local da mesma e o risco de sépsis sistémica aumenta devido à capacidade das bactérias penetrarem na camada epidérmica no local da lesão** (Allwood, 2011). Além do compromisso da integridade cutânea, a remoção do adesivo de forma inadequada pode **causar desconforto e dor**, reduzindo a qualidade de vida dos pacientes lesados. Em determinadas situações os produtos com adesivo **podem causar lesões dos tecidos mais profundos**, além da perda das camadas mais superficiais da pele.

Assim, a lesão cutânea relacionada com o uso dos adesivos pode ter um **impacto negativo significativo na segurança dos pacientes**, para além dos **custos do tratamento dos danos na pele e do tempo de hospitalização** adicional (McNichol et al., 2013).

Foram assinalados alguns **fatores que podem aumentar o risco de desenvolver estas lesões**, dos quais se destacam como fatores intrínsecos o extremo das idades (realçando-se o RNPT pelas diferenças estruturais e funcionais significativas da pele); algumas condições dermatológicas ou médicas; a má nutrição e a desidratação. Entre os fatores extrínsecos, realçam-se a **pele muito seca como resultado de produtos de limpeza da pele**, banhos frequentes ou pouca humidade envolvente; alguns medicamentos; e a remoção ou substituição repetida de adesivos ou dispositivos. De entre as principais causas preveníveis da lesão cutânea pelo uso do adesivo evidenciam-se a **escolha inadequada deste material**, o tamanho excessivo, técnicas de aplicação e remoção inapropriadas, permanência por longos períodos de tempo, e mudanças repetidas e frequentes (McNichol et al., 2013). Assim, torna-se imperioso tentar minimizar a ocorrência de lesões cutâneas através do uso ponderado de adesivos (Jurica et al., 2016).

Os **adesivos de silicone são um exemplo de novas tecnologias nesta área** (Jurica et al., 2016), e a evidência sugere que são **mais suaves e por isso associados a menor risco de lesão devido às suas propriedades físicas**. Estas incluem menor tensão superficial que permite adequar aos contornos naturais da pele e criar rapidamente uma ligação segura e rápida com toda a superfície da pele, através de uma adesão que permanece constante ao longo do tempo. Estas propriedades resultam numa força de remoção diminuída (definida como a quantidade média de força necessária para remover um produto adesivo da pele), menor propensão à remoção de células epidérmicas e menos desconforto após a remoção. Além disso, alguns produtos adesivos de silicone podem ser reposicionados se necessário. A **contrapartida destes adesivos é a fraca adesão a outros silicões ou a produtos plásticos, pelo que não se recomenda a sua utilização em dispositivos críticos** (acessos vasculares, tubos endotraqueais, sondas de alimentação ou cateteres urinários) (McNichol et al., 2013).

Devido à clara necessidade de um produto adesivo que fixe de forma segura os dispositivos à pele sensível dos RN e produza um *stress* mínimo na derme durante a sua remoção, nomeadamente em situações de urgência, Laulichta, Langerb e Karpa (2012) **projetaram um adesivo médico de remoção rápida, de três camadas** (suporte, camada intermediária e adesivo). A ideia inovadora permite desacoplar a camada de fixação à pele da camada que fixa aos dispositivos, permitindo uma funcionalidade dupla. Criaram uma camada intermediária composta por adesivo/anti-adesivo antiaderente, entre a camada de suporte ao

dispositivo e o adesivo para a pele, para o qual conseguimos uma força de remoção ajustável, mantendo uma força de cisalhamento de alta aderência para garantir uma fixação segura dos dispositivos médicos.

Limitar a utilização de adesivos ao que é estritamente necessário, e **removê-los utilizando soro fisiológico, água destilada, óleo mineral ou produtos de remoção à base de silicone**, foi apontado como a principal prevenção de efeitos traumáticos, como abrasão da pele, eritema, dermatite de contacto ou vesículas provocadas pela tensão (Lund et al, 1997; Soares et al., 2017). No caso de **RNPT recomenda-se remover os adesivos com água morna** (Jurica et al., 2016).

A literatura consultada e a evidência científica atual, liderada por peritos preocupados com esta problemática, incitaram a um esforço comum para definir as melhores práticas, demonstrando um conjunto de **recomendações consensuais** sobre a avaliação e prevenção de lesões cutâneas relacionadas com a utilização de adesivos médicos (AWHONN, 2013; McNichol, et al., 2013; NPUAP, EPUAP, & PPPIA, 2014).

A avaliação diária da pele quanto à evidência de lesão durante a utilização ou mudança de produtos com adesivos é uma recomendação especialmente importante para populações consideradas de alto risco de lesão (McNichol et al., 2013). Na presença de dispositivos médicos, avaliar a pele sob e ao redor destes, pelo menos duas vezes por dia, para identificar sinais de lesão por pressão no tecido circundante. Realizar avaliações da pele mais frequentes em RN com vulnerabilidade acrescida a alterações de fluidos e/ou com sinais de edema localizado ou generalizado (NPUAP, EPUAP, & PPPIA, 2014).

Obter a história dos pacientes conhecidos ou suspeitos de alergia ou sensibilidade aos produtos adesivos, pode igualmente minimizar a ocorrência de lesões relacionadas com adesivos. Identificar os **pacientes de alto risco** de lesão cutânea relacionada com o adesivo é outra estratégia preventiva fundamental, permitindo **promover precauções extra** que permitam proteger a pele atempadamente, **tais como o uso de adesivos mais suaves, produtos de barreira e produtos para remover adesivos** (McNichol et al., 2013).

O cuidado ao fixar dispositivos como tubos endotraqueais, sensores, sondas e cateteres endovenosos destaca-se como uma estratégia de enfermagem promotoras da integridade da pele dos RN, além do **uso de produtos de barreira entre a pele e o adesivo, como os hidrocolóides**, no momento da fixação à pele (Soares et al, 2017). Relativamente a esta matéria e após a sua pesquisa, Jurica et al, (2016) descreveram como recomendações: (1) **fitas de seda ou fitas de papel** para fixar sondas e tubos; (2) para **proteção de locais que exigem visibilidade** (inserção de cateteres intravenosos) aplicar **adesivos de poliuretano**

transparentes; (3) **pensos hidrocolóides aderentes de proteção com pectina em locais de uso frequente, por exemplo, de tubos, sondas** e dispositivos médicos, como máscaras e sondas nasais. Estes pensos protegem contra microorganismos, impedem as perdas de água transepidérmica e apoiam a cicatrização.

Aspetos tão importantes como um cuidado adequado à pele, uma boa nutrição e hidratação são componentes essenciais para manter a pele íntegra e saudável. No que concerne à seleção do adesivo, esta deve depender do objetivo pretendido, da localização anatômica e das condições ambientais presentes no local da aplicação, além das propriedades do adesivo fundamentais como a suavidade, respirabilidade, flexibilidade, conformabilidade e o alongamento. Contudo, devem ser consideradas as possíveis consequências de uma aderência insuficiente quando utilizados dispositivos em situações críticas. Uma fixação apropriada de dispositivos críticos é fundamental para a segurança do paciente. A técnica correta de aplicação e remoção de produtos adesivos constituem estratégias fundamentais para a prevenção de lesões. **Devem ser considerados produtos barreira que proporcionam um interface de proteção entre a pele e o adesivo e para proteger a pele dos fluidos corporais (urina, fezes, exsudados, ...).** Os **produtos barreira** mais comumente disponíveis como **filmes de barreira líquida (espumas, toalhetes ou sprays), podem ser compostos por silicones, acrilatos, polímeros orgânicos ou compostos inorgânicos diluídos num solvente.** Após a aplicação destes produtos o solvente evapora formando uma película transparente protetora da pele. Alguns estudos demonstraram que **estes produtos barreira reduzem o eritema e a descamação da pele após a remoção do adesivo mesmo na população neonatal.** Estes produtos têm especial importância nas ostomias devido ao risco aumentado da integridade da pele comprometida nestes locais. Porém, **as orientações de cuidados à pele neonatal recomendam evitar produtos à base de álcool, pela desidratação que proporciona na pele, bem como solventes que contenham derivados de hidrocarbonetos ou destilados de petróleo devido ao risco de toxicidade.** Estes diretrizes também apontam a **pectina, barreiras hidrocolóides ou películas protetoras sem álcool como os produtos mais adequados para esta população vulnerável, sendo recomendados a lactentes com mais de 30 dias de vida como plataforma para a aplicação de adesivos.** Apesar da utilização deste tipo de produtos protetores, a evidência limitada sugere que a lesão cutânea pode ocorrer. Como resultado, os **filmes de barreira de pele à base de silicone são frequentemente utilizados em RN termo e pré-termo, independentemente da idade, mas é necessário mais investigação.** Podem também **considerar-se o uso de removedores de**

adesivo para minimizar os danos e o desconforto associado à remoção dos produtos adesivos (McNichol et al., 2013).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ▶ Allwood, M. (2011). Skin care guidelines for infants aged 23-30 weeks' gestation: a review of the literature. *Neonatal, Paediatric & Child Health Nursing*, 14(1). pp. 20-27.
- ▶ Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, AWHONN, (2013). Neonatal Skin Care. Evidence based clinical practice guideline (3rd ed.). Johnson & Johnson Consumer Companies: Washington
- ▶ Batalha, L., Santos, L.A. & Guimarães, H. (2007). Dor em cuidados intensivos neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 38(4), 144-151.
- ▶ Blackburn, S. (1998). Environmental Impact of the NICU on Developmental Outcomes. *Journal of Pediatric Nursing*. 13(5), 279-289.
- ▶ Blume-Peytavi, U., Hauser, M., Lunnemann, L., Stamatatos, G. N., Kottner, J., & Garcia Bartels, N. (2014). Prevention of diaper dermatitis in infants - A literature review. *Pediatric Dermatology*, 31(4). pp. 413-429
- ▶ Carvalho, V., Markus, J., Abagge, K., Giraldo, S., & Campos, T. (2015). Consenso de cuidado com a pele do Recém-nascido. Sociedade Brasileira de Pediatria
- ▶ Darmstadt, G., Saha, S., Uddin Ahmed, A., Ahmed, S., Chowdhury, M., Law, P., Rosenberg, R., Black, R., & Santosham, M. (2008). Effect of skin barrier therapy on neonatal mortality rates in preterm infants in Bangladesh: a randomized, controlled, clinical trial. *Pediatrics*, 121(3). pp. 522-529
- ▶ Eichenfield, L., & Hardaway, C. (1999). Neonatal dermatology. *Current Opinion in Pediatrics*, 11(5). pp. 471-474
- ▶ Fernandes, J., Oliveira, Z., & Machado, M. (2011). Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *Anais Brasileiros de Dermatologia* 86(1). pp. 102-110
- ▶ Fox, M. (2011). Wound Care in the Neonatal Intensive Care Unit. *Neonatal Network*, 30(5). pp. 291-303.

- ▶ Gardner, S., & Goldson, E. (2011). The neonate and the environment: impact on development *in* Merenstein, G.D. & Gardner, S.L. - Handbook of neonatal intensive care 7th ed. St. Louis: Mosby Elsevier.
- ▶ Glauser, D., Rügger, C., Natalucci, G., & Arlettaz, R. (2016). Anetoderma of prematurity. Swiss Society of Neonatology
- ▶ Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M. J. G. Paixão, Trad.) (9^a ed.) (vol 1). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's – Nursing Care of Infants and Children, 9th, 2011, New York: Elsevier).
- ▶ Holsti, L., Weinberg, J., Whitfield, M.F. & Grunau, R.E. (2007). Relationships between adrenocorticotrophic hormone and cortisol are altered during clustered nursing care in preterm infants born at extremely low gestational age. *Early Human Development*. 83(5). pp. 341–348.
<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4042>
- ▶ Hunt, K.N. (2011). The NICU: Environmental Effects of the Neonatal Intensive Care Unit on Infants and Caregivers. *Research Papers*. Paper 71.
- ▶ Jurica, S., Čolić, A., Gverić-Ahmetašević, S., Lončarević, D., Filipović-Grčić, B., Stipanović-Kastelić, J., & Rešić, A. (2016). Skin of the very premature newborn – physiology and care. *Paediatrica Croatica*, 60(1). pp. 21-26
- ▶ Kalia, Y. N., Nonato, L. B., Lund, C. H., & Guy, R. H. (1998). Development of skin barrier function in premature infants. *Journal of Investigative Dermatology*, 111, 320–326.
- ▶ Kuip, D., & Opperbeck, A. (2016). Current Risk Factors for Iatrogenic Pressure Injuries in Neonates - A Literature Review. Bachelor's thesis. School of Health and Social Studies, Degree Programme in Nursing. JAMK University of Applied Sciences
- ▶ Lane, A., & Drost, S. (1993). Effects of repeated application of emollient cream to premature neonates' skin. *Pediatrics*, 92(3). pp. 415–419
- ▶ Laulichta, B., Langerb, R., & Karp, J. (2012). Quick-release medical tape. *National Academy of Sciences*, 109(46). pp.18803-18808. Disponível em: <http://www.pnas.org/content/pnas/109/46/18803.full.pdf>
- ▶ Lund, C., Nonato, L., Kuller, J., Franck, L., Cullander, C., & Durand, D. (1997). Disruption of barrier function in neonatal skin associated with adhesive removal. *The Journal of Pediatrics*, 131(3). pp. 367-372 Disponível em: https://www.academia.edu/8053837/Disruption_of_barrier_function_in_neonatal_skin_associated_with_adhesive_removal

- ▶ Mancini, A. (2004). Skin. *Pediatrics*, 113(4). pp. 1114-1119.
http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/113/Supplement_3/1114.full.pdf
- ▶ Maroney, D.I. (2003). Recognizing the Potential Effect of Stress and Trauma on Premature Infants in the NICU: How are Outcomes Affected?. *Journal of Perinatology*. 23 (8), 679-683.
- ▶ McNichol, I., Lund, C., Rosen, T., & Gray, M. (2013). Medical Adhesives and Patient Safety: Consensus Statements for the Assessment, Prevention, and Treatment of Adhesive-Related Skin Injuries. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing*, 40(4).
- ▶ Merrill, L. (2015). Prevention, Treatment and Parent Education for Diaper Dermatitis. *Nursing for Women's Health*, 19(4). pp. 324-337
- ▶ Migoto, M., Souza, S., & Rosseto, E. (2013). Skin lesions of newborns in a neonatal unit: an observational study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 12(2). pp: 377-92.
- ▶ Nair, M.N.G., Gupta, G. & Jatana, S.K. (2003). NICU Environment: Can we be Ignorant? *Med J Armed Forces India*. 59(2). pp. 93-95.
- ▶ Nangia, S., Paul, V., Deorari, A., Sreenivas, V., Agarwal, R., & Chawla, D. (2015). Topical Oil Application and Trans-Epidermal Water Loss in Preterm Very Low Birth Weight Infants—A Randomized Trial. *Journal of Tropical Pediatrics*, 0. pp. 1-7
- ▶ National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) (2014). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia
- ▶ Nikolovski, J., Stamatias, G., Kollias, N., & Wiegand, B. (2008). Barrier function and water-holding and transport properties of infant stratum corneum are different from adult and continue to develop through the first year of life. *Journal of Investigative Dermatology*, 128(7). pp. 1728–1736
- ▶ Nopper, A., Horii, K., Sookdeo-Drost, S., Wang, T., Mancini, A., & Lane, A. (1996). Topical ointment therapy benefits premature infants. *The Journal of Pediatrics*, 128(5), part 1. pp. 660–669
- ▶ Pabst, R., Starr, K., Qaiyumi, S., Schwalbe, R., & Gewolb, I. (1999). The effect of application of Aquaphor on skin condition, fluid requirements, and bacterial colonization in very low birth weight infants. *Journal of Perinatology*, 19(4). pp. 278–283.
- ▶ Ramachandran, S. & Dutta, S. (2013). Early Developmental Care Interventions of Preterm Very Low Birth Weight Infants. *Indian Pediatrics*. 50(8). pp. 765-770.

- ▶ Rodriguez, R., & Pattini, A. (2016). Neonatal intensive care unit lighting: update and recommendations. *Arch Arg Pediatr*. 114(4), 361-367
- ▶ Rutter N. (2000). The Dermis. *Seminars in Neonatology*, 5(4). pp. 297-302
- ▶ Salam, R., Das, J., Darmstadt, G., & Bhutta, Z. (2013). Emollient therapy for preterm newborn infants – evidence from the developing world. *BMC Public Health*, 13(3), S31. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186%2F1471-2458-13-S3-S31.pdf>
- ▶ Schore, A.N. (2002). Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 36(1). pp. 9–30.
- ▶ Selores, M., Machado, S., & Godinho, C. (2014). Consenso Clínico – Cuidados Cutâneos ao Recém-Nascido. Sociedade Portuguesa de Pediatria, Secção de Neonatologia
- ▶ Slevin, M., Farrington, N., Duffy, G., Daly, L., & Murphy, J.F.A. (2000). Altering the NICU and measuring infants' responses. *Acta Paediatr*. 89(5). pp. 577-581.
- ▶ Soares, A., Rocha, S., Araújo Filho, A., Costa, R., Gouveia, M., & Lima, P. (2017). Nursing Care with the Skin of Hospitalized Newborns: Integrative Review. *International Archives of Medicine*, 10(189).
- ▶ Stamatias, G., Zerweck, C., Grove, G., & Martin, K. (2011). Documentation of impaired epidermal barrier in mild and moderate diaper dermatitis in vivo using noninvasive methods. *Pediatric Dermatology*, 28(2). pp. 99–107
- ▶ Telofski, L., Morello, A., Correa, M., & Stamatias, G. (2012). The Infant Skin Barrier: Can We Preserve, Protect, and Enhance the Barrier? *Dermatology Research and Practice*, 2012
- ▶ Visscher, M., Adam, R., Brink, S., & Odio, M. (2015). Newborn infant skin: physiology, development, and care. *Clinics in Dermatology*, 33(3). pp. 271-280
- ▶ Walters, R., Fevola, M., LiBrizzi, J., & Martin, K. (2008). Designing cleansers for the unique needs of baby skin. *Cosmetics and Toiletries*, 123(12). pp. 53–60 https://www.researchgate.net/profile/Russel_Walters/publication/257341452_Designing_cleansers_for_the_unique_needs_of_baby_skin/links/557cf59f08aeb61eae23658c/Designing-cleansers-for-the-unique-needs-of-baby-skin.pdf

**APÊNDICE XI. PESQUISA BIBLIOGRÁFICA E ENTREVISTA:
PERITA NA ÁREA DA INFEÇÃO HOSPITALAR**

ANTISSÉPTICOS NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS (UCIN)

Os recém-nascidos hospitalizados nas UCIN são altamente suscetíveis às infecções associadas aos cuidados de saúde, tendo estas um impacto substancial na mortalidade, morbidade e custos de saúde nesta população (Ohlin, Bjorkman, Serenius, Schollin, & Kallen, 2015; Oza, Lawn, Hogan, Mathers, & Cousens, 2015; Sathiyamurthy, Banerjee, & Godambe, 2016). Algumas infecções são comumente adquiridas pelos RNPT através da via transcutânea durante a sua hospitalização (Ponnusamy, Venkatesh, & Clarke, 2014), uma vez que esta população particular não possui barreira efetiva da pele. O estrato córneo, que é responsável por garantir uma barreira epidérmica protetora eficaz, não está bem desenvolvido até cerca das 32-34 semanas de gestação. Os RN com idade gestacional inferior a 34 semanas levam cerca de 4 a 5 semanas para completar a maturação da pele, o que os torna mais vulneráveis a infecções durante este período (Harpin & Rutter, 1983; Dyer, 2013; Visscher, Adam, Brink, & Odio, 2015).

Compreendendo o impacto da infecção no período neonatal, a desinfecção efetiva da pele com agentes antissépticos tópicos eficazes constitui uma intervenção importante na sua prevenção ou redução (Sathiyamurthy, Banerjee, & Godambe, 2016). As práticas de assepsia da pele têm sido estudadas ao longo dos últimos anos, dando especial destaque aos produtos que apresentam eficácia comprovada na redução bacteriana (Kutsch & Ottinger, 2014). Uma grande variedade de preparações antissépticas em diferentes concentrações e combinações tem sido utilizada nas UCIN em todo o mundo, contudo mantém-se uma escassez de estudos de boa qualidade que oriente sobre a preparação, concentração e combinação antisséptica mais eficaz e segura para uso na desinfecção da pele neonatal (Ponnusamy, Venkatesh, & Clarke, 2014; Sathiyamurthy, Banerjee, & Godambe, 2016). No contexto das UCIN estas práticas têm particular relevo com o propósito de atingir a assépsia da pele durante a realização de diversos procedimentos invasivos como a colocação de cateteres, periféricos e centrais ou colheitas de produtos biológicos. A AWHONN (2013) defende que desinfetar a superfície da pele com soluções antissépticas antes de procedimentos invasivos reduz o risco de bacteriemia, infecções relacionadas com cateteres e contaminação da pele durante a colheita de amostras para hemocultura.

Considerando a fragilidade e imaturidade da pele do RN, particularmente do RNPT, é fundamental a seleção cuidadosa da solução antisséptica a utilizar nesta população. Muito embora todos os agentes tópicos representem o risco de serem absorvidos sistemicamente pela pele imatura, o risco de lesões cutâneas também deve ser considerada ao escolher um antisséptico (Kutsch & Ottinger, 2014). Um agente antisséptico ideal deve ser eficaz contra uma ampla gama de microorganismos, ter um início imediato de ação, ter efeito residual e a longo prazo, não ser inativado pela presença de material orgânico, como por exemplo sangue, e produzir efeitos tóxicos mínimos na pele e sistemas orgânicos (Sathiyamurthy, Banerjee, & Godambe, 2016). A seleção de um antisséptico deve incluir uma avaliação dos riscos e benefícios em relação à sua eficácia, potencial toxicidade e lesão da pele. Não há evidências suficientes para recomendar um único produto para todos os RN (AWHONN, 2013).

O gluconato de clorohexidina (CHG) é um antisséptico tópico de amplo espectro utilizado para prevenir infecções associadas aos cuidados de saúde (Marschal et al., 2014), contudo os dados existentes atualmente continuam a ser insuficientes para recomendar com segurança, o uso de clorohexidina em lactentes com menos de 2 meses de idade (Paternoster, Niola, & Graziano, 2017). A literatura consultada revelou múltiplos casos de queimaduras da pele em RN hospitalizados na UCIN, a maioria em RNPT de muito baixo peso, associados à aplicação de soluções aquosas ou alcoólicas de clorohexidina na pele (Mannan, Chow, Lissauer & Godambe, 2007; Bringué Espuny et al., 2010; Lashkari, Chow & Godambe, 2012; Kutsch & Ottinger, 2014; Neri et al., 2017). Reynolds, Banerjee e Meek (2005) na sua pesquisa referem a hipotermia, a perda de água transepidermica, a sépsis e a insuficiência renal como consequências reconhecidas de queimaduras graves nos RN. Realçam ainda que a dor e o *stress* associados a estas lesões podem afetar negativamente a maturação neuronal no cérebro. As cicatrizes e a despigmentação da pele são outros achados comuns nestas situações (Reynolds, Banerjee, & Meek, 2005). A ocorrência de queimaduras químicas levanta sérias preocupações, especialmente quando surgem em RN que pesam menos de 1500g uma vez que podem constituir uma ameaça à sua vida (Tamma, Aucott, & Milstone, 2010).

A consciência crescente do risco de queimaduras químicas decorrentes do uso de clorohexidina pode prevenir dor e sofrimento a RN e suas famílias. Neste sentido, Paternoster, Niola e Graziano (2017) sugeriram algumas considerações para atuar no melhor interesse dos RN e para reduzir a ocorrência destes eventos. Estes autores realçaram como fundamental a partilha de informação com os pais ou cuidadores, esclarecendo-os sobre a alta eficácia da clorohexidina na prevenção de infecções, contudo, ressaltar o risco potencial para o RN de queimaduras cutâneas, solicitando o seu consentimento para a utilização desta substância.

Outro aspeto destacado por estes autores consistia na documentação regular da condição da pele do RN, nomeadamente após a limpeza e aplicação de substâncias químicas, permitindo a atualização constante dos registos no processo clínico do RN, especificamente as reações adversas às substâncias utilizadas. Esta documentação constitui uma evidência de que os profissionais de saúde seguiram diligentemente os protocolos de prevenção vigentes além de permitir detetar alterações cutâneas num estágio inicial e intervir atempadamente. Johnson et al. (2016) constataram ainda que houve um aumento significativo da utilização da clorhexidina na UCIN, provavelmente porque continuam a surgir evidências da eficácia deste antisséptico na redução do risco de infeção em RN hospitalizados. Sathiyamurthy, Banerjee e Godambe (2016) enfatizaram que a pele devidamente desinfetada reduz o risco de infeção subsequente, sendo amplamente difundido na evidência científica que a clorhexidina é a substância mais eficaz para a antissepsia da pele e é recomendada como a melhor prática em várias recomendações internacionais (O'Grady et al., 2011; Loveday et al., 2014). Face à falta de evidência científica que permita uma utilização segura na população neonatal, são necessários mais estudos que permitam avaliar a relação risco/benefício desta substância para a antissepsia cutânea em RN muito prematuros ou de muito baixo peso ao nascer (Chapman, Aucott & Milstone, 2011; Johnson et al., 2016; Paternoster, Niola & Graziano, 2017).

A *Octenidina* é um desinfetante aquoso com um amplo espectro de atividade antisséptica (Sathiyamurthy, Banerjee, & Godambe, 2016). É uma substância ativa adequada para crianças, com potencial para ser utilizada com segurança em RNPT, devido à ausência de álcool (European Medicines Agency, 2010). É de aplicação indolor e com muito boa tolerância na pele, feridas e membrana mucosa. Tem um rápido início de ação, limpa, desinfeta e promove a cicatrização e tem uma ação remanescente comprovada após 24 horas (Schulke, 2013; Sathiyamurthy, Banerjee, & Godambe, 2016). Octiset deve ser aplicado sobre a área assegurando uma completa distribuição do produto. Friccionar cuidadosamente com pelo menos 2 compressas embebidas na solução, uma após a outra, com um tempo de contacto de pelo menos 1 a 2 minutos antes da realização do procedimento (Schulke, 2013).

Quanto à técnica de aplicação de antissépticos, a AWHONN (2013) sugeriu algumas recomendações relativamente à clorhexidina, como aplicar e deixar atuar durante 30 segundos ou aplicar duas vezes consecutivas. Ressalvou ainda que a clorhexidina aquosa pode não secar, mas pode ser removida com compressa esterilizada após a aplicação. Após a conclusão do procedimento deve-se remover o máximo possível todos os antissépticos, com água estéril ou soro fisiológico. Sathiyamurthy, Banerjee e Godambe (2016) emanaram algumas recomendações baseadas em evidências no que concerne à utilização de antissépticos

em diversos procedimentos. Relativamente aos cuidados ao cordão umbilical há evidências suficientes para concluir que a aplicação de Clorhexidina pode prevenir a onfalite e a mortalidade neonatal nos países em desenvolvimento, contudo essas evidências não existem no que se refere aos países desenvolvidos recomendando-se o *dry cord care*. Quando questionada a segurança dos antissépticos utilizados na prática clínica em RN os autores referem que estudos constataram que a clorhexidina foi bem tolerada e é segura em neonatos a termo contudo, em RNPT, a segurança dos antissépticos não foi extensivamente estudada, realçando que a pele é imatura, carece de uma barreira efetiva e é vulnerável a lesões locais e à absorção sistêmica de produtos químicos tóxicos. Assim, recomendam a precaução extrema na utilização de antissépticos tópicos à base de álcool em RNPT extremos e a lavagem da pele com solução salina após a sua utilização a fim de prevenir queimaduras químicas graves nesta população vulnerável.

Referências Bibliográficas

- ◆ Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, (2013). Neonatal Skin Care. Evidence based clinical practice guideline (3rd ed.). Johnson & Johnson Consumer Companies: Washington
- ◆ Bringué Espuny, X., Soria, X., Solé, E., Garcia, J., Marco, J., Ortega, J., Ortiz, M., & Pueyo, A. (2010). Chlorhexidine-methanol burns in two extreme preterm newborns. *Pediatric Dermatology*, 27(6). pp. 676-678
- ◆ Chapman, A., Aucott, S., & Milstone, A. (2011). Safety of chlorhexidine gluconate used for skin antiseptics in the preterm infant. *Journal of Perinatology*, 32(1). pp. 4-9. <https://www.nature.com/articles/jp2011148.pdf>
- ◆ Dyer, J. (2013). Newborn skin care. *Seminars in Perinatology*, 37(1). pp. 3-7
- ◆ European Medicines Agency (2010). Public summary of opinion on orphan designation Octenidine dihydrochloride for the prevention of late-onset sepsis in premature infants of less than or equal to 32 weeks of gestational age. Committee for Orphan Medicinal Products. EMA/COMP/264905/2010. (Pesquisado em 11.01.2018). http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Orphan_designation/2010/08/WC500095702.pdf

- ◆ Harpin, V., & Rutter, N. (1983). Barrier properties of the newborn infant's skin. *The Journal of Pediatrics*, 102(3). pp. 419-425
- ◆ Johnson, J., Bracken, R., Tamma, P., Aucott, S., Bearer, C., & Milstone, A. (2016). Trends in Chlorhexidine Use in US Neonatal Intensive Care Units: Results From a Follow-Up National Survey. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 37(9). pp. 1116-1118
- ◆ Kutsch, J., & Ottinger, D. (2014). Neonatal Skin and Chlorhexidine: A Burning Experience. *Neonatal Network*, 33(1), pp. 19-23
- ◆ Loveday, H., Wilson, J., Pratt, R., Golsorkhi, M., Tingle, A., Bak, A., Browne, J., Prieto, J., & Wilcox, M. (2014) epic3: National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals in England. *Journal of Hospital Infection*, 86S1. pp. S1-S70 [http://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(13\)60012-2/pdf](http://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(13)60012-2/pdf)
- ◆ Mannan K., Chow P., Lissauer T., & Godambe S. (2007). Mistaken identity of skin cleansing solution leading to extensive chemical burns in an extremely preterm infant. *Acta Paediatrica*, 96(10). pp. 1536-1537
- ◆ Marschal J., Mermel L., Fakih M., Hadaway, L., Kallen, A., O'Grady, O., Pettis, A., Rupp, M., Sandora, T., Maragakis, L., & Yokoe, D. (2014). Strategies to prevent central line-associated bloodstream infections in acute care hospitals: 2014 update. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 35(7). pp. 753-771
- ◆ Neri, I., Ravaioli, G., Faldella, G., Carpretti, M., Arcuri, S., & Patrizi, A. (2017). Chlorhexidine-Induced Chemical Burns in Very Low Birth Weight Infants. *The Journal of Pediatrics*, 191. pp. 262-265
- ◆ O'Grady, N., Alexander, M., Burns, L., Dellinger, E., Garland, J., Heard, S., Lipsett, P., Masur, H., Mermel, L., Pearson, M., Raad, I., Randolph, A., Rupp, M., Saint, S., & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (2011). Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *American Journal of Infection Control*, 39(4) <https://www.cdc.gov/hai/pdfs/bsi-guidelines-2011.pdf>
- ◆ Ohlin, A., Bjorkman, L., Serenius, F., Schollin, J., & Kallen, K. (2015). Sepsis as a risk factor for neonatal morbidity in extremely preterm infants. *Acta Paediatrica*, 104. pp. 1070-1076.
- ◆ Oza, S., Lawn, J., Hogan, D., Mathers, C., & Cousens, S. (2015). Neonatal cause-of-death estimates for the early and late neonatal periods for 194 countries: 2000-2013. *Bulletin of the World Health Organization*, 93(1). pp. 19-28. (Pesquisado em 11.01.2018). <http://www.who.int/bulletin/volumes/93/1/14-139790.pdf>

- ◆ Paternoster, M., Niola, M., & Graziano, V. (2017). Avoiding Chlorhexidine Burns in Preterm Infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 46(2). pp: 267-271.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0884217516304695#bib21>
- ◆ Ponnusamy, V.; Venkatesh, V., & Clarke, P. (2014). Skin antisepsis in the neonate. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 27(3). pp. 244-250.
- ◆ Reynolds, P., Banerjee, S., & Meek, J. (2005). Alcohol burns in extremely low birthweight infants: still occurring. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, 90(1), F10
- ◆ Sathiyamurthy S., Banerjee J., & Godambe S. (2016). Antiseptic use in the neonatal intensive care unit - a dilemma in clinical practice: An evidence based review. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 5(2), p. 159-171. (Pesquisado em 11.01.2018).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4857229/pdf/WJCP-5-159.pdf>
- ◆ Schulke (2013). Ficha Técnica do Produto Octiset. (Pesquisado em 11.01.2018).
<http://www.schuelke.pt/wp-content/uploads/2016/05/Ficha-de-Produto-Octiset.pdf>
- ◆ Tamma, P., Aucott, S., & Milestone, A. (2010). Chlorhexidine use in neonatal intensive care unit: Results from a national survey. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 31(8). pp. 846-849
- ◆ Visscher, M., Adam, R., Brink, S., & Odio, M. (2015). Newborn infant skin: physiology, development, and care. *Clinics in Dermatology*, 33(3). pp. 271-280

Entrevista Exploratória

Clara Carvalho, Enfermeira chefe, Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, Mestre em Bioética, Elemento do Grupo Executivo do Representante do Grupo Coordenador Local do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos (PPCIRA) do HSFX - CHLO

1. Durante a prática clínica na UCIN, perante RNPT ou RN gravemente doentes, como equilibrar a segurança e a eficácia na escolha de um antisséptico?

R. Basear a intervenção nos níveis de evidência.

2. Em que medida a idade gestacional e o peso de nascimento pesam nessa escolha?

R. A extrema vulnerabilidade do órgão pele.

3. Antisséptico alcoólico ou aquoso? Porquê?

R. Alcoólico, pela eficácia.

4. Qual a importância de documentar os efeitos adversos da aplicação de um antisséptico? Como poderiam tratar essa informação?

R. Os antissépticos são dispositivos médicos na legislação, está consagrado o *report* desses eventos adversos. Como em Neonatologia e noutra área do Hospital, é uma medida de segurança do doente, ainda que não acometa esta responsabilidade ao PPCIRA. Através da plataforma o Infarmed recolhe essa informação a nível nacional, pode ser um evento ou o evento.

5. Relativamente aos cuidados ao cordão umbilical durante a hospitalização na UCIN, aplicação de antisséptico ou *dry cord care*?

R. O cordão propriamente dito é uma mucosa, e os antissépticos das mucosas são diferentes dos da pele.

6. Como aplicar de forma correta os antissépticos por forma a garantir a sua eficácia e, simultaneamente, a proteção da pele para efeitos adversos (irritações ou queimaduras)?

R. Seguir as normas recomendadas pelo fabricante, órgãos e autoridades competentes (*Food and Drug Administration - FDA*).

**APÊNDICE XII. PESQUISA BIBLIOGRÁFICA E ENTREVISTA
PERITA EM PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS**

Cuidados de Enfermagem ao RN com Dispositivos Médicos: Adesivos e Pensos de Proteção

ENQUADRAMENTO TEÓRICO E FUNDAMENTAÇÃO

Os adesivos médicos são um componente de uma variedade de produtos, incluindo fitas, pensos, elétrodos ou suplementos de ostomias que proporcionam segurança para mobilizar dispositivos e produtos, facilitam a proteção e o tratamento da pele e permitem a monitorização não invasiva (McNichol, Lund, Rosen, & Gray, 2013). Os adesivos são frequentemente utilizados na UCIN para garantir uma fixação segura de equipamentos e dispositivos fundamentais à manutenção da vida, como os tubos endotraqueais (Allwood, 2011). Um produto adesivo que proporcione proteção e fixação segura de dispositivos de manutenção e monitorização e que sejam de remoção rápida, fácil e sem provocar danos representa uma necessidade dos RN (Laulichta, Langerb, & Karpa, 2012). Assim que for clinicamente possível, devem ser removidos os dispositivos médicos um vez que estes são potenciais fontes de pressão e propiciam a lesão cutânea (NPUAP, EPUAP, & PPIIA, 2014).

A escolha e adequação de um dispositivo médico deve incluir aspetos como a sua capacidade para induzir o mínimo grau de dano provocado por forças de pressão e/ou cisalhamento. Garantir que estão corretamente dimensionados e ajustados para evitar uma pressão excessiva, bem como estão suficientemente protegidos para evitar deslocamento sem com isso criar pressões adicionais. Em situações nas quais o simples reposicionamento não alivia a pressão, é importante não criar pressões adicionais, colocando pensos de proteção sob dispositivos apertados. Com o intuito de prevenir a ocorrência de úlceras por pressão relacionadas com a presença de dispositivos, recomenda-se (1) manter a pele limpa e seca nestes locais, a humidade cria um ambiente no qual a pele fica mais vulnerável a alterações na integridade da pele, incluindo dermatite irritante e ulceração; (2) reposicionar o RN e/ou dispositivo médico para redistribuir a pressão e diminuir as forças de cisalhamento; (3) não posicionar o indivíduo diretamente sob um dispositivo médico a menos que tal não possa ser evitado, (4) considerar a utilização de um penso de proteção para prevenir úlceras por pressão, evitando a excessiva sobreposição de pensos que podem aumentar a pressão no dispositivo colocado na pele (NPUAP, EPUAP, & PPIIA, 2014).

Pela evidente necessidade de tentar minimizar a ocorrência de lesões cutâneas através do uso ponderado de adesivos, os produtos de silicone são um exemplo de novas tecnologias

nesta área (Jurica et al., 2016), e a evidência sugere que são mais suaves e por isso associados a menor risco de lesão devido às suas propriedades físicas (McNichol et al., 2013). Estas incluem menor tensão superficial que permite adequar aos contornos naturais da pele e criar rapidamente uma ligação segura e rápida com toda a superfície da pele, através de uma adesão que permanece constante ao longo do tempo. Estas propriedades resultam numa força de remoção diminuída, menor propensão à remoção de células epidérmicas e menos desconforto após a remoção. Além disso, alguns produtos adesivos de silicone podem ser reposicionados se necessário. A contrapartida destes adesivos é a fraca adesão a outros silicones ou a produtos plásticos, pelo que não se recomenda a sua utilização em dispositivos críticos (acessos vasculares, tubos endotraqueais, sondas de alimentação ou cateteres urinários) (McNichol et al., 2013).

Devido à clara necessidade de um produto adesivo que fixe de forma segura os dispositivos à pele sensível dos RN e produza um *stress* mínimo na derme durante a sua remoção, nomeadamente em situações de urgência, Laulichta, Langerb e Karpa (2012) projetaram um adesivo médico de remoção rápida, de três camadas (suporte, camada intermediária e adesivo). A ideia inovadora permite desacoplar a camada de fixação à pele da camada que fixa aos dispositivos, permitindo uma funcionalidade dupla. Criaram uma camada intermediária entre a camada de suporte ao dispositivo e o adesivo para a pele, para o qual conseguimos uma força de remoção ajustável, mantendo uma força de cisalhamento de alta aderência para garantir uma fixação segura dos dispositivos médicos.

Limitar a utilização de adesivos ao que é estritamente necessário, e removê-los lenta e cuidadosamente utilizando soro fisiológico, água destilada, óleo mineral ou produtos de remoção à base de silicone, foi apontado como a principal prevenção de efeitos traumáticos, como abrasão da pele, eritema, dermatite de contacto ou vesículas provocadas pela tensão (Lund et al, 1997; AWHONN, 2013; Soares et al., 2017). Em RNPT recomenda-se a remoção com água morna (Jurica et al., 2016).

A literatura consultada e a evidência científica atual, liderada por peritos preocupados com esta problemática, incitaram a um esforço comum para definir as melhores práticas, demonstrando um conjunto de recomendações consensuais sobre a avaliação e prevenção de lesões cutâneas relacionadas com a utilização de adesivos médicos (AWHONN, 2013; McNichol et al., 2013; NPUAP, EPUAP, & PPIA, 2014). Destaca-se a avaliação da pele durante a utilização ou mudança de produtos com adesivos e dispositivos médicos. Obter a história dos pacientes conhecidos ou suspeitos de alergia ou sensibilidade a estes produtos adesivos, pode igualmente minimizar a ocorrência de lesões. Identificar os pacientes de alto

risco de lesão cutânea relacionada com o adesivo é outra estratégia preventiva fundamental, permitindo promover precauções extra que permitam proteger a pele atempadamente, tais como o uso de adesivos mais suaves, produtos de barreira e produtos para remover adesivos. Relativamente ao uso de dispositivos médicos, o cuidado ao fixar dispositivos como tubos endotraqueais, sensores, sondas e cateteres endovenosos destaca-se como uma estratégia de enfermagem promotoras da integridade da pele dos RN, além do uso de produtos de barreira entre a pele e o adesivo, como os hidrocolóides, no momento da fixação à pele (Soares et al, 2017). Relativamente a esta matéria, Jurica et al, (2016) após a sua pesquisa recomendaram: fitas de seda ou papel para fixar sondas e tubos; para proteção de locais que exigem visibilidade (inserção de cateteres intravenosos) adesivos de poliuretano transparentes; pensos hidrocolóides aderentes de proteção com pectina em locais de uso frequente, (tubos, sondas e dispositivos médicos, como máscaras e sondas nasais). Estes pensos protegem contra microorganismos, impedem a TEWL e apoiam a cicatrização.

Aspetos tão importantes como um cuidado adequado à pele, uma boa nutrição e hidratação são componentes essenciais para manter a pele íntegra e saudável. No que concerne à seleção do adesivo, esta deve depender do objetivo pretendido, da localização anatómica e das condições ambientais presentes no local da aplicação, além das propriedades do adesivo fundamentais como a suavidade, respirabilidade, flexibilidade, conformabilidade e o alongamento. Contudo, devem ser consideradas as possíveis consequências de uma aderência insuficiente quando utilizados dispositivos em situações críticas. AWHONN (2013) recomenda adesivos médicos que causem o menor trauma possível aos tecidos e que fixem bem os dispositivos médicos, o equipamento de monitorização, bem como os pensos para feridas. Destacaram os acrílicos, hidrocolóides, hidrogéis, poliuretanos, silicones, e adesivos de óxido de zinco.

Uma fixação apropriada de dispositivos médicos é fundamental para a segurança do paciente. A técnica correta de aplicação e remoção de produtos adesivos constituem estratégias fundamentais para a prevenção de lesões. Devem ser considerados produtos barreira que proporcionam um interface de proteção entre a pele e o adesivo e para proteger a pele dos fluídos corporais (urina, fezes, exsudados, ...). Os produtos barreira mais comumente disponíveis como filmes de barreira líquida (espumas, toalhetes ou *sprays*), podem ser compostos por silicones, acrilatos, polímeros orgânicos ou compostos inorgânicos diluídos num solvente. Após a aplicação destes produtos o solvente evapora formando uma película transparente protetora da pele. Alguns estudos demonstraram que estes produtos barreira reduzem o eritema e a descamação da pele após a remoção do adesivo mesmo na

população neonatal. Têm especial importância nas ostomias devido ao risco aumentado da integridade da pele comprometida nestes locais. Porém, as orientações de cuidados à pele neonatal recomendam evitar produtos à base de álcool, pela desidratação que proporciona na pele, bem como solventes que contenham derivados de hidrocarbonetos ou destilados de petróleo devido ao risco de toxicidade. Estes diretrizes também apontam a pectina, barreiras hidrocolóide ou películas protetoras sem álcool como os produtos mais adequados para esta população vulnerável, sendo recomendados a lactentes com mais de 30 dias de vida como plataforma para a aplicação de adesivos. Apesar da utilização deste tipo de produtos protetores, a evidência limitada sugere que a lesão cutânea pode ocorrer. Como resultado, os filmes de barreira de pele à base de silicone são frequentemente utilizados em RN termo e pré-termo, independentemente da idade, com base em estudos realizados em RNPT (McNichol et al., 2013; AWHONN, 2013).

Referências Bibliográficas

- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, (2013). Neonatal Skin Care. Evidence based clinical practice guideline (3rd ed.). Johnson & Johnson Consumer Companies: Washington
- Allwood, M. (2011). Skin care guidelines for infants aged 23-30 weeks' gestation: a review of the literature. *Neonatal, Paediatric & Child Health Nursing*, 14(1). pp. 20-27.
- Fox, M. (2011). Wound Care in the Neonatal Intensive Care Unit. *Neonatal Network*, 30(5). pp. 291-303.
- Glauser, D., Rüegger, C., Natalucci, G., & Arlettaz, R. (2016). Anetoderma of prematurity. Swiss Society of Neonatology
- Jurica, S., Čolić, A., Gverić-Ahmetašević, S., Lončarević, D., Filipović-Grčić, B., Stipanović-Kastelić, J., & Rešić, A. (2016). Skin of the very premature newborn – physiology and care. *Paediatrica Croatica*, 60(1). pp. 21-26
- Laulichta, B., Langerb, R., & Karp, J. (2012). Quick-release medical tape. *National Academy of Sciences*, 109(46). pp.18803-18808. Disponível em: <http://www.pnas.org/content/pnas/109/46/18803.full.pdf>
- Lund, C., Nonato, L., Kuller, J., Franck, L., Cullander, C., & Durand, D. (1997). Disruption of barrier function in neonatal skin associated with adhesive removal. The

Journal of Pediatrics, 131(3). pp. 367-372 Disponível em:
https://www.academia.edu/8053837/Disruption_of_barrier_function_in_neonatal_skin_associated_with_adhesive_removal

- McNichol, I., Lund, C., Rosen, T., & Gray, M. (2013). Medical Adhesives and Patient Safety: Consensus Statements for the Assessment, Prevention, and Treatment of Adhesive-Related Skin Injuries. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing*, 40(4).
- National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) (2014). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia
- Soares, A., Rocha, S., Araújo Filho, A., Costa, R., Gouveia, M., & Lima, P. (2017). Nursing Care with the Skin of Hospitalized Newborns: Integrative Review. *International Archives of Medicine*, 10(189).

Entrevista Exploratória

Ana Paula Real, Enfermeira Coordenadora do Serviço de Cirurgia do HSFY – CHLO. Especialista em Reabilitação. Pós-Graduada em Feridas e Viabilidade Tecidual e em Gestão dos Serviços de Saúde. Coordenadora Pedagógica do Curso da Pessoa com Ferida do CHLO. Perita dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde para a escolha de material de penso de uso terapêutico (Grupo de Trabalho para Análise de Seleção e Utilização de pensos Terapêuticos – GTASUPT).

1. Qual a importância e pertinência da temática dos Cuidados à Pele do RN na UCIN?

R.: Os cuidados à pele são fundamentais para manter o equilíbrio do utente internado nas unidades hospitalares, independentemente da sua idade. Obviamente que no RN as condições da pele são especiais devido à imaturidade da pele e ao stress que esta está sujeita em ambiente hospitalar. O uso de produtos adequados que protejam o maior órgão do corpo tem importância vital para o êxito da excelência da prestação de cuidados.

2. Existem peritos nesta área do conhecimento? Que contributos?

R.: Os peritos são essenciais para aconselhar condutas a seguir, assim como para instituir tratamentos de maior complexidade, em caso de serem chamados à prática, local onde devem exercer a sua consultoria. Os peritos identificam estratégias para mais rapidamente adequar o plano de cuidados ao RN.

3. Qual a importância de existir uma equipa de trabalho multidisciplinar a investir nesta área e a atualizar este conhecimento?

R.: A equipa multidisciplinar deve ser integrada no conhecimento dos novos produtos a utilizar e deve ser sempre elucidada das estratégias tomadas pelos peritos, contudo creio que esta área é de grande especificidade e por isso deve manter a decisão no perito. Devem ser elaboradas reuniões periódicas com a equipa de cuidados e com os peritos.

ESPECIFICIDADES TÉCNICAS DE PENSOS DE PROTECÇÃO E DE EFEITO TERAPÊUTICO

4. Que produtos e materiais recomendariam para fixar e proteger a pele dos RN que usam dispositivos médicos?

R.: Recomendaria pensos/películas de poliuretano para proteger a pele dos dispositivos médicos que se encontram em contacto com a pele do RN: espumas de poliuretano ultra finas com adesividade siliconada de modo a evitar a remoção traumática.

5. Que especificidades devem ter estes produtos e materiais?

R.: Os produtos a utilizar nos RN devem isentos de latex, estéreis de preferência mesmo em situações de aplicação para prevenção, atraumáticos quando retirados, testados previamente com estudos que elucidem o efeito terapêutico a que se propõem, de tamanho adequado ao tamanho da ferida com margem adesiva de pequena dimensão, hipoalergénicos e livres de partículas tóxicas e contaminantes.



Eva Ferreira <evamaddalena@gmail.com>

FW: Re:

Marty Visscher <marty.visscher@gmail.com>

2 de fevereiro de 2018 às 16:28

Para: Maria Vasconcellos <mvasconcellos@chlo.min-saude.pt>

Cc: Mary Coughlin <mary@caringsentials.net>, "evamaddalena@gmail.com" <evamaddalena@gmail.com>

Dear Thereza,

Thank you! The project Eva is doing is very important, not only for your hospital but for everyone who cares for premature babies.

Please give her my contact information and let her know I would be honored to work with her. In fact, I would encourage Eva to submit her results for publication. I know that seems like a lot of work but the results of her project will be of great interest.

I am available to assist in any way I can!

Warm regards,

Marty

[Citação ocultada]

**APÊNDICE XIV. CARTA DE RECOMENDAÇÕES E BOAS PRÁTICAS EM
CUIDADOS À PELE DO RN NA UCIN**

RECOMENDAÇÕES E BOAS PRÁTICAS EM CUIDADOS À PELE DO RN NA UCIN

<p>Avaliação da Pele</p>	<p>Avaliar as superfícies da pele neonatal, da cabeça aos pés, diariamente ou com maior frequência, se necessário. A avaliação regular da pele é essencial para a provisão de cuidados satisfatórios, permitindo avaliar o risco de rutura da integridade cutânea e a identificação precoce e tratamento de problemas.^{1,2}</p> <p>Incluir os seguintes fatores em todas as avaliações da pele: temperatura; edema; alteração na consistência do tecido em relação ao tecido circundante.³ E ainda: rubor, secura, textura, descamação, manchas ou lesões.⁴</p> <p>Avaliar a pele da região occipital nas populações neonatais.³</p> <p>Avaliar a dor localizada como parte integrante de cada avaliação da pele.³</p> <p>Aumentar a frequência das avaliações da pele em resposta a qualquer deterioração do estado geral (cada reposicionamento do RN é uma oportunidade de avaliação rápida da pele). Documentar os resultados de todas as avaliações completas da pele.³</p> <p>Realizar e documentar uma avaliação da pele, pelo menos uma vez por dia, após a conclusão dos procedimentos de substituição de pensos relacionados com a pressão, a fricção, o cisalhamento e a humidade.³</p> <p>Reconhecer as condições benignas comuns e temporárias da pele do RN. O conhecimento dessas lesões benignas pode ajudar a diferenciá-las de sintomas cutâneos mais graves, e pode servir para tranquilizar os pais.^{1,5}</p> <p>As lesões cutâneas benignas temporárias incluem miliária, eritema tóxico neonatal, alterações da coloração devido à instabilidade vascular, descamação, mancha mongólica, mancha salmão, lanugo, hiperpigmentação genital, edema palpebral e a hiperplasia das glândulas sebáceas.^{5,6,7}</p> <p>Considerar o uso de ferramentas de avaliação válidas e confiáveis, para fornecer uma medição objetiva da condição da pele como a <i>Neonatal Skin Condition Score</i> (NSCS) e de predição do risco de lesão com a <i>Braden Q</i> e a <i>Neonatal Skin Risk Assessment Scale</i> (NSRAS).^{1,4,8}</p> <p>A NSCS é uma ferramenta de avaliação utilizada para avaliar a condição da pele de RN, desde RNPT com muito baixo peso ao nascimento até RN de termo saudáveis. A escala de nove pontos avalia a secura, o eritema e a rutura da pele. É um instrumento válido e confiável para a população neonatal.^{8,9}</p>
---------------------------------	--

	<p>Realizar uma avaliação do risco adequada à idade da criança que tenha em conta os fatores de risco específicos para populações neonatais, tais como: níveis de atividade e mobilidade, peso ao nascimento, maturidade da pele, temperatura e humidade do ambiente, indicadores do estado nutricional, perfusão e oxigenação, presença de um dispositivo externo e, duração da hospitalização.³</p> <p>Em Portugal, estão validadas duas escalas de avaliação do risco de lesão por pressão em Pediatria, a NSRAS aplicada à população neonatal dos 0 aos 21 dias e a Braden Q, direcionada a crianças com idade entre os 21 dias de vida e os 18 anos.^{10,11}</p> <p>Os autores da Braden Q reconhecem que esta ferramenta não prevê as úlceras de pressão relacionadas com dispositivos, como as observadas quando utilizado o NCPAP, oxímetros de pulso ou acessos intravenosos. Como essas são as lesões observadas com mais frequência na UCIN, é necessária uma observação atenta e a intervenção em RN que necessitam desses dispositivos.¹²</p> <p>Garantir que uma avaliação completa da pele é parte integrante da política de rastreio de avaliação do risco implementada em todas as instituições de saúde.³</p> <p>Identificar fatores de risco de lesões da pele, com base na avaliação individual do RN, como o baixo peso ao nascer (<1500g); IG <32semanas; tempo de hospitalização prolongado; condição de saúde (hemorragia pulmonar, hemorragia intracraniana, persistência do canal arterial, displasia broncopulmonar e resultados positivos de culturas microbiológicas, ...); edema; desidratação; imobilidade; uso de vasopressores; uso de dispositivos médicos (sondas gástricas, acessos vasculares, cateteres venosos e arteriais centrais, ...); adesivos; ostomias; feridas cirúrgicas; ventilação mecânica; monitorização EEG prolongadas.^{1,13,14,15}</p> <p>Os RNPT correm o risco de sofrer lesões na pele como resultado do subdesenvolvimento do estrato córneo, da redução da coesão entre a epiderme e a derme, da redução do colágeno na derme, e do edema.¹⁶</p> <p>Determinar as causas potenciais de rutura e lesões da pele, como remoção do adesivo (<i>stripping</i>), lesão térmica/queimadura, abrasão/fricção, dermatite de fralda, úlcera de pressão, infeção.¹</p> <p>Determinar a potencial causa de rutura da pele pode ajudar na tomada de decisão sobre o tratamento ideal e pode levar à adoção de estratégias para prevenir novos eventos.¹⁶</p>
<p>Adesivos</p>	<p>Os adesivos são a principal causa de rutura da pele entre os RN na UCIN. Alguns sítios anatómicos, como a face e as costas, têm uma camada de estrato córneo mais delgada e são mais vulneráveis à remoção de pele e à perturbação da função de barreira quando os adesivos são removidos.^{9,17}</p>

A taxa inferior de remoção epidérmica foi atribuída ao uso regular de filmes protetores da barreira cutânea e ao impedimento do contato direto entre a fita e a pele.¹⁸

Um produto adesivo que proporcione proteção e fixação segura de dispositivos de manutenção e monitorização e que sejam de remoção rápida, fácil e sem provocar danos representa uma necessidade dos RN.¹⁹

Adesivos utilizados na UCIN: acrílicos, hidrocolóides, hidrogéis, poliuretanos, e adesivos de óxido de zinco.¹

As novas tecnologias para reduzir as lesões da pele por adesivos de uso médico incluem **pensos e adesivos de silicone e protetores cutâneos sem álcool.**^{1,20,21}

Vantagens de adesivos de silicone: suaves; menor tensão superficial que permite adequar aos contornos naturais da pele; ligação segura e rápida com toda a superfície da pele; força de remoção diminuída, menor propensão à remoção de células epidérmicas e menos desconforto após a remoção.²²

Desvantagens de adesivos de silicone: fraca adesão a outros silicones ou a produtos plásticos, pelo que não se recomenda a sua utilização em dispositivos médicos.²²

Cuidados na utilização de adesivos médicos: ^{1,4,15,21,23,24,25,26,27}

- ✓ Limitar a utilização de adesivos ao que é estritamente necessário;
- ✓ Minimizar a quantidade utilizada;
- ✓ Avaliação da pele durante a utilização ou mudança do adesivo;
- ✓ Seleção do adesivo: objetivo pretendido; localização anatómica; condições ambientais presentes no local da aplicação; propriedades do adesivo (suavidade, respirabilidade, flexibilidade, conformabilidade e o alongamento).
- ✓ Remover suavemente durante o banho ou utilizando soro fisiológico, água destilada, óleo mineral, vaselina ou produtos de remoção à base de silicone, na posição horizontal;
- ✓ Em RNPT recomenda-se a remoção com água morna;
- ✓ Não remover o adesivo com solventes e agentes aglutinantes;
- ✓ Não reaplicar adesivos na mesma área;
- ✓ Evitar a remoção de adesivos num período de 24 horas após a sua aplicação;
- ✓ Remover as fitas adesivas de uso médico num plano horizontal, dobrando-as para trás, sobre si mesmas, enquanto humedece continuamente a superfície de contato entre a pele e o adesivo.

Técnica de remoção de adesivos:^{4,22}

- ✓ Afrouxar os rebordos do produto adesivo;
- ✓ Se não houver um rebordo dobrado, aplicar um pequeno pedaço de fita no rebordo do produto para formar uma aba e facilitar a remoção;

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Com os dedos da mão oposta, empurre a pele para baixo e para longe do adesivo; ✓ Retirar o produto adesivo lentamente na direção do crescimento dos pelos, mantendo-o na horizontal e próximo da superfície da pele; ✓ À medida que o produto é removido, continue movendo os dedos da mão oposta conforme necessário para apoiar a pele recém-exposta; ✓ Usar removedor de adesivo médico, se necessário, para soltar a ligação adesiva. Considere o uso de loções, petrolato ou óleo mineral, se não reaplicar um produto de adesivo na mesma área. <p>Proteger a pele do RNPT durante a utilização de adesivos através do uso de barreiras físicas localizadas entre a pele e o adesivo como hidrocolóide ou filmes de poliuretano (exemplo: <i>Comfeel</i> ou <i>Duoderm</i>).²³</p> <p>Filmes de barreira líquida:^{1,22}</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Podem ser compostos por silicões, acrilatos, polímeros orgânicos ou compostos inorgânicos diluídos num solvente; ✓ Evitar produtos à base de álcool, bem como solventes que contenham derivados de hidrocarbonetos ou destilados de petróleo devido ao risco de toxicidade; ✓ A pectina, barreiras hidrocolóide ou películas protetoras sem álcool são recomendados a lactentes com mais de 30 dias de vida como plataforma para a aplicação de adesivos. <p>É também recomendada a utilização de uma fita de óxido de zinco, tal como <i>Hy-Tape</i>, para minimizar a lesão da pele pelo uso do adesivo.⁴</p> <p>Filmes de barreira da pele à base de silicone são frequentemente utilizados, independentemente da idade, com base em estudos realizados em RNPT.^{28,29}</p> <p>Utilizar elétrodos de hidrogel, durante pelo menos 24 horas.^{4,20,23,24}</p> <p>Existem removedores de adesivos à base de silicone que parecem ser promissores mas requerem mais estudos.¹</p>
<p>Hidratantes e Emolientes</p>	<p>O hidratante ideal deve conservar a água na camada córnea, promover a restauração da barreira cutânea e possuir efeito emoliente para preencher os espaços intercelulares entre os corneócitos. Podem ser utilizados em peles normais porém, o uso diário deve ser indicado para peles secas, nas dermatoses descamativas e na pele atópica melhorando a xerose (pele seca), inflamação e acelerando a cura das lesões.^{1,30,31,32,33}</p> <p>A escolha do hidratante deve ser criteriosa visando principalmente o seu poder de restauração da pele com o mínimo risco de irritação cutânea.³²</p> <p>Utilização controversa dos emolientes em RNPT. Estudos indicam que a sua utilização aumenta o risco de infeção, outros constataram que</p>

	<p>diminui a taxa de mortalidade.^{30,33}</p> <p>O processo de maturação natural do estrato córneo depende da secura da pele após o nascimento, o uso de emolientes pode atrasar esse processo.³⁴</p> <p>O uso de emolientes durante ou após o banho pode ter benefícios tais como diminuir a perda de água transepidermica, melhorar a condição da pele, e até reduzir o risco de infecção e mortalidade em RN extremamente prematuros.^{33,35,36,37,38,39}</p> <p>Os emolientes são emulsões semi-oclusivas que contêm lipídios, amaciam e restauram a elasticidade e homeostasia da pele e evitam a perda transepidermica de água. Deixam um filme lipídico, lubrificam e hidratam a pele, protegem e restauram a integridade do estrato córneo e da barreira cutânea, além de tratarem a pele seca ou fissurada. Ao primeiro sinal de pele seca, fissuras ou descamações, aplicar um creme emoliente a cada 12 horas, ou quando necessário.^{1,30,31,32,33}</p> <p>Para o tratamento da pele seca deve utilizar-se emolientes que não irrite e contenham um balanço fisiológico de lipídios epidérmicos, que melhoram a função de barreira epidérmica (colesterol, ceramida, linolato, palmitato) ou os que contenham óleo de girassol.³³</p> <p>Cremes e pomadas, à base de parafina e outros óleos, apresentam todos os benefícios descritos sem alterar a flora da pele, no entanto, a recomendação que prevalece é o uso de emolientes e outras pomadas exclusivamente em casos de pele extremamente seca ou descamativa/fissurada.^{4,21} Considerar a utilização de emolientes para hidratar a pele seca, a fim de reduzir o risco de dano da pele e posterior desenvolvimento de úlceras por pressão.³</p> <p>Utilizar somente emolientes sem perfumes, corantes ou conservantes.⁴</p> <p>Emolientes sob a forma de pomada são oclusivos e promovem um efeito lubrificante (impedem que a água evapore); sob a forma de creme e loção são mais fáceis de espalhar e promovem um efeito humectante (atraem água do interior para a superfície da pele).³³</p> <p>Diretrizes sobre cuidados à pele de RNPT entre as 23 e 30 semanas de gestação referem que não devem ser incluídos emolientes como parte dos cuidados de rotina. Pesquisas indicam que o uso rotineiro de emolientes é contraindicado devido ao aumento do risco de infecção.^{27,40} Deve ser evitado o uso profilático de emolientes à base de petrolato em RNPT.²⁰</p> <p>Um estudo constatou que a aplicação de óleo de coco reduz a perda transepidermica de água e melhora a maturidade e integridade da pele sem comprometer o meio estéril do RN, recomendando a sua utilização em RN muito prematuros, com peso entre 750-1500g, durante a primeira semana de vida na UCIN.⁴¹</p>
<p>Banho e práticas de limpeza</p>	<p>A limpeza adequada da pele permite manter a pele livre de irritantes indesejados, incluindo a saliva, secreções nasais, urina,</p>

fezes, enzimas fecais, detritos e microorganismos.³⁰

Adote uma política de higienização das mãos antes de dar banho aos RN. A higienização das mãos antes e após o contato com o paciente é a prática mais importante na prevenção de infecções hospitalares.^{1,42,43}

Utilizar as medidas universais de proteção, inclusive o uso de luvas, até terminar o primeiro banho do recém-nascido. O sangue materno e o líquido amniótico com sangue podem representar uma ameaça aos profissionais de saúde. Os RN devem ser considerados contaminados com agentes patogênicos transmitidos pelo sangue, até serem limpos do sangue e líquido amniótico.^{1,4,44}

Ambiente térmico neutro e minimizador da perda de calor. O banho é um fator significativo que influencia a regulação térmica durante o início do período neonatal, especialmente em RN antes de completar as 37 semanas de gestação. Através do controle ambiental adequado, a perda de calor durante o banho é minimizada, independente do ambiente, do tempo ou do cuidador.^{1,45,46}

Temperatura da água próxima à temperatura corporal, entre 37°-37,5°.³³

Temperatura ambiente entre 26°-27°.¹

Duração entre 5-10 min (o mais curta possível), para evitar o *stress* pelo frio e limitar a exposição ao sabonete.^{1,33,44}

Existem benefícios do **banho de imersão para o primeiro banho do RN**, mesmo com o cordão umbilical presente, inclusive para o **RNPT tardio**.^{1,4,26,31,32,33,34,47,48,49,50}

- ✓ Induz menor perda de calor; menos *stress* e maior conforto; satisfação da família.
- ✓ **Técnica:** encher a banheira com água com profundidade suficiente para manter os ombros do bebê cobertos; delicadamente colocar o corpo do RN na água, exceto a cabeça e o pescoço; lavar o rosto primeiro com água morna e um pano limpo; lavar o restante do corpo, de cima para baixo.
- ✓ Os RNT ou prematuros tardios (34-37 semanas) não precisam tomar banho com uma frequência maior que a cada 2/3 dias, aproximadamente. O cabelo só necessita de higiene uma a duas vezes por semana. **Não se recomenda o banho diário ao RN.** As áreas de maior atenção incluem: a face, pescoço, pregas e a área génito-urinária.
- ✓ Recomenda-se a limpeza diária dos olhos, boca, região genital e zonas sujeitas a pressão.
- ✓ **Não remover o vernix da pele** pois este apoia o desenvolvimento do estrato córneo permitindo a acidificação mais precoce da superfície pele.
- ✓ Evitar friccionar a pele durante ou após o banho.

✓ 1º Banho após estabilidade térmica (36,8º) e cardiorrespiratória, preferencialmente 6 horas após o nascimento (OMS).

Banho do RN prematuro^{1,4,27,31,32,40,47,48,49}

Os bebês prematuros possuem um estrato córneo imaturo e estruturas cutâneas subdesenvolvidas, e também correm o risco de rutura da pele e de toxicidade pelas substâncias aplicadas topicamente.⁵¹

- **Com <32 semanas**, o banho deve limitar-se à limpeza delicada das superfícies cutâneas usando somente água morna durante as primeiras 4 semanas de vida. Se houver evidência de ruturas da pele, utilizar água estéril morna;
- Em RNPT <1000g utilizar somente água;
- Utilizar materiais macios, como tecidos ou bolas de algodão. Evitar esfregar, a água pode ser espremida para a pele;
- 1º Banho RNPT tardio (34-37 semanas) após 1 hora de estabilidade térmica (aproximadamente 2 a 4 horas após o nascimento);
- **Banho de imersão enfaixado** minimiza instabilidade térmica, reduz o *stress* comportamental, mantém um estado sonolento ou de alerta calmo, e conserva energia melhorando a capacidade de alimentação oral posteriormente.
- **Técnica** do banho de imersão enfaixado: enrolar num cobertor ou toalha macia; mergulhar em água morna lentamente; descubra e lave delicadamente uma parte do corpo de cada vez.
- **Frequência de 4/4 dias**, sem aumento comprovado da colonização da pele por microorganismos, e com base na estabilidade fisiológica e comportamental.

Após o banho, caso a pele do RN apresente algum sinal de secura ou fissura, deve ser aplicado um emoliente adequado que, além de tratar a pele seca, proteja a integridade do estrato córneo e da barreira cutânea.³³

Os produtos de higiene devem permitir a eliminação de substâncias hidrossolúveis e lipossolúveis. É necessário associar substâncias tensoativas, naturais ou de síntese, que permitem emulsionar as substâncias da superfície cutânea e desta forma promover a sua eliminação.^{1,31,32}

Os produtos utilizados na conservação e proteção da pele infantil deverão ser **isentos de substâncias cáusticas e irritantes**, evitando **produtos alergizantes** como: oliamidopropil, dimetilamina-7, sódio *laureth* sulfato, metilisotiazolina, parabens, essências naturais de laranja, limão e tangerina.³² Os sabões alcalinos, óleos, pós e loções não se utilizam porque alteram o manto ácido, fornecendo um meio favorável ao crescimento bacteriano.^{27,33}

Utilização de produtos de limpeza de pH neutro ou levemente ácido (de 5,5 a 7,0), que tenham um impacto mínimo sobre o pH da superfície da pele do RN (manto ácido protetor).^{1,20,26,40} Um sabonete líquido suave

	<p>para RN, sem perfume nem sabão, dermatologicamente testado, é mais eficaz que somente a água na remoção de componentes de fezes e urina da superfície da pele.^{26,44} Um pH mais alto da superfície cutânea foi relacionado a uma maior proliferação de bactérias na pele.⁵² Em RNPT (até 30 semanas) utilizar somente água nas primeiras 4 semanas, com uma frequência de 4 em 4 dias.⁴⁰</p> <p>Não é adequado o uso de toalhetes húmidos, sobretudo em RN extremamente prematuros, pelo risco de remover o filme lipídico da pele e porque muitos ingredientes podem conter potenciais alérgenos.^{20,33}</p> <p>As recomendações para o banho infantil incluem o uso de produtos líquidos com tensioativos de irritação muito baixos, pH que não interfira na microflora, sem toxicidade por via oral, inalatória e percutânea, minimizando a quantidade utilizada, enxaguando bem e evitando um nº excessivo de banhos.^{1,26,31,32,44,47,48,53}</p>
<p>Antissépticos</p>	<p>Os RN hospitalizados nas UCIN são altamente suscetíveis às infecções associadas aos cuidados de saúde, algumas infecções são comumente adquiridas pelos RNPT através da via transcutânea.^{39-54,40-55,41-56,42-57}</p> <p>Realizar a assepsia da superfície da pele com antissépticos antes de procedimentos invasivos.^{1,4,56}</p> <p>Avaliar os riscos e benefícios de qualquer agente antisséptico.^{1,4}</p> <p>A utilização de álcool ou produtos com álcool na pele imatura deve ser feita com cautela, pois a sua absorção pela epiderme pode causar necrose hemorrágica do RNPT, além de queimaduras em RN de baixo peso.^{26,33}</p> <p>Os antissépticos cutâneos que contenham Clorohexidina (CHG) devem ser usados com cautela em RNPT ou RN com menos de dois meses de idade, uma vez que podem causar queimaduras químicas.^{1,58,59} A CHG pura a 0,5% sem álcool é um agente tópico antisséptico eficaz e é considerada uma alternativa mais segura em RN de termo.³³</p> <p>Octenidina é uma solução aquosa com um amplo espectro de atividade antisséptica, cuja substância ativa tem potencial para ser utilizada com segurança em RNPT, devido à ausência de álcool.^{56,60}</p> <p>Remover o antisséptico com água estéril ou solução salina após a assepsia da pele (risco de absorção e queimaduras).^{1,4,56,61}</p> <p>Documentar a condição da pele do RN após a limpeza e aplicação de substâncias químicas, especificamente as reações adversas às substâncias utilizadas, como sinais de toxicidade e reações sistêmicas.^{4,58}</p> <p>Evitar ao máximo a utilização de produtos com substâncias químicas em prematuros a fim de evitar dermatites de contato.²⁶</p> <p>Restringir a utilização do agente tópico à menor área possível.⁴</p>

	<p>Observar cuidadosamente o região inferior do corpo dos neonatos para garantir que não estão sob lençóis ou materiais embebidos em soluções químicas.⁶²</p> <p>Antisséptico ideal: eficaz contra uma ampla gama de microorganismos; ter um início imediato de ação; ter efeito residual e a longo prazo; não ser inativado pela presença de material orgânico, e produzir efeitos tóxicos mínimos na pele e sistemas orgânicos.⁵⁶</p>
<p>Prevenção de úlceras por pressão (UP) e Dispositivos Médicos</p>	<p>Em RN em risco de desenvolver UP, realizar uma avaliação completa da pele logo que possível ou num prazo máximo de oito horas após a admissão; de forma contínua, com base no contexto clínico e no grau de risco do indivíduo; antes de o indivíduo receber alta.³</p> <p>Inspecionar a pele quanto a áreas de eritema em indivíduos que foram identificados como estando em risco de desenvolver UP.⁴³</p> <p>Diminuir a pressão exercida por forças externas utilizando colchões de água, ar ou gel, pele de carneiro ou lençóis de algodão.^{4,24}</p> <p>Aplicar pensos transparentes nas proeminências ósseas para prevenir lesões por fricção.^{4,24}</p> <p>Inspecionar a pele quanto a áreas de eritema em RN de risco (evitar posicionar o indivíduo sobre uma superfície corporal que esteja ruborizada).³</p> <p>Reposicionar a cada 2 horas.²⁴</p> <p>Determinar a frequência do reposicionamento tendo em conta os seguintes aspetos do indivíduo: tolerância tecidual, nível de atividade e mobilidade, condição clínica geral, objetivos gerais do tratamento, condição da pele, conforto.³</p> <p>O reposicionamento visa reduzir a duração e a magnitude da pressão exercida sobre áreas vulneráveis do corpo e contribuir para o conforto, a higiene, a dignidade e a capacidade funcional do indivíduo.³</p> <p>Reposicionar de forma que a aliviar e redistribuir a pressão.³</p> <p>Evitar sujeitar a pele à pressão ou a forças de cisalhamento. Levantar - não arrastar - enquanto reposiciona.³</p> <p>Evitar posicionar em contacto direto com dispositivos médicos.³</p> <p>Posicionar e apoiar de forma a e que o RN não deslize na cama e crie forças de cisalhamento.³</p> <p>Cuidados com a pele:³</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sempre que possível, evitar posicionar o indivíduo numa superfície corporal que esteja ruborizada; ✓ Manter a pele limpa e seca; ✓ Não massajar nem esfregar vigorosamente a pele que esteja em risco das UP (além de ser doloroso, pode também provocar uma ligeira destruição tecidual ou uma reação inflamatória, especialmente na pele mais frágil);

- ✓ Proteger a pele da exposição à humidade excessiva através do uso de produtos barreira de forma a reduzir o risco de danos de pressão (os danos na pele resultantes da humidade não são uma UP, mas a presença destes pode aumentar o risco do seu desenvolvimento);
- ✓ Considerar a utilização de emolientes para hidratar a pele seca;
- ✓ Controlo microclimático (características adicionais ao selecionar uma superfície de apoio e sua cobertura; controlo da humidade e temperatura);
- ✓ Pensos de proteção para proteger a pele de dispositivos médicos;
- ✓ Tecidos e têxteis, considerar a utilização de tecidos do tipo seda (reduz o cisalhamento e a fricção).

Considerar as crianças com dispositivos médicos como estando em risco de desenvolver úlceras por pressão.³ Muitas das lesões cutâneas iatrogénicas desenvolvidas pelos RN hospitalizados na UCIN foram associadas ao contacto com dispositivos de diagnóstico e terapêutica, sendo comumente relatados casos de UP faciais (região occipital, nariz, orelhas e região frontal) associados à ventilação não invasiva.⁶³ A incidência aumenta em RN mais jovens, de baixa IG, que desenvolvem este tipo de lesão precocemente.⁶⁴

Escolha adequada de um dispositivo médico:³

- ✓ Induzir o mínimo grau de dano (forças de pressão e/ou cisalhamento)
- ✓ Corretamente dimensionado e ajustado
- ✓ Protegido para evitar deslocamento

Inspecionar a pele sob e ao redor dos dispositivos médicos, pelo menos duas vezes por dia, para detetar precocemente sinais de lesão por pressão no tecido circundante.^{3,64}

Realizar avaliações da pele mais frequentes (mais de duas vezes por dia) no dispositivo de interface com a pele **em RN vulneráveis a alterações de fluidos e/ou indivíduos com sinais de edema localizado/generalizado.**³

Manter a pele limpa e seca sob os dispositivos médicos (a humidade sob um dispositivo médico cria um ambiente no qual a pele fica mais vulnerável a alterações na integridade da pele, incluindo dermatite irritante e ulceração).³

Considerar a utilização de um penso de proteção para prevenir UP com dispositivos médicos (evitar a excessiva sobreposição de pensos de proteção que podem aumentar a pressão no dispositivo colocado na pele).³

Seleção do penso de proteção:³

- ✓ Capacidade de gerir o microclima
- ✓ Facilidade de aplicação e remoção

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Capacidade de avaliação regular da pele ✓ Atender à região anatômica para a aplicação do penso ✓ Tamanho correto do penso ✓ Substituir o penso de proteção caso este se danifique, desloque, solte ou esteja excessivamente húmido <p>Produtos para fixar e/ou proteger dispositivos médicos:^{1,4,15,21,22}</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fitas de seda ou papel para fixar sondas e tubos; ✓ Para proteção de locais que exigem visibilidade utilizar adesivos de poliuretano transparentes (inserção de cateteres centrais e EV); ✓ Pensos hidrocolóides aderentes de proteção com pectina em locais de uso frequente, (tubos, sondas gástricas, máscaras e sondas nasais de ventilação); ✓ Segurar a sonda de oxímetro de pulso ou elétrodos com material de penso elástico. <p>Assim que for clinicamente possível, devem ser removidos os dispositivos médicos uma vez que estes são potenciais fontes de pressão e propiciam a lesão cutânea.³</p> <p>Reavaliar as necessidades nutricionais dos RN em estado crítico que tenham desenvolvido ou estejam em risco de desenvolver UP.³</p> <p>Garantir uma hidratação adequada. Se a ingestão oral for inadequada, considerar o suporte nutricional entérico e parentérico.³</p> <p>Selecionar uma superfície de apoio de alta especificidade para evitar UP na região occipital.³</p> <p>Reposicionar frequentemente a cabeça em RN sedados e ventilados.³</p>
<p>Prevenção de perda de água transepidermica e calor</p>	<p>Pelo déficit de desenvolvimento do estrato córneo, os RNPT <34 semanas de gestação têm um risco aumentado de perda de calor, água, calor, eletrólitos e proteínas.²⁶ Em RN mais imaturos crescem outros problemas como a menor massa muscular e menos depósito de gordura castanha para produzir calor, falta de tecido subcutâneo e um controlo fraco dos capilares da pele.⁴</p> <p>Um ambiente térmico neutro é aquele que permite ao RN manter uma temperatura adequada com um consumo mínimo de calor e oxigénio.⁴</p> <p>Promover ambientes de humidade elevada em incubadoras.¹ Em RN com IG <30 semanas: humidade a 85%.⁶⁻⁴⁰ Um ambiente com humidade contribui para a manutenção da temperatura corporal reduzindo a perda de calor por evaporação.⁴</p> <p>A utilização de cobertores de polietileno imediatamente após o nascimento.¹ Ou a aplicação da membrana semi-permeável, filmes de poliuretano aplicados na superfície do abdómen, tórax e dorso.^{26,65} A promoção de “microambientes” minimizam as perdas insensíveis de água por evaporação, estes incluem: cobertores de plástico com bolhas de ar, sacos de polietileno, plásticos e cobertores (evitar o contacto do</p>

	<p>plástico com a superfície cutânea durante longos períodos de tempo).⁴</p> <p>Aplicar o sensor da temperatura em regiões corporais bem perfundidas como o abdómen, os flancos ou o tórax posterior.⁴</p> <p>Incubadoras de parede dupla, previamente aquecidas. Considerar fontes suplementares condutoras de calor como colchões aquecidos.^{4,65}</p> <p>A perda de água transcutânea pode aumentar entre 50-200% em RN de muito baixo peso ou extremo baixo peso, predispondo à desidratação, aumentando as necessidades diárias de líquidos.⁴</p> <p>Com o RN dentro ou fora da incubadora, a cabeça coberta com um barrete de tecido térmico aumenta a eficácia na prevenção da perda de calor.⁴</p> <p>A aplicação de adesivos transparentes e protetores para a pele, e cremes tópicos estéreis foram descritos em estudos pequenos, mas esses tratamentos continuam a ser alvo de debate, devido ao risco de infecção.¹</p> <p>Em RNPT tardios monitorizar a temperatura frequentemente no período pós-parto (30 em 30 minutos até estabilizar e depois a cada 1-4 horas, dependendo da IG e capacidade para manter a estabilidade térmica). Promover o contacto pele a pele no período pós parto imediato às crianças estáveis e ajustar a temperatura ambiente para evitar a perda de calor excessiva.⁴</p> <p>Aquecer previamente todos os materiais que entram em contacto direto com o RN pode reduzir a perda de calor por condução. A utilização de roupa ou campos descartáveis esterilizados bloqueia as ondas de calor, pelo que é adequado colocar o RN sob um cobertor aquecido.⁴</p> <p>A utilização de uma cobertura em tecido na incubadora além de proporcionar proteção contra as fontes de luz externa, reduz ainda mais a perda de calor radiante.⁴</p>
<p>Punção do calcanhar</p>	<p>Não repetir a punção na mesma área, pois pode causar hipersensibilidade e nódulos calcificados, devendo estas ser espaçadas.⁵</p> <p>A utilização de lancetas manuais aumenta o risco de penetrar no osso ou na cartilagem, o que pode originar osteomielite e comprometer o crescimento ósseo. Utilizar lancetas de profundidade fixa em dispositivos com mola que promovem maior precisão.⁵</p>

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, (2013). Neonatal Skin Care. Evidence based clinical practice guideline (3rd ed.). Johnson & Johnson Consumer Companies: Washington
2. Lund, C., Kuller, J., Lane, A., Lott, J., Raines, D., & Thomas, K. (2001). Neonatal skin care: Evaluation of the AWHONN/NANN research-based practice project on knowledge and skin care practices. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 30, pp. 30–40.
3. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) (2014). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia
4. Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M. J. G. Paixão, Trad.) (9ª ed.) (vol 1). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's – Nursing Care of Infants and Children, 9th, 2011, New York: Elsevier).
5. Lucky, A. (2008). Transient benign cutaneous lesions in the newborn. In L. A. Eichenfield, I. J. Frieden, & N. B. Esterly (Eds.), *Textbook of neonatal dermatology* (pp. 85–97). Philadelphia: W. B. Saunders.
6. Sandeep, B., Susheela, C., & Keerthi, S. (2016). Cutaneous Lesions in Newborn Babies: A Hospital-based Study. *International Journal of Scientific Study*, 4(5)
7. Reginatto, F., DeVilla, D., Muller, F., Peruzzo, J., Peres, L., Steglich, R., & Cestari, T. (2017). Prevalence and characterization of neonatal skin disorders in the first 72h of life. *Jornal de Pediatria*, 93(3), pp. 238-245
8. Lund, C., & Osborne, J. (2004). Validity and reliability of the neonatal skin condition score. *J. Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 33, pp. 320-327
9. Lund, C., Osborne, J., Kuller, J., Lane, A., Lott, J., & Raines, D. (2001). Neonatal skin care: Clinical outcomes of the AWHONN/NANN evidence-based clinical practice guideline. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 30, pp. 41–51.
10. Martins, C., & Curado, A. (2017). Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos: validação estatística com recém-nascidos. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV, (13), pp. 43-52
11. Direção Geral de Saúde (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Orientação N°: 17/2011

12. Noonan, C., Quigley, S., & Curley, M. (2011). Using the Braden Q Scale to predict pressure ulcer risk in pediatric patients. *Journal of Pediatric Nursing*, 26, 566–575.
13. Sardesai, S., Kornacka, M., Walas, W., & Ramanathan, R. (2011). Iatrogenic skin injury in the neonatal intensive care unit. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 24(2). pp: 197-203.
14. Csoma, Z., Meszes, A., Abraham, R., Kemeny, L., Talosi, G., & Doro, P. (2016). Iatrogenic Skin Disorders and Related Factors in Newborns Infants. *Pediatric Dermatology*, 33(5). pp. 543–548
15. Soares, A., Rocha, S., Araújo Filho, A., Costa, R., Gouveia, M., & Lima, P. (2017). Nursing Care with the Skin of Hospitalized Newborns: Integrative Review. *International Archives of Medicine*, 10(189).
16. Lund, C., Kuller, J., Lane, A., Lott, J., & Raines, D. (1999). Neonatal skin care: The scientific basis for practice. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 28, pp. 241–254.
17. Breternitz, M., Flach, M., Prässler, J., Elsner, P., & Fluhr, J. W. (2007). Acute barrier disruption by adhesive tapes is influenced by pressure, time and anatomical location: Integrity and cohesion assessed by sequential tape stripping. A randomized, controlled study. *British Journal of Dermatology*, 156, 231–240
18. Noonan, C., Quigley, S., & Curley, M. A. Q. (2006). Skin integrity in hospitalized infants and children: A prevalence survey. *Journal of Pediatric Nursing*, 21, 445–453
19. Laulichta, B., Langerb, R., & Karp, J. (2012). Quick-release medical tape. *National Academy of Sciences*, 109(46). pp.18803-18808. Disponível em: <http://www.pnas.org/content/pnas/109/46/18803.full.pdf>
20. Johnson, D. (2016). Extremely Preterm Infant Skin Care: A Transformation of Practice Aimed to Prevent Harm. *Advances in neonatal care*, 5S, S26-S32
21. Jurica, S., Čolić, A., Gverić-Ahmetašević, S., Lončarević, D., Filipović-Grčić, B., Stipanović-Kastelić, J., & Rešić, A. (2016). Skin of the very premature newborn – physiology and care. *Paediatrica Croatica*, 60(1). pp. 21-26
22. McNichol, I., Lund, C., Rosen, T., & Gray, M. (2013). Medical Adhesives and Patient Safety: Consensus Statements for the Assessment, Prevention, and Treatment of Adhesive-Related Skin Injuries. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing*, 40(4).
23. Kuller, J. (2001). Skin breakdown: Risk factors, prevention, and treatment. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 1(1), pp. 35-42

24. Ness, M., Davis, D., & Carey, W. (2013). Neonatal skin care: a concise review. *International Journal of Dermatology*, 52(1), pp. 14-22.
25. Lund, C., Nonato, L., Kuller, J., Franck, L., Cullander, C., & Durand, D. (1997). Disruption of barrier function in neonatal skin associated with adhesive removal. *The Journal of Pediatrics*, 131(3). pp. 367-372 Disponível em: https://www.academia.edu/8053837/Disruption_of_barrier_function_in_neonatal_skin_associated_with_adhesive_removal
26. Nascimento, R., & Landim, T. (2016). Cuidados de Enfermagem na Prevenção de Lesões de Pele no Recém-Nascido Prematuro. *Rev. Electrôn. Atualiza Saúde* 4(4), pp. 66-73. Disponível em: <http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2016/07/Cuidados-de-enfermagem-na-preven%C3%A7%C3%A3o-de-les%C3%B5es-de-pele-no-rec%C3%A9m-nascido-prematuro-v-4-n-4.pdf>
27. Gregory, J., Anschau, N., McCutchan, D., Patterson, J., Martin, S., & Allwood, M. (2011). Skincare Guidelines for babies in NICU. *Kaleidoscope, The Children's health network*.
28. Brandon, D. H., Coe, K., Hudson-Barr, D., Oliver, T., & Landerman, L. R. (2010). Effectiveness of No-Sting skin protectant and Aquaphor on water loss and skin integrity in premature infants. *Journal of Perinatology*, 30, pp. 414– 419.
29. Irving, V. (2001). Reducing the risk of epidermal stripping in the neonatal population: An evaluation of an alcohol free barrier film. *Journal of Neonatal Nursing*, 7, 5–8.
30. Telofski, L., Morello, A., Correa, M., & Stamatas, G. (2012). The Infant Skin Barrier: Can We Preserve, Protect, and Enhance the Barrier? *Dermatology Research and Practice*, 2012
31. Selores, M., Machado, S., & Godinho, C. (2014). Consenso Clínico – Cuidados Cutâneos ao Recém-Nascido. Sociedade Portuguesa de Pediatria, Secção de Neonatologia
32. Carvalho, V., Markus, J., Abagge, K., Giraldi, S., & Campos, T. (2015). Consenso de cuidado com a pele do Recém-nascido. Sociedade Brasileira de Pediatria
33. Fernandes, J., Oliveira, Z., & Machado, M. (2011). Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *Anais Brasileiros de Dermatologia* 86(1). pp. 102-110
34. Blackburn S. (2007). *Maternal, Fetal & Neonatal Physiology: A clinical perspective*. Missouri, USA: Saunders Elsevier
35. Lane, A., & Drost, S. (1993). Effects of repeated application of emollient cream to premature neonates' skin. *Pediatrics*, 92(3), pp. 415–419

36. Nopper, A., Horii, K., Sookdeo-Drost, S., Wang, T., Mancini, A., & Lane, A. (1996). Topical ointment therapy benefits premature infants. *The Journal of Pediatrics*, 128(5), part 1. pp. 660–669
37. Pabst, R., Starr, K., Qaiyumi, S., Schwalbe, R., & Gewolb, I. (1999). The effect of application of Aquaphor on skin condition, fluid requirements, and bacterial colonization in very low birth weight infants. *Journal of Perinatology*, 19(4), pp. 278–283.
38. Darmstadt, G., Saha, S., Uddin Ahmed, A., Ahmed, S., Chowdhury, M., Law, P., Rosenberg, R., Black, R., & Santosham, M. (2008). Effect of skin barrier therapy on neonatal mortality rates in preterm infants in Bangladesh: a randomized, controlled, clinical trial. *Pediatrics*, 121(3). pp. 522–529
39. Salam, R., Das, J., Darmstadt, G., & Bhutta, Z. (2013). Emollient therapy for preterm newborn infants – evidence from the developing world. *BMC Public Health*, 13(3), S31. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186%2F1471-2458-13-S3-S31.pdf>
40. Allwood, M. (2011). Skin Care Guidelines for Infants Aged 23-30 Weeks' Gestation: A Review of the Literature. *Neonatal, Paediatric & Child Health Nursing*, 14(1), pp. 20-27.
41. Nangia, S., Paul, V., Deorari, A., Sreenivas, V., Agarwal, R., & Chawla, D. (2015). Topical Oil Application and Trans-Epidermal Water Loss in Preterm Very Low Birth Weight Infants—A Randomized Trial. *Journal of Tropical Pediatrics*, 61(6), pp. 414-420
42. American Academy of Pediatrics (AAP) & American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2012). Guidelines for perinatal care (7th ed.). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; Washington, DC: American College of Obstetrics and Gynecology.
43. Centers for Disease Control and Prevention (2016). Hand hygiene in health care settings. Disponível em: <https://www.cdc.gov/handhygiene/providers/guideline.html>
44. Blume-Peytavi, U., Cork, M. J., Faergemann, J., Szczapa, J., Vanaclocha, F., & Gelmetti, C. (2009). Bathing and cleansing in newborns from day 1 to first year of life: Recommendations from a European round table meeting. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 23, pp. 751–759
45. Loring, C., Gregory, K., Gargan, B., Leblanc, V., Lundgren, D., Reilly, J., ... Zaya, C. (2012). Tub bathing improves thermoregulation of the late preterm infant. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 41, pp. 171–179
46. Medves, J. M., & O'Brien, B. A. (2004). The effect of bather and location of first bath on maintaining thermal stability in newborns. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 33, pp. 175–182.

47. Walters, R., Fevola, M., LiBrizzi, J., & Martin, K. (2008). Designing cleansers for the unique needs of baby skin. *Cosmetics and Toiletries*, 123(12). pp. 53–60
https://www.researchgate.net/profile/Russel_Walters/publication/257341452_Designing_cleansers_for_the_unique_needs_of_baby_skin/links/557cf59f08aeb61eae23658c/Designing_cleansers_for_the_unique_needs_of_baby_skin.pdf
48. Visscher, M., Adam, R., Brink, S., & Odio, M. (2015). Newborn infant skin: physiology, development, and care. *Clinics in Dermatology*, 33(3). pp. 271-280
49. Liaw, J.-J., Yang, L., Yuh, Y.-S., & Yin, T. (2006). Effects of tub bathing procedures on preterm infants' behavior. *Journal of Nursing Research*, 14, 297–305.
50. Lund, C. (2016). Bathing and Beyond. Current Bathing Controversies for Newborn Infants. *Advances in Neonatal Care*, 16(5S), pp. S13-S20
51. Mancini, A. J. (2004). Skin. *Pediatrics*, 113 (4 Suppl), pp. 1114-9.
52. Garcia Bartels, N., Scheufele, R., Prosch, F., Schink, T., Proquitté, H., Wauer, R. R., & Blume-Peytavi, U. (2010). Effect of standardized skin care regimens on neonatal skin barrier function in different body areas. *Pediatric Dermatology*, 27, pp. 1–8
53. Lavender, T., Bedwell, C., Roberts, S., Hart, A., Turner, M., Carter, L., & Cork, M.(2013). Randomized, controlled trial evaluating a baby wash product on skin barrier function in healthy, term neonates. *Journal Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 42(2), pp: 203-214
54. Ohlin, A., Bjorkman, L., Serenius, F., Schollin, J., & Kallen, K. (2015). Sepsis as a risk factor for neonatal morbidity in extremely preterm infants. *Acta Paediatra*, 104. pp. 1070–1076.
55. Oza, S., Lawn, J., Hogan, D., Mathers, C., & Cousens, S. (2015). Neonatal cause-of-death estimates for the early and late neonatal periods for 194 countries: 2000–2013. *Bulletin of the World Health Organization*, 93(1). pp. 19–28. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/93/1/14-139790.pdf>
56. Sathiyamurthy S., Banerjee J., & Godambe S. (2016). Antiseptic use in the neonatal intensive care unit - a dilemma in clinical practice: An evidence based review. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 5(2), p. 159-171. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4857229/pdf/WJCP-5-159.pdf>
57. Ponnusamy, V.; Venkatesh, V., & Clarke, P. (2014). Skin antisepsis in the neonate. *Current Opinion in Infectious Diseases*, 27(3). pp. 244-250.

58. Paternoster, M., Niola, M., & Graziano, V. (2017). Avoiding Chlorhexidine Burns in Preterm Infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 46(2). pp: 267-271. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0884217516304695#bib21>
59. Kutsch, J., & Ottinger, D. (2014). Neonatal Skin and Chlorohexidine: A Burning Experience. *Neonatal Network*, 33(1), pp. 19-23
60. European Medicines Agency (2010). Public summary of opinion on orphan designation Octenidine dihydrochloride for the prevention of late-onset sepsis in premature infants of less than or equal to 32 weeks of gestational age. Committee for Orphan Medicinal Products. EMA/COMP/264905/2010. Disponível em: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Orphan_designation/2010/08/WC500095702.pdf
61. Lashkari, H., Chow, P., & Godambe, S. (2012). Aqueous 2% chlorhexidine-induced chemical burns in an extremely premature infant. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*, 97(1), F64
62. Baharestani, M. M. (2007). An overview of neonatal and pediatric wound care knowledge and considerations. *Ostomy Wound Management*, 53, pp. 34–36.
63. Bonell-Pons, L., García-Molina, P., Balaguer-López, E., Montal, M., & Rodríguez, M. (2014). Neonatal facial pressure ulcers related to non-invasive ventilation: Incidence and risk factors. *EWMA Journal*, 14(2), pp.33
64. Visscher, M., & Taylor, T. (2014). Pressure Ulcers in the Hospitalized Neonate: Rates and Risk Factors. *Scientific Reports*, 4, 7429. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5377020/pdf/srep07429.pdf>
65. Gurgel, E., Lopes, M., Caetano, J., Rolim, K., Almeida, P., & Barreto, J. (2011). Effects of the Use of Semipermeable Membranes on Fluid Loss in Low-Birth-Weight Premature Newborns. *Biological Research for Nursing*, 15(2), pp. 200-204

**APÊNDICE XV. POSTER: INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO/OBSERVAÇÃO DA
PELE DO RECÉM-NASCIDO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS
NEONATAIS: PROTOCOLO PARA UMA REVISÃO SCOPING**



Instrumentos de avaliação/observação da pele do recém-nascido na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: Protocolo para uma Revisão Scoping

Eva Ferreira, RN, Estudante Mestrado Enfermagem SIP; Maria Alice Santos Curado, RN, Professora Coordenadora - ESEL

ESTADO DA ARTE

✓ A hospitalização na UCIN coloca o recém-nascido em risco de desenvolver lesão da pele, devido às suas características desenvolvimentais, situação de saúde e aos cuidados/procedimentos a que são submetidos.

(Askin & Wilson, 2014; Lund & Kuller, 2014; Santos & Costa, 2015)

✓ A evidência confirma a incidência crescente de lesões da pele na população neonatal hospitalizada.

(Migoto, Souza & Rossetto, 2013; Faria, 2015)

✓ A implementação de diretrizes e recomendações baseadas na evidência clínica comprovada promovem um cuidado à pele neonatal adequado contribuindo para o seu normal desenvolvimento.

(Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN'S), 2013)

✓ A chave para manter a integridade cutânea é a utilização de ferramentas validadas de avaliação da condição da pele.

(Altamir & Phillips, 2013)



OBJETIVO/QUESTÃO DE REVISÃO

Identificar e mapear na literatura científica os instrumentos de avaliação/observação da pele do recém-nascido hospitalizado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

Palavras-chave iniciais:

Pele, Recém-Nascido, Prematuro, UCIN, escalas de avaliação

METODOLOGIA

Crítérios de Inclusão

- ✓ **Tipos de fontes de informação:** Estudos primários de investigação, quantitativos e qualitativos, revisões sistemáticas da literatura e literatura cinzenta
- ✓ **Participantes:** RN até aos 28 dias de vida, excluindo os que apresentem lesões decorrentes de situações fisiológicas ou doenças dermatológicas diagnosticadas
- ✓ **Conceitos:** Instrumentos de observação/avaliação da pele
- ✓ **Contexto:** UCIN

Estratégia de Pesquisa

- ✓ **Descritores:** Pele, RN, Prematuro, UCIN, escalas de avaliação
Skin OR neonatal skin (S1); neonate OR newborn OR preterm OR premature OR infant (S2); neonatal intensive care unit (S3); assessment tools OR evaluation instruments (S4)
- ✓ **Bases de dados utilizadas (1ª Fase):** MEDLINE, CINAHL e COCHRANE - plataforma EBSCOhost. Estudos em português, inglês e espanhol

TERMOS DE INDEXAÇÃO:

- ✓ **MEDLINE with Full Text:**
- Skin (S6);
- Infant OR Newborn (S7);
- Intensive Care Units, Neonatal OR Intensive Care, Neonatal (S8)
- ✓ **COCHRANE Database of Systematic:**
- Skin (S6)
- Infant; infant, newborn; infant, premature (S7);

- ✓ **CINAHL Plus with Full Text:**
- Intensive Care Units Neonatal OR Intensive Care, Neonatal (S6);
- Clinical Assessment Tools OR Wound Assessment (S7);
- Infant OR Newborn (S9);



CONSIDERAÇÕES

- ✓ A proteção da pele e a manutenção da sua integridade durante a hospitalização é um dos mais importantes e críticos objetivos da prática de enfermagem.
(Gardiner, Lamphire, Biggins, McMurray, Noake, van Zyl, Vickery, Woodage, Lodge & Edgar, 2008)
- ✓ Os cuidados à pele do RN encerram em si uma interação intencional com a superfície corporal da criança, responsabilizando o enfermeiro a integrar uma abordagem de suporte ao desenvolvimento enquanto produz esse cuidado.
(Gibbins, S., Hoath, S., Coughlin, M., Gibbins, A. & Franck, L., 2008)
- ✓ As práticas de cuidados que causam traumatismo e lesões à pele ou interferem na sua funcionalidade contribuem para taxas de morbilidade e mortalidade significativas nesta população vulnerável.
(Lund & Kuller, 2014)
- ✓ O foco central dos cuidados diários à pele é a manutenção da sua integridade para que possa manter a sua função de barreira protetora, essencial à saúde, bem-estar e desenvolvimento dos RN.
(Tamez, 2013; Lund & Kuller, 2014)
- ✓ A mobilização de instrumentos de avaliação válidos e confiáveis permitem uma medida objetiva da condição da pele, a identificação de fatores de risco para a ocorrência de lesões e as suas potenciais causas.
(AWHONN'S, 2013)

CINAHL Search Results: 45

MEDLINE Search Results: 1

COCHRANE Search Results: 3

Referencias Bibliográficas

Altamir, L. & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Neonatal and Infant Nursing Reviews*, 13(1), 9-12. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ninr.2012.07.002>

Askin, D. & Wilson, D. (2014). *Recém-Nascido de Alto Risco: Família*. In Honkberry, M. & Wilson, D. (Orgs), *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M. J. G. Paixão, Trad.) (6ª ed.) (vol. 1). Lúrenço, Lusa: Elsevier (Tradução do original do inglês: Wong - Nursing Care of Infants and Children, 6ª ed., 2011, New York: Elsevier).

Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) (2013). *Neonatal Skin Care: Evidence based clinical practice guidelines* (3ª ed.). Johnson & Johnson Consumer Companies: Washington

Gardiner, L., Lamphire, S., Biggins, A., McMurray, A., Noake, N., van Zyl, M., Vickery, J., Woodage, T., Lodge, J., & Edgar, M. (2008). Evidence-based best practice in maintaining skin integrity. *Wound Practice and Research*, 16(2), pp. 5-15

Gibbins, S., Hoath, S., Coughlin, M., Gibbins, A. & Franck, L. (2008). The Universe of Developmental Care: A New Conceptual Model for Application in the Neonatal Intensive Care Unit. *Advances in Neonatal Care*, 8 (2), 141-147

Lund, C. & Kuller, J. (2014). Integumentary system. In Kenner, C. & Lott, J., *Comprehensive Neonatal Nursing* (2ª ed., pp. 409-531). New York: Springer Publishing Company

Migoto, M., Souza, R. & Rossetto E. (2013). Lesões de pele em bebês internados em uma unidade neonatal: estado descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing* 18(3), pp. 277-302. Disponível em: <http://www.objonline.org.br/index.php/objonline/article/view/1019/1014>

Santos, S. & Costa, R. (2015). Prevenção de lesões de pele em recém-nascidos: o conhecimento da equipe de enfermagem. *Textos e Contextos - Enfermagem*, Florianópolis 24(3), pp. 731-739. Disponível em: <http://www.scielo.br/textos/article/view/1019/1014>

Tamez, R. (2013). *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco*. 5ª Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

**APÊNDICE XVI. PEDIDO DE PERMISSÃO PARA O ESTUDO DE VALIDAÇÃO DA
NEONATAL SKIN CONDITION SCORE EM RN PORTUGUESES**



Eva Ferreira <evamaddalena@gmail.com>

Student Project on skin

Eva Ferreira <evamaddalena@gmail.com>

16 de agosto de 2017 às 21:56

Para: permissions@awhonn.org

Dear Colleagues

Thank you in advance for your response to my first contact with your Association. I am reminded that I am a student attending the Master's Degree in Nursing, Area of Specialization in Nursing of Children's Health and Pediatrics, at the College of Nursing of Lisbon (ESEL) in Portugal.

I hereby request permission to use your Neonatal Skin Condition Score (NSCS) in my research study called "A Look at Newborn Skin: Nursing Care Promoting Skin Integrity in Neonatology" By Professor Maria Alice dos Santos Curado, which includes translation, linguistic adaptation and statistical validation of a newborn skin observation/ assessment scale, to use in neonatal units in Portugal.

Since you are currently reviewing your Neonatal Skin Care: Evidence-Based Guideline, I would like to ask you whether the NSCS has undergone any change or if you use another method of neonatal skin assessment in your clinical practice that can make known to me.

Thank you in advance for your availability and attention.

Yours sincerely

Eva Madalena Canha Ferreira, RN, MS Student

Maria Alice dos Santos Curado, RN, MS, PhD



Eva Ferreira <evamaddalena@gmail.com>

Your request to AWHONN

permissions <permissions@awhonn.org>

29 de agosto de 2017 às 15:30

Para: "evamaddalena@gmail.com" <evamaddalena@gmail.com>

Dear Eva,
Thank you for the email.

At this time we do not have any revisions to the skin tool. The version in the 3rd edition is current.

We have a version of the Neonatal Skin Condition Score and document already translated to Portuguese. We do not permit any other translations of this material. This Portuguese version can be purchased from our website by purchasing the English version and then I email an electronic PDF of the translated version. The purchase can be made at this link : <https://www.awhonn.org/store/ViewProduct.aspx?id=5151414&hhSearchTerms=%2522skin+and+condition%2522>

If you make such a purchase, you would be required to use this version in your study. We would not permit working changes to our version

Please let me know how you would like to proceed. If you purchase it then let me know, so that I can alert our staff and make sure to send you the PDF.

Thank you!
Jill
Jill Leonard, MLIS | Permissions Manager
Association of Women's Health, Obstetric & Neonatal Nurses (AWHONN)
1800 M Street, NW, Suite 700 South
Washington, DC 20036
t 202-261-2457 f 202-728-0575 e jleonard@awhonn.org w www.awhonn.org
Permissions Request Form

-----Original Message-----

From: Eva Madalena Canha Ferreira [<mailto:no-reply@olark.com>]
Sent: Wednesday, August 23, 2017 2:33 PM
To: Customer Service
Subject: evamaddalena@gmail.com wrote you a note via Olark

Dear Colleagues

Thank you in advance for your response to my first contact with your Association. I am reminded that I am a student attending the Master's Degree in Nursing, Area of Specialization in Nursing of Children's Health and Pediatrics, at the College of Nursing of Lisbon (ESEL) in Portugal.

I hereby request permission to use your Neonatal Skin Condition Score (NSCS) in my research study called "A Look at Newborn Skin: Nursing Care Promoting Skin Integrity in Neonatology" By Professor Maria Alice dos Santos Curado, which includes translation, linguistic adaptation and statistical validation of a newborn skin observation/ assessment scale, to use in neonatal units in Portugal. Since you are currently reviewing your Neonatal Skin Care: Evidence-Based Guideline, I would like to ask you whether the NSCS has undergone any change or if you use another method of neonatal skin assessment in your clinical practice that can make me aware of.

I have already sent an email to the mail account that you gave me (permissions@awhonn.org) requesting permission to use the scale in my study but I haven't received an answer so far.

Thank you in advance for your availability and attention.

Yours sincerely

Eva Madalena Canha Ferreira, RN, MS Student Maria Alice dos Santos Curado, RN, MS, PhD

You received this message from a visitor while you were away.

Name: Eva Madalena Canha Ferreira

E-mail:

The visitor was on this page: <http://www.awhonn.org/>

The visitor was referred to your site from: , referred to your site by <https://www.google.pt/>

Web Browser: Chrome

Web Browser Version: 60.0.3112.101

Operating System: Windows

IP Address: 193.126.83.24

Location: Portugal (Lisbon)



Eva Ferreira <evamaddalena@gmail.com>

Your request to AWHONN

Eva Ferreira <evamaddalena@gmail.com>
Para: permissions <permissions@awhonn.org>

30 de agosto de 2017 às 16:18

Dear Jill,

Thank you for the response to my email. I proceeded to buy the English version of the Neonatal Skin Condition Score today so I ask you to send me the Portuguese version in PDF for use in my study.

Thank you in advance for your availability and attention.

Yours sincerely

Eva Madalena Canha Ferreira, RN, MS Student
Maria Alice dos Santos Curado, RN, MS, PhD

2017-08-29 15:30 GMT+01:00 permissions <permissions@awhonn.org>:

Dear Eva,
Thank you for the email.

At this time we do not have any revisions to the skin tool. The version in the 3rd edition is current.

We have a version of the Neonatal Skin Condition Score and document already translated to Portuguese. We do not permit any other translations of this material. This Portuguese version can be purchased from our website by purchasing the English version and then I email an electronic PDF of the translated version. The purchase can be made at this link : <https://www.awhonn.org/store/ViewProduct.aspx?id=5151414&hhSearchTerms=%2522skin+and+condition%2522>

If you make such a purchase, you would be required to use this version in your study. We would not permit working changes to our version

Please let me know how you would like to proceed. If you purchase it then let me know, so that I can alert our staff and make sure to send you the PDF.

Thank you!

Jill

Jill Leonard, MLIS | Permissions Manager
Association of Women's Health, Obstetric & Neonatal Nurses (AWHONN)
1800 M Street, NW, Suite 700 South
Washington, DC 20036
t 202-261-2457 f 202-728-0575 e jleonard@awhonn.org w www.awhonn.org
Permissions Request Form



Eva Ferreira <evamaddalena@gmail.com>

Your request to AWHONN

permissions <permissions@awhonn.org>
Para: Eva Ferreira <evamaddalena@gmail.com>

30 de agosto de 2017 às 16:30

Dear Eva,

Thank you for the email. You will receive the English version via the post/mail.

Here attached is the Portuguese version.

Thank you and let us know if you have any questions or need anything else.

Best,

Jill

From: Eva Ferreira [mailto:evamaddalena@gmail.com]

Sent: Wednesday, August 30, 2017 11:18 AM

To: permissions

Subject: Re: Your request to AWHONN

[Citação ocultada]

2 anexos

 **EBG. 3rd Ed. FINAL. Portuguese.pdf**
2072K

 **QCG. 3rd Ed. FINAL. Portuguese.pdf**
88K

APÊNDICE XVII. PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA

**SUBMISSÃO DE ESTUDO DE
INVESTIGAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA
PARA A SAÚDE**

Eva Madalena Canha Ferreira

Lisboa, 30 de outubro de 2017

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Ao Conselho de Administração
Ao Departamento de Investigação

Eu, Eva Madalena Canha Ferreira, enfermeira a desempenhar funções na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) do Hospital de S. Francisco Xavier, e a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), encontro-me a desenvolver o projeto “Um olhar sobre a pele do recém-nascido: O cuidado de enfermagem promotor da integridade cutânea em neonatologia” orientado pela Professora Doutora Maria Alice Santos Curado e com a supervisão da Enfermeira Chefe Thereza Vasconcellos, o qual inclui a validação clínica de uma escala de observação/avaliação da pele do recém-nascido (RN). Está em curso o mapeamento da evidência científica das escalas através de uma revisão *Scoping*, tendo sido identificada até ao momento a escala *Neonatal Skin Condition Score* (NSCS) que melhor cumpre os pressupostos de avaliação da pele da população neonatal, sendo o instrumento de avaliação elaborado, utilizado e recomendado pela *Association of Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses* (AWHONN) e pela *National Association of Neonatal Nurses* (NANN). Foi comprovada a sua validade e fiabilidade através de um estudo levado a cabo por Lund e Osborne em 2004.

Venho por este meio solicitar a autorização à Comissão de Ética para a Saúde (CES), o pedido de autorização para a realização de um estudo observacional com abordagem quantitativa (estudo metodológico) que tem como objetivo realizar a validação clínica e estatística da escala *NSCS* com RN portugueses.

Foram contactados os autores e representantes legais da escala *NSCS*, tendo sido dado a conhecer o presente projeto e efetuado o pedido de permissão para o estudo de validação utilizando a versão portuguesa da escala *NSCS*, também da sua autoria. A

AWHONN autorizou a realização do estudo e prontificou-se a ser fonte de apoio e suporte sempre que necessário. Foi ainda contactada a Sociedade Portuguesa de Feridas (ELCOS), entidade experiente na validação clínica e estatística de escalas e instrumentos de avaliação, representada pela Sr.^a Enf.^a Cátia Furtado, que apoiará todo o processo de validação.

O presente estudo é parte integrante e fundamental do Projeto de Mestrado supra-citado, que tem como finalidade máxima a promoção da integridade cutânea do RN durante a sua hospitalização na UCIN, com foco na observação e avaliação da condição da pele, através da identificação de um instrumento de observação/avaliação pertinente, fiável e adequado às características da população neonatal e ao contexto da UCIN e da sua pré-validação para os recém-nascidos portugueses, capaz de elevar a qualidade dos cuidados de enfermagem. A perícia clínica e a prática de cuidados de enfermagem, a par com a mobilização da melhor evidência científica atual podem contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança e família, através do seu potencial transformador, com ganhos em saúde através de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. A proteção da pele e a manutenção da sua integridade durante a hospitalização, enquanto intervenção promotora da saúde, enquadra-se na esfera autónoma do enfermeiro, que mobilizando conhecimentos e técnicas próprias da profissão e disciplina de enfermagem, proporciona cuidados diferenciados e personalizados ao RN, com o intuito de promover o mais elevado estado de saúde e bem-estar desta população (Diário da República, 1996, 2015). Numa ação concertada, o presente estudo ambiciona contribuir ativamente para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à população neonatal e dos respetivos registos, promover a mudança e inovação nas práticas, a formação contínua e o desenvolvimento pessoal e profissional.

Atualmente estão validadas e homologadas pela Direção Geral de Saúde (DGS) duas escalas de observação do risco de lesão por pressão em Pediatria, a NSRAS (Neonatal Skin Risk Assessment Scale) aplicada à população neonatal dos 0 aos 21 dias e a Braden Q, direcionada a crianças com idade entre os 21 dias de vida e os 18 anos. Contudo, face às especificidades e características da população neonatal hospitalizada na Neonatologia, a utilização de instrumentos preditivos do risco associados à correta e sistemática avaliação da condição da pele do RN, por meio de um instrumento fiável e validado, constitui em si uma

estratégia promotora da integridade cutânea capaz de proporcionar objetividade aos planos e prevenção de lesões da pele, otimizar o recurso a medidas preventivas e mensurar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Atualmente, a avaliação da pele do RN na prática diária de cuidados resume-se a elementos descritivos, carregados de subjetividade e dependentes do profissional que a efetua, dos seus conhecimentos e experiência profissional, podendo conduzir a discrepâncias importantes. A utilização de instrumentos de medida, baseados em resultados de investigação fiáveis, deve ser implementada na prática diária de cuidados de forma a associar à observação geral do RN uma observação mais sistematizada e padronizada.

A UCIN é o contexto de cuidados onde se aspira concretizar este estudo de validação, focado na promoção da integridade cutânea do RN ao longo da hospitalização, com envolvimento da família e capacitação da equipa de enfermagem. Para a sua consecução será necessário efetuar a avaliação da condição da pele dos RN hospitalizados e efetuar esse registo numa escala de observação. Responsabilizo-me por apresentar previamente o projeto aos Pais e solicitar o seu consentimento informado, livre e esclarecido.

A recolha de dados terá início após a autorização da CES do CHLO e dos tutores legais dos RN, não trará quaisquer encargos, financeiros ou outros, para a Instituição, sendo garantido o anonimato dos dados e a segurança dos RN envolvidos, não os expondo a nenhum risco ou procedimento.

Encontro-me disponível para qualquer esclarecimento de dúvidas.

Com os melhores cumprimentos

Pede deferimento
Eva Madalena Canha Ferreira

IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título:

Um olhar sobre a pele do recém-nascido:

O cuidado de enfermagem promotor da integridade cutânea em neonatologia

Local onde decorre:

Serviço de Neonatologia

Investigadores:

Mestrando – Eva Madalena Canha Ferreira (Anexo 1. *Curriculum Vitae*)

Orientador – Maria Alice Curado (Anexo 2. *Curriculum Vitae*)

Instituição requerente:

Eva Ferreira, mestranda na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FUNDAMENTAÇÃO CIENTÍFICA

INTRODUÇÃO

O presente projeto tem como objeto de estudo o cuidado à pele do recém-nascido (RN), hospitalizado na Neonatologia, numa ótica de promoção da sua integridade. O estímulo para a sua realização prendeu-se essencialmente com o gosto pessoal pela temática e pelo facto de pertencer a um grupo de trabalho relacionado com os cuidados à pele do RN, tendo surgido a necessidade, em contexto clínico, de aprofundar o conhecimento neste domínio específico. Esta necessidade emergiu essencialmente da inquietação relacionada com a constatação empírica do aumento da incidência de lesões de pele nos RN hospitalizados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), fenómeno que embora seja consensual na literatura ter uma casuística multifatorial e iatrogénica (Fontenele & Cardoso, 2011; Csoma, Meszes, Mader, Kemeny, & Talosi, 2015), toma especial relevo para a prática de enfermagem dado que a manutenção da integridade cutânea constitui uma intervenção autónoma do enfermeiro (Diário da República, 1996).

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nos últimos 25 anos a mortalidade infantil diminuiu mais de metade, sendo as condições neonatais representativas de 45% das mortes em crianças menores de 5 anos de idade (World Health Organization (WHO), 2016). Anualmente, nascem 15 milhões de RN prematuramente e 32,4 milhões com peso baixo para a idade gestacional (IG) (WHO & UNICEF, 2014). Dados do Instituto Nacional de Estatística (2016) demonstram que Portugal segue esta tendência, verificando-se que dos nados vivos em 2015, 8,9% apresentaram baixo peso ao nascer (PN) e 8,0% nasceram prematuros. A WHO e UNICEF (2014) realçam que 3 milhões de bebês poderiam ser salvos a cada ano através do investimento em cuidados de saúde de qualidade, contudo verifica-se que mais de um milhão sobrevive com comprometimento neuro-desenvolvimental a longo prazo. O RN de risco é definido como aquele que detém uma probabilidade acima da média de morbilidade e/ou mortalidade, normalmente derivada de condições ou circunstâncias associadas ao nascimento ou à adaptação à vida extrauterina, independente da IG ou PN (Askin & Wilson, 2014).

A UCIN é um contexto de cuidados cujo ambiente se apresenta agressivo, impessoal e de difícil adaptação, decorrente de características particulares como a luminosidade, o ruído, as mudanças de temperatura e a avaliações e procedimentos repetidos que ocorrem tão frequentemente quanto a gravidade da situação de saúde do RN (Jordão, Pinto, Machado, Costa & Trajano, 2016). Cuidar na UCIN desperta a reflexão sobre o impacto da evolução da investigação e da tecnologia na qualidade da saúde dos RN, para além da comprovada redução da mortalidade infantil, lembrando que existe uma ligação intrínseca entre sobrevivência e saúde (WHO & UNICEF, 2014). Os cuidados de saúde comumente prestados na UCIN podem gerar *stress* fisiológico ou comportamental nos RN a par com os fatores ambientais. Os enfermeiros constituem os principais mediadores do *stress* desempenhando um papel fundamental na monitorização da tolerância infantil durante e após os cuidados e procedimentos (Sweeney & Blackburn, 2013). Baseada neste pressuposto, a intervenção de enfermagem consiste na implementação de ações que resultem num ambiente terapêutico (Martins, Fialho, Dias, Amaral, & Freitas, 2011). Cuidar requer uma atuação abrangente, que envolva o toque, a manipulação, a interação e a comunicação com o RN e família (Rolim, Farias, Marques, Magalhães, Gurgel, & Caetano, 2009).

A pele, enquanto órgão multidimensional e dinâmico, encerra diferentes funções vitais, atuando como interface entre o ambiente interno e externo, sendo capaz de responder às alterações destes (Rolim, Linhares, Rabelo, Gurgel, Magalhães & Caetano, 2008; Menoita, 2015). Entre as funções destacam-se a proteção física, química, metabólica e imunológica de elementos ambientais nocivos, a percepção sensorial (dor, temperatura e toque), a regulação da temperatura corporal, a homeostasia da água e eletrólitos e o armazenamento de gordura (Stamatas, Nikolovski, Mack & Kollias, 2011; Lund & Kuller, 2014; Selores, Machado & Godinho, 2014). A pele encerra ainda um papel fundamental no estabelecimento precoce da relação mãe-bebé (Lund & Kuller, 2014). Os cuidados à pele encerram em si uma interação intencional com a superfície corporal do RN, responsabilizando o enfermeiro a integrar uma abordagem de suporte ao desenvolvimento enquanto produz esse cuidado (Gibbins, Hoath, Coughlin, Gibbins, & Franck, 2008).

Durante o período neonatal, a pele passa por um importante processo de transformação relacionado com a adaptação à vida extra-uterina, condicionado pelas características individuais de cada RN e da sua situação de saúde (Fernandes, Oliveira &

Machado, 2011) e influenciado pelas práticas de cuidados do contexto (Santos & Costa, 2015). A pele infantil difere significativamente da do adulto em relação à estrutura, função e composição, encontrando-se funcionalmente ainda em desenvolvimento (Blume-Peytavi, Hauser, Stamatatos, Pathirana, & Bartels, 2012). Contudo, estas diferenças acentuam-se à medida que diminui a IG, a proteção de barreira da pele está diminuída, aumentando o risco de perda insensível de água, desequilíbrio eletrolítico, instabilidade térmica, maior permeabilidade a materiais exógenos, lesões, atraso da maturação e infecção (Visscher, Adam, Brink & Odio, 2015). Em RN de risco, a pele tem um risco aumentado de lesões da sua estrutura delicada pelo que os cuidados devem ser focados na sua prevenção (Askin & Wilson, 2014).

PROBLEMÁTICA EMERGENTE

A hospitalização numa UCIN coloca o RN em risco de desenvolver lesão da pele, devido às suas características desenvolvimentais, situação de saúde e aos cuidados/procedimentos a que são submetidos, pelo que estes devem ser focados na prevenção da lesão (Askin & Wilson, 2014; Lund & Kuller, 2014; Santos & Costa, 2015). A ocorrência de situações de perda da integridade cutânea, iatrogénicas, conduz à reflexão no que concerne aos conhecimentos e habilidades da equipa de enfermagem sobre o cuidado da pele no período neonatal (Santos & Costa, 2015). As práticas que causam traumatismo e lesões à pele ou interferem na sua funcionalidade contribuem para taxas de morbilidade e mortalidade significativas nesta população vulnerável (Lund & Kuller, 2014). A recente investigação confirma a ocorrência de lesões da pele na população neonatal hospitalizada (Fontenele & Cardoso, 2011; Migoto, Souza & Rosseto, 2013; Faria, 2015). Verifica-se a necessidade desta população em cuidados especializados à pele, sendo fundamental a elaboração de protocolos por profissionais competentes (Migoto, Souza & Rosseto, 2013), para padronização de condutas (Csoma et al., 2015). Os resultados destas investigações justificam a utilização de instrumentos de avaliação criteriosa, enquanto estratégia preventiva de lesões da pele, através da deteção precoce de alterações que visem a promoção da sua integridade. Estes instrumentos podem ser úteis na identificação de alterações no sistema tegumentar do neonato, permitindo prevenir ou diminuir a ocorrência de lesões e as suas consequências (Faria, 2015). A implementação de diretrizes e

recomendações baseadas na evidência clínica comprovada promovem um cuidado à pele neonatal adequado contribuindo para o seu normal desenvolvimento (AWHONN, 2013).

A proteção da pele do neonato e a promoção da sua integridade e da sua função de barreira protetora pode constituir um desafio para os profissionais de saúde. Torna-se essencial proporcionar um cuidado adequado e direcionado às necessidades e especificidades dos RN termo e pré-termo, dando um contributo fundamental ao seu normal desenvolvimento, nomeadamente em contextos tão adversos como a UCIN. A exposição dos RN a desinfetantes e dispositivos médicos (AWHONN, 2013) aliado a práticas de cuidados durante a hospitalização, oferecem um risco potencial de lesão da pele ou alteração da sua função normal de barreira, destacando-se o trauma do estrato córneo decorrente da quebra epidérmica devido à remoção de adesivos, queimaduras por elétrodos transcutâneos, úlceras por pressão, infeções, estados nutricionais inadequados, extravasamento de líquidos intravenosos e dermatite da fralda (Lund & Kuller, 2014). A AWHONN (2013) emanou algumas recomendações no cuidado à pele neonatal baseadas na melhor evidência científica comprovada, realçando como aspetos essenciais prévios ao cuidado a avaliação da pele neonatal, o conhecimento de situações transitórias e benignas da pele mais comuns do RN, a mobilização de instrumentos de avaliação válidos e confiáveis, a identificação de fatores de risco para a ocorrência de lesões e as suas potenciais causas. A evidência e literatura consultada consideram a escala de avaliação da condição da pele *Neonatal Skin Condition Score* (NSCS) válida e confiável para a população neonatal, podendo ser integrada em protocolos e *guidelines* com o objetivo de identificar crianças com desidratação excessiva, eritema ou irritações e lesão da pele (Tamez, 2013; AWHONN, 2013). Uma avaliação diária e completa da superfície da pele permite revelar o estado da sua integridade em crianças criticamente doentes ou prematuras, e os primeiros sinais de alterações podem antecipar ações de diagnóstico ou tratamento (Lund & Kuller, 2014). O foco central dos cuidados diários à pele é a manutenção da sua integridade para que possa manter a sua função normal de barreira (Tamez, 2013; Lund & Kuller, 2014), essencial à saúde, bem-estar e desenvolvimento normal dos RN.

Uma das medidas nucleares neuroprotectoras de Altimier & Phillips (2013) refere-se à proteção da pele, recordando que as suas funções têm impacto no neuro-desenvolvimento do RN, e que as características particulares desta população e o ambiente da UCIN podem influenciar a sua funcionalidade. Os objetivos da prática de cuidados prendem-se com a

prevenção de lesões e infeções, redução das perdas insensíveis de água, manutenção da temperatura corporal e a proteção da absorção de agentes tópicos (Tamez, 2013).

Os cuidados não traumáticos, pilar fundamental da filosofia dos cuidados pediátricos, compreendem a prevenção de lesões da pele ao longo da hospitalização na UCIN, contribuindo para o conforto e bem-estar dos neonatos e suas famílias. Os cuidados não traumáticos constituem assim todas as intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto da criança/família, tanto físico como psicológico, tendo como principal objetivo não causar dano, através da prevenção ou redução da lesão corporal e da dor (Hockenberry & Wilson, 2014). A prevenção e controlo da dor é um indicador de boa prática de enfermagem, sendo um direito que atinge o seu máximo reduto nas crianças, a quem é imperioso poupar todo e qualquer sofrimento (Ordem dos Enfermeiros, (OE), 2013). A hospitalização não deve constituir uma experiência traumática ou uma interrupção no desenvolvimento, sendo necessário a mobilização de recursos que minimizem os seus efeitos (Martins et al., 2011). A proteção da pele e a manutenção da sua integridade durante a hospitalização é um dos mais importantes e críticos objetivos da prática de enfermagem (Gardiner, Lampshire, Biggins, McMurray, Noake, van Zyl, Vickery, Woodage, Lodge & Edgar, 2008). Enquanto intervenção promotora da saúde, enquadra-se na esfera autónoma do enfermeiro, que mobilizando conhecimentos e técnicas próprias da profissão e disciplina de enfermagem, proporciona cuidados diferenciados e personalizados ao RN, com o intuito de promover o mais elevado estado de saúde e bem-estar desta população (Diário da República, 1996, 2015).

O presente estudo, cujo enfoque é o cuidado à pele do RN, pode proporcionar importantes contributos para repensarmos os cuidados de enfermagem e o seu impacto na saúde desta população específica. O EEESCJ deve ter voz ativa no seio da equipa multidisciplinar na implementação, gestão e organização dos cuidados aos RN hospitalizados, no sentido de evitar práticas inadequadas facilitadoras de lesões da pele. Assim, a consecução deste estudo inscreve-se numa das competências comuns do enfermeiro especialista constante no domínio da melhoria da qualidade, descrita como a conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade, efetuando a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional (Diário da República, 2011a). A ênfase dos cuidados de enfermagem, em sintonia com os Padrões de Qualidade esperados do EEESCJ (Diário da República, 2015), centra-se na satisfação da criança e família

(manutenção da integridade da pele e a proteção da sua função de barreira), a promoção da saúde e bem-estar (normal desenvolvimento da pele neonatal) e a prevenção de complicações (prevenção de lesões e traumatismos).

A observação da pele, enquanto intervenção autónoma do enfermeiro, é realizada de forma geral, pelo que importa associar uma observação específica utilizando um instrumento de avaliação. Nesta linha de pensamento, o presente projeto tem como finalidade central a promoção da integridade cutânea, com foco na observação e avaliação da condição da pele do RN hospitalizado na UCIN, através da identificação de um instrumento de avaliação de enfermagem e da sua pré-validação para os RN portugueses, capaz de elevar a qualidade dos cuidados de enfermagem ao RN.

OBJETIVO DO PROJETO

Este estudo de validação tem como objetivo realizar a avaliação das qualidades psicométricas da escala *Neonatal Skin Condition Score* (NSCS).

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Em que medida a escala *Neonatal Skin Condition Score* (NSCS) revela qualidades psicométricas adequadas para fazer a avaliação da condição da pele do recém-nascido?

DESENHO DO ESTUDO

NEONATAL SKIN CONDITION SCORE

Em 1997 a AWHONN e a NANN iniciaram um projeto de pesquisa nos EUA denominado *Neonatal Skin Care Research-Based Practice Project*, durante o qual foi elaborada e validada a *Neonatal Skin Condition Score* (NSCS) (Anexo 4). A NSCS é uma ferramenta de avaliação utilizada para avaliar a condição da pele em RN, desde prematuros com muito baixo peso ao nascer até RN de termo saudáveis. A escala de nove pontos avalia a secura, o eritema e a ruptura da pele (Lund, Osborne, Kuller, Lane, Lott, & Raines, 2001). A sua validação foi realizada através de um estudo em 27 hospitais dos Estados Unidos da América (EUA), onde foram avaliados 1006 RN. A confiabilidade intra-avaliador foi calculada em 16 locais, com 475 avaliações, e a confiabilidade inter-avaliador foi calculada em 11 locais, com 531 avaliações. A NSCS é confiável quando usada por um único ou por múltiplos avaliadores, para avaliar a condição da pele em todos os grupos de diferentes etnias e peso corporal. A validade foi confirmada por meio da análise da relação da NSCS com o peso ao nascimento, número de observações e prevalência de infecção. Esse sistema de classificação pode ser integrado a protocolos de cuidados com a pele, para identificar bebês com secura excessiva, eritema que seja potencialmente relacionado a infecções ou irritações e ruptura da pele (Lund & Osborne, 2004). Lund e Osborne (2004) descrevem como conclusão desse estudo que a NSCS é confiável, sendo usada tanto por únicos como múltiplos avaliadores, visando à avaliação da condição da pele neonatal. A eficácia da NSCS foi demonstrada por confirmação da relação da condição da pele com pontuações de peso de nascimento, número de observações e prevalência da infecção. Um dos achados do estudo de validação da NSCS foi que os RNs menores eram seis vezes mais propensos a desenvolver eritema e tinham aproximadamente duas vezes mais probabilidade de sofrer lesões graves na pele. RN com maior tempo de hospitalização bem como com maior risco de infecção apresentavam scores da condição da pele mais elevados. A NSCS descreve ainda, a condição global da pele dos RN's permitindo uma avaliação consistente da pele e a identificação daqueles que necessitam de intervenção (Lund & Osborne, 2004).

METODOLOGIA

A validação clínica e estatística da escala NSCS para os recém-nascidos portugueses foi autorizada pela AWHONN (Anexo 3). A tradução da versão original inglesa já existe, e foi adquirida às autoras para aplicação no presente estudo de validação. A escala é constituída por 3 itens (secura, eritema e rupturas), com um formato de medida com 3 pontos (AWHONN, 2013).

O presente estudo será do tipo observacional de abordagem quantitativa (estudo metodológico), de natureza prospetiva, para a validação clínica e avaliação da fiabilidade de um instrumento de observação/avaliação da condição da pele neonatal. Avaliar a fiabilidade é um procedimento essencial quando recorremos a um instrumento de medição que utiliza vários itens, permitindo também a reprodutibilidade dos resultados obtidos (Daniel, Silva, & Ferreira, 2015).

Os participantes a incluir são todos os RN até aos 28 dias de vida (período neonatal). São excluídos os RN que apresentem lesões decorrentes de situações fisiológicas ou doenças dermatológicas diagnosticadas.

A aplicação do instrumento em campo será realizada por 4 enfermeiros a quem será realizada uma formação prévia acerca dos cuidados à pele neonatal e será facultada a *guideline* de cuidados à pele baseada em evidências. A colheita de dados consiste na aplicação da versão portuguesa da NSCS (anexo 4) a uma amostra preferencial de 100 RN, sendo a amostra mínima de 60 RN, tendo por base o princípio da garantia da variabilidade (Curado, Teles, & Marôco, 2014) em que o número de observações por item deve ser entre 10 e 15. Prevê-se que a colheita de dados decorra entre 11 de Dezembro de 2017 e 9 de Fevereiro de 2018, aguardando a autorização do CES e dos tutores legais dos RN (Anexo 5).

A análise dos dados será por técnica de análise estatística. De forma a manter uma maior aproximação ao estudo original, será demonstrada a validade e a fiabilidade da NSCS mobilizando a mesma metodologia. Para avaliar a fiabilidade, serão analisadas duas avaliações consecutivas (duas vezes por semana) da NSCS em novos RN admitidos, durante o período de 8 semanas (ou inferior se o tempo de hospitalização for menor), sendo estas efetuadas por dois observadores em simultâneo. Para avaliar a validade, as seguintes variáveis foram utilizadas: a Escala NSCS, com três subescalas para secura, eritema e ruptura; o peso de nascimento em gramas; o número de observações da pontuação da pele para cada RN; e a prevalência de infeção, definida como uma hemocultura positiva.

Referências Bibliográficas

Altimier, L., & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(1), 9-22. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>.

Askin, D., & Wilson, D. (2014). Recém-Nascido de Alto Risco e Família in Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M. J. G. Paixão, Trad.) (9ª ed.) (vol 1). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's – *Nursing Care of Infants and Children*, 9th, 2011, New York: Elsevier).

Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, (2013). *Neonatal Skin Care. Evidence based clinical practice guideline* (3rd ed.). Johnson & Johnson Consumer Companies: Washington

Blume-Peytavi, U., Hauser, M., Stamatias, G., Pathirana, D., & Bartels, N. (2012). Skin Care Practices for Newborns and Infants: Review of the Clinical Evidence for Best Practices. *Pediatric Dermatology* 29(1), pp. 1–14

Csoma, Z., Meszes, A., Mader, K., Kemeny, L., & Talosi, G. (2015). Overview of Dermatologic Disorders of Neonates in a Central Regional Intensive Care Unit in Hungary. *Pediatric Dermatology* 32(2), pp. 201–207

Curado, A., Teles, J., & Marôco, J. (2014). Análise de variáveis não diretamente observáveis: influência na tomada de decisão durante o processo de investigação. *Rev Esc Enferm USP*, 48(1), p. 149-56

Daniel, F., Silva, A., & Ferreira, P. (2015). Contributo para a Discussão da Avaliação da Fiabilidade de um Instrumento de Medição. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*, 7

Decreto-Lei nº. 161/96 de 4 de Setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). *Diário da República I Série-A*, N.º 205 (04-09-1996) 2959-2962.

Faria, T. (2015). Incidência de lesões de pele em neonatos internados na unidade de terapia intensiva neonatal. Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem.

Fernandes, J., Oliveira, Z., & Machado, M. (2011). Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *Anais Brasileiros de Dermatologia* 86(1). pp. 102-110

Fontenele, F., & Cardoso, M. (2011). Lesões de pele em recém-nascidos no ambiente hospitalar: tipo, tamanho e área afetada. *Rev Esc Enferm USP*, 45(1), pp.130-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/18.pdf>

Gardiner, L.; Lampshire, S.; Biggins, A.; McMurray, A.; Noake, N.; van Zyl, M.; Vickery, J.; Woodage, T.; Lodge, J. & Edgar, M. (2008). Evidence-based best practice in maintaining skin integrity. *Wound Practice and Research*, 16(2), pp. 5-15

Gibbins, S., Hoath, S., Coughlin, M., Gibbins, A., & Franck, L. (2008). The Universe of Developmental Care. A New Conceptual Model for Application in the Neonatal Intensive Care Unit. *Advances in Neonatal Care*, 8 (3), 141-147.

Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M. J. G. Paixão, Trad.) (9ª ed.) (vol 1). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's – Nursing Care of Infants and Children, 9th, 2011, New York: Elsevier). <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/4042/2154>

Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2015). *Estatísticas Demográficas 2014*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=139659&PUBLICACOESmodo=2

Jordão K., Pinto L., Machado L., Costa L., & Trajano E. (2016). Possible stressors in a neonatal intensive care unit. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 28(3), pp. 310-314

Lane, A. T., & Drost, S. S. (1993). Effects of repeated application of emollient cream to premature neonates' skin. *Pediatrics*, 92, 415–419.

Lund, C. H., & Osborne, J. W. (2004). Validity and reliability of the Neonatal Skin Condition Score. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 33, 320–327.

Lund, C. H., Osborne, J. W., Kuller, J. M., Lane, A. T., Lott, J. W., & Raines, D. A. (2001). Neonatal skin care: Clinical outcomes of the AWHONN/NANN evidence-based clinical practice guideline. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 30, 41–51.

Lund, C., & Kuller, J. (2014). Integumentary system. In C. Kenner & J. Lott, *Comprehensive Neonatal Nursing* (5th ed., pp. 299-333). New York: Springer Publishing Company

Martins, C., Fialho, F., Dias, I., Amaral, J., & Freitas, S. (2011). Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: O papel da Enfermagem na construção de uma ambiente terapêutico. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 1(2), pp. 268-276

Menoita, E. (2015). *Gestão de Feridas Complexas*. Loures: Lusodidacta

Migoto, M., Souza, S., & Rossetto E. (2013). Lesões de pele em bebês internados em uma unidade neonatal: estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing* 12(2), pp. 377-392.

Ordem dos Enfermeiros (2013). Estratégias não farmacológicas no controlo da dor da criança. *Guia Orientador de Boa Prática. Cadernos OE, Série 1, Número 6*.

Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República II Série, N.º 35 (18-02-2011) 8653-8655*.

Regulamento nº 123/2011 de 18 de Fevereiro (2011b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República II Série, N.º 35 (18-02-2011) 8653-8655*.

Regulamento nº 351/2015 de 22 de Junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República II Série, N.º 119 (22-06-2015) 16660-16665*.

Rolim, K., Linhares, D., Rabelo, L., Magalhães, F., Gurgel, E., & Caetano, J. (2008). Cuidado com a pele do recém-nascido pré-termo em unidade de terapia intensiva neonatal: conhecimento da enfermeira. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 9(4). pp. 107-115

Rolim, K., Farias, C., Marques, L., Magalhães, F., Gurgel, E., & Caetano, J. (2009). Atuação da enfermeira na prevenção de lesão da pele do recém-nascido. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro. 17(4). pp. 544-549.

Santos, S. & Costa, R. (2015). Prevenção de lesões de pele em recém-nascidos: o conhecimento da equipe de enfermagem. *Texto e Contexto – Enfermagem*, Florianópolis 24(3), pp. 731-739 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00731.pdf

Selores, M., Machado, S., & Godinho, C. (2014). Consenso Clínico – Cuidados Cutâneos ao Recém-Nascido. Sociedade Portuguesa de Pediatria, Secção de Neonatologia

Statmatas, G., Nickolovski, J., Mack, M., & Kollias, N. (2011). Infant skin physiology and development during the first years of life: A review of recente findings based on vivo studies. *International Journal of Cosmetic Science*, 33, pp. 17-24

Sweeney, J., & Blackburn, S. (2013). Neonatal Physiological and Behavioral Stress During Neurological Assessment. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, (27)3, pp. 242-252.

Tamez, R. (2013). *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco*. 5^{ed} Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Visscher, M., Adam, R., Brink, S., & Odio, M. (2015). Newborn infant skin: Physiology, development, and care. Elsevier, *Clinics in Dermatology*, 33(3), pp. 271-280

World Health Organization & UNICEF (2014). *Every newborn: an action plan to end preventable deaths*. Geneva: WHO, Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/127938/1/9789241507448_eng.pdf?ua=1

World Health Organization (2016). *Towards a Grand Convergence for child survival and health: A strategic review of options for the future building on lessons learnt from IMNCI*. Geneva: World Health Organization. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251855/1/WHO-MCA-16.04eng.pdf?ua=1>

ANEXOS

1. Curriculum Vitae Eva Ferreira
2. Curriculum Vitae Maria Alice Curado
3. Autorização de utilização da Escala
4. Neonatal Skin Condition Score
5. Consentimento informado, livre e esclarecido
6. Termo de responsabilidade
7. Declaração da Chefia do serviço
8. Declaração da Orientadora do Mestrado
9. Autorização Direção Clínica

**APÊNDICE XVIII. FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS PARA O
TRABALHO DE CAMPO**

NEONATAL SKIN CONDITION SCORE

Em 1997 a *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses* (AWHONN) e a *National Association of Neonatal Nurses* (NANN) iniciaram um projeto de pesquisa nos Estados Unidos da América denominado *Neonatal Skin Care Research-Based Practice Project*, durante o qual foi elaborada e validada a *Neonatal Skin Condition Score* (NSCS). A NSCS é uma ferramenta de avaliação utilizada para avaliar a condição da pele em recém-nascidos (RN), desde prematuros com muito baixo peso ao nascer até RN de termo saudáveis. A escala de nove pontos avalia a secura, o eritema e a rutura da pele (Lund, Osborne, Kuller, Lane, Lott, & Raines, 2001).

A sua validação foi realizada através de um estudo em 27 hospitais dos Estados Unidos da América (EUA), onde foram avaliados 1006 RN. A confiabilidade intra-avaliador foi calculada em 16 locais, com 475 avaliações, e a confiabilidade inter-avaliador foi calculada em 11 locais, com 531 avaliações. A NSCS é confiável quando usada por um único ou por múltiplos avaliadores, para avaliar a condição da pele em todos os grupos de diferentes etnias e peso corporal. A validade foi confirmada por meio da análise da relação da NSCS com o peso ao nascimento, número de observações e prevalência de infecção. Esse sistema de classificação pode ser integrado a protocolos de cuidados com a pele, para identificar bebês com secura excessiva, eritema que seja potencialmente relacionado a infecções ou irritações e rutura da pele (Lund & Osborne, 2004).

Lund e Osborne (2004) descrevem como conclusão desse estudo que a NSCS é confiável, sendo usada tanto por únicos como múltiplos avaliadores, visando à avaliação da condição da pele neonatal. A eficácia da NSCS foi demonstrada por confirmação da relação da condição da pele com pontuações de peso de nascimento, número de observações e prevalência da infecção. Um dos achados do estudo de validação da NSCS foi que os RNs menores eram seis vezes mais propensos a desenvolver eritema e tinham aproximadamente duas vezes mais probabilidade de sofrer lesões graves na pele. RN com maior tempo de hospitalização bem como com maior risco de infecção apresentavam scores da condição da pele mais elevados. A NSCS descreve ainda, a condição global da pele dos RN's permitindo uma avaliação consistente da pele e a identificação daqueles que necessitam de intervenção (Lund & Osborne, 2004).

METODOLOGIA DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

A validação clínica e estatística da escala NSCS para os recém-nascidos portugueses foi autorizada pela AWHONN. A tradução da versão original inglesa já existe, e foi adquirida às autoras para aplicação no presente estudo de validação. A escala é constituída por 3 itens (secura, eritema e ruturas), com um formato de medida com 3 pontos (AWHONN, 2013).

O presente estudo será do tipo observacional de abordagem quantitativa (estudo metodológico), de natureza prospetiva, para a validação clínica e avaliação da fiabilidade de um instrumento de observação/avaliação da condição da pele neonatal. Avaliar a fiabilidade é um procedimento essencial quando recorremos a um instrumento de medição que utiliza vários itens, permitindo também a reprodutibilidade dos resultados obtidos (Daniel, Silva, & Ferreira, 2015).

Os participantes a incluir são todos os RN até aos 28 dias de vida (período neonatal). São excluídos os RN que apresentem doenças dermatológicas congénitas diagnosticadas.

A aplicação do instrumento em campo será realizada por 5 enfermeiros a quem será realizada uma formação prévia acerca da aplicação da escala em campo. A colheita de dados consiste na aplicação da versão portuguesa da NSCS a uma amostra preferencial de 100 RN, sendo a amostra mínima de 60 RN, tendo por base o princípio da garantia da variabilidade (Curado, Teles, & Marôco, 2014) em que o número de observações por item deve ser entre 10 e 15. Prevê-se que a colheita de dados decorra entre 8 de Janeiro e 4 de Março de 2018, aguardando a autorização dos tutores legais dos RN.

A análise dos dados será por técnica de análise estatística. De forma a manter uma maior aproximação ao estudo original, será demonstrada a validade e a fiabilidade da NSCS mobilizando a mesma metodologia. Para avaliar a fiabilidade, serão analisadas duas avaliações consecutivas (duas vezes por semana) da NSCS em novos RN admitidos, durante o período de 8 semanas (ou inferior se o tempo de hospitalização for menor), sendo estas efetuadas por dois observadores em simultâneo. Para avaliar a validade, as seguintes variáveis foram utilizadas: a Escala NSCS, com três subescalas para secura, eritema e rutura; o peso de nascimento em gramas; o número de observações da pontuação da pele para cada RN; e a prevalência de infeção, definida como uma hemocultura positiva.

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS DO PROCESSO CLÍNICO

Identificação:

- Iniciais: _____
- Nº: _____

Dados da Hospitalização:

- Diagnóstico (s) da hospitalização: _____
- Prevalência de infecção (hemocultura positiva): Sim Não

Dados de Nascimento:

- Peso de nascimento: _____ gramas
- Idade Gestacional: _____ semanas + _____ dias
- Sexo: Masc Fem
- Tipo de Parto: Eutócico Distócico Qual: _____
- Raça: _____

Observações e variáveis clínicas do RN:

Avaliações:	1 ^a Data: / /	2 ^a Data: / /	3 ^a Data: / /	4 ^a Data: / /	5 ^a Data: / /	6 ^a Data: / /	7 ^a Data: / /	8 ^a Data: / /
<i>Score NSCS</i>								
Peso Atual								
Idade Corrigida								
Dias de Hospitalização								
Presença de Dispositivos Médicos (Sim/Não)								
Presença de Adesivos (Sim/Não)								
Nutrição (Entérica / Parentérica / Ambas)								
Microclima (Berço/Incubadora; Humidade: Sim/Não)								
Banho (Total/Parcial; Frequência)								
Hemocultura + (Sim / Não)								

Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4
-------	-------	-------	-------

Avaliações:	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª
	Data: / /							
Score NSCS								
Peso Atual								
Idade Corrigida								
Dias de Hospitalização								
Presença de Dispositivos Médicos (Sim/Não)								
Presença de Adesivos (Sim/Não)								
Nutrição (Entérica / Parentérica / Ambas)								
Microclima (Berço/Incubadora; Humidade: Sim/Não)								
Banho (Total/Parcial; Frequência)								
Hemocultura + (Sim / Não)								

Sem 5	Sem 6	Sem 7	Sem 8

APLICAÇÃO DA NEONATAL SKIN CONDITION SCORE

Iniciais / Identificação (Nº) _____

Avaliação nº

Avaliador: AM AN EF RF RiF

Preencha o com o score correspondente à avaliação de cada item e some no final:

AWHONN Neonatal Skin Condition Score (NSCS)	
<p>Secura</p> <p>1 = Normal, sem sinal de pele seca</p> <p>2 = Pele seca, descamação visível</p> <p>3 = Pele muito seca, rachaduras/fissuras</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Eritema</p> <p>1 = Sem sinal de eritema</p> <p>2 = Eritema visível, menos de 50% da superfície corporal</p> <p>3 = Eritema visível, mais ou igual a 50% da superfície corporal</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Rupturas</p> <p>1 = Nenhuma evidente</p> <p>2 = Pequenas áreas localizadas</p> <p>3 = Áreas extensas</p> <p><i>Observação : classificação perfeita = 3, pior classificação = 9.</i></p>	<input type="checkbox"/>

Fonte: AWHONN, 2013

Score Total: _____

TREINO DOS AVALIADORES



Secura: 1
Eritema: 2
Rutura: 3



Secura: 2
Eritema: 1
Rutura: 1



Secura: 2
Eritema: 3
Rutura: 3

AWHONN Neonatal Skin Condition Score	Orientações para preenchimento da NSCS
<p>Secura</p> <p>1 = Normal, sem sinal de pele seca 2 = Pele seca, descamação visível 3 = Pele muito seca, rachaduras/fissuras</p>	<p>- A pele neonatal seca perde a capacidade de renovar as suas células, ou descamar, perde a capacidade de proteger a derme da perda de água e aumenta a probabilidade de perda da integridade cutânea podendo originar infecção¹.</p> <p>- O uso rotineiro de emolientes pode ser indicado para proteger ou restaurar a pele seca ou fissurada¹.</p>
<p>Eritema</p> <p>1 = Sem sinal de eritema 2 = Eritema visível, menos de 50% da superfície corporal 3 = Eritema visível, mais ou igual a 50% da superfície corporal</p>	<p>- O eritema pode ser indicativo de um processo inflamatório, ou pode apresentar-se em 50% da população neonatal como dermatite conhecida como “eritema tóxico neonatorum”².</p> <p>- A dermatite associada à incontinência também pode apresentar-se como eritema difuso e requer intervenção para evitar lesão por humidade³.</p> <p>- O eritema não branqueável é indicador de sinais iniciais de danos resultantes das úlceras por pressão. Locais que apresentem eritema não branqueável, sujeitos a pressão e/ou as forças de cisalhamento, recebem ainda menos fluxo de sangue à pele, agravando, deste modo os danos e provocando UP mais graves⁶.</p>
<p>Rupturas</p> <p>1 = Nenhuma evidente 2 = Pequenas áreas localizadas 3 = Áreas extensas</p> <p>Observação: classificação perfeita =3, pior classificação = 9.</p>	<p>- A pele neonatal é mais fina do que nos lactentes a termo, e o estrato córneo também não funciona, diminuindo a capacidade da pele para atuar como uma barreira protetora¹.</p> <p>- A degradação da pele pode ocorrer em uma ampla variedade de situações: de dermatite associada à incontinência, moderada a grave, ao desenvolvimento de úlceras por pressão, infecção por fungos e ruptura devido a traumatismos⁴.</p>

Referências:

¹ AWHONN. (2013) Neonatal skin care: Evidence based Clinical Practice Guidelines 3rd ed. Washington, D.C.

² <http://www.dermnetnz.org/site-age-specific/neonate.html> 3

³ WOCN (2011). Incontinence Associated Dermatitis: Best Practices for Clinicians

⁴ Beeckman, D., Van Lancker, A., Van Hecke, A., Verhaeghe, S. (2014). A systematic review and meta-analysis of incontinence-associated dermatitis, incontinence, and moisture a risk factors for pressure ulcer development. Research in Nursing & Health., 37(1), 204-218

⁵ Schumacher, B., Askew, M., Otten, K. (2013). Development of a pressure ulcer trigger tool for the neonatal population. Journal Wound Ostomy Continence Nursing. January-February 40 (1): 46-50

⁶ National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2014). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Western Australia

APÊNDICE XIX. CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

A hospitalização numa Neonatologia coloca o recém-nascido (RN) em risco de desenvolver lesão da pele, devido às suas características desenvolvimentais, situação de saúde e aos cuidados/procedimentos a que são submetidos. Verifica-se a necessidade desta população em cuidados especializados à pele, sendo fundamental a utilização de instrumentos de avaliação criteriosa, enquanto estratégia preventiva de lesões da pele, através da deteção precoce de alterações que visem a promoção da sua integridade. Estes instrumentos podem ser úteis na identificação de alterações no sistema tegumentar do RN, permitindo prevenir ou diminuir a ocorrência de lesões e as suas consequências.

Sou enfermeira da Neonatologia do Hospital S. Francisco Xavier (HSFX), a frequentar o 8º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e encontro-me a desenvolver o projeto de investigação “Um olhar sobre a pele do recém-nascido: O cuidado de enfermagem promotor da integridade cutânea em neonatologia” orientado pela Professora Doutora Maria Alice Santos Curado, o qual inclui a validação de uma escala de observação/avaliação da pele do RN.

É fundamental para a consecução do estudo descrito a observação do RN, com o intuito final de contribuir ativamente para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados e para o desenvolvimento da profissão e disciplina de Enfermagem. Na qualidade de representante legal, venho por este meio solicitar o seu consentimento para a observação e posterior preenchimento de um instrumento de avaliação da pele durante a hospitalização do seu filho.

A sua participação é uma decisão voluntária e gratuita. Não trará qualquer despesa ou prejuízo e não irá expor o seu bebé a nenhum risco ou procedimento. Pode decidir retirar o seu consentimento por simples manifestação escrita em qualquer momento. Todas as informações pessoais e dados recolhidos serão utilizadas unicamente para o fim aqui previsto, não sendo cedidas a terceiros. Salvaguarda-se a possibilidade dos dados recolhidos serem publicados no trabalho final deste projeto, não podendo porém identificar as pessoas envolvidas.

Solicita-se, por meio de assinatura, que confirme que foi informado(a) das condições de recolha e utilização do material, sob a forma escrita, cedido de sua livre vontade e que aceita a sua utilização no estudo descrito.

Ao dispor para qualquer esclarecimento adicional, a investigadora principal:

Data: ____/____/____

(Eva Ferreira, Cédula N.º 5-E-58654, Neonatologia, telef: 933137371)

Lisboa, ____/____/____ Assinatura: _____

**APÊNDICE XX. COMUNICAÇÃO EM MESA REDONDA:
UM OLHAR SOBRE A PELE DO RN: O CUIDADO DE ENFERMAGEM PROMOTOR
DA INTEGRIDADE CUTÂNEA EM NEONATOLOGIA**

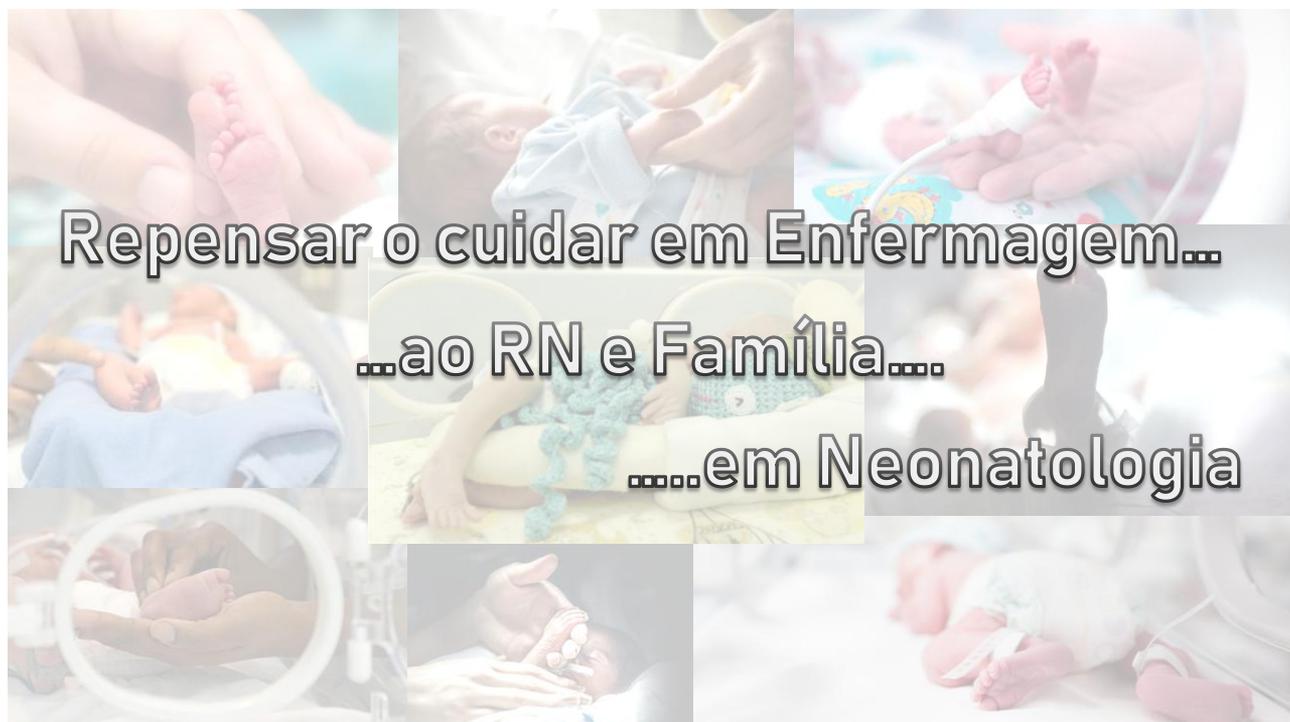
Jornadas de Feridas AEESEL: A pessoa com ferida complexa

Um olhar sobre a pele do RN: o
Cuidado de Enfermagem
promotor da integridade cutânea
em Neonatologia

Eva Ferreira, Alice Curado



Lisboa, 7 de Abril de 2018



Cuidar o RN... em Neonatologia

Nos últimos 25 anos a mortalidade infantil diminuiu mais de metade, sendo as condições neonatais representativas de 45% das mortes em crianças menores de 5 anos de idade.

(World Health Organization, 2016)

Os avanços da medicina e das novas tecnologias e, consequentemente, o aumento de situações de morbilidade e doença crónica têm contribuído para um elevado número de crianças com deficiência ou risco de atraso de desenvolvimento. (Diário da República, 2015)

O contexto da Neonatologia é um exemplo paradigmático do desenvolvimento técnico-científico cujas intervenções "benevolentes" ao RN carregam em si um potencial devastador nos seus utilizadores. (Branquinho, 2013)

PROBLEMÁTICA EMERGENTE

A hospitalização na UCIN constitui um risco acrescido de lesão cutânea em RN, relacionado com as suas características desenvolvimentais, situação de saúde que experienciam e aos cuidados/procedimentos a que são diariamente submetidos, pelo que estes devem ser focados na proteção da pele e prevenção da lesão.

(Askin & Wilson, 2014; Lund & Kuller, 2014; Santos & Costa, 2015)

As práticas que causam traumatismo e lesões à pele ou interferem na sua funcionalidade **contribuem para taxas de morbilidade e mortalidade significativas** nesta população vulnerável.

(Lund & Kuller, 2014).

Lisboa, 7 de Abril de 2018



A PELE DO RECÉM-NASCIDO

- A pele, enquanto **órgão multidimensional e dinâmico**, encerra diferentes funções vitais, atuando como interface entre o ambiente interno e externo do RN.

(Rolim et al., 2008; Menoita, 2015)

- Entre as principais funções destacam-se a **proteção física, química, metabólica e imunológica** de elementos ambientais nocivos, a **percepção sensorial** (dor, temperatura e toque), a **regulação da temperatura corporal**, a **homeostasia da água e eletrólitos**, o **armazenamento de gordura** e a **promoção do estabelecimento precoce da relação mãe-bebé**.

(Stamatas, Nikolovski, Mack & Kollias, 2011; Lund & Kuller, 2014; Selores, Machado & Godinho, 2014)

Lisboa, 7 de Abril de 2018

5

A PELE DO RECÉM-NASCIDO

Durante o período neonatal, a pele passa por um importante **processo de transformação relacionado com a adaptação à vida extra-uterina** e condicionado pelas características individuais de cada RN.

(Fernandes, Oliveira & Machado, 2011)

A pele infantil **difere significativamente da do adulto** em relação à estrutura, função e composição, encontrando-se funcionalmente ainda em desenvolvimento.

(Blume-Peytavi, Hauser, Stamatas, Pathirana, & Bartels, 2012; Telofsky, Morello, Correa, & Stamatas, 2012)



Lisboa, 7 de Abril de 2018

6

O RISCO DE LESÃO DA PELE DO RN

Os RN hospitalizados nas UCIN estão mais suscetíveis ao desenvolvimento de lesões da pele devido à sua **imaturidade anatómica e fisiológica**, bem como à constante necessidade de **procedimentos terapêuticos, a utilização de dispositivos invasivos e a manipulação frequente**. (Santos & Costa, 2014)

Fatores de Risco:

baixo peso ao nascer (igual ou inferior a 1500g), idade gestacional (prematuridade), tempo de hospitalização prolongado, condição de saúde do RN, presença de adesivos, estados nutricionais inadequados, infecções, exposição a desinfetantes e dispositivos médicos.

(Csoma et al., 2016; Soares et al., 2017; AWHONN, 2013, Sardesai, Kornacka, Walas, & Ramanathan, 2011)

7

QUE LESÕES?



Úlceras de Pressão
Lesões Mecânicas
Lesões Térmicas
Queimaduras Químicas
Lesões por Punções
Extravasamento

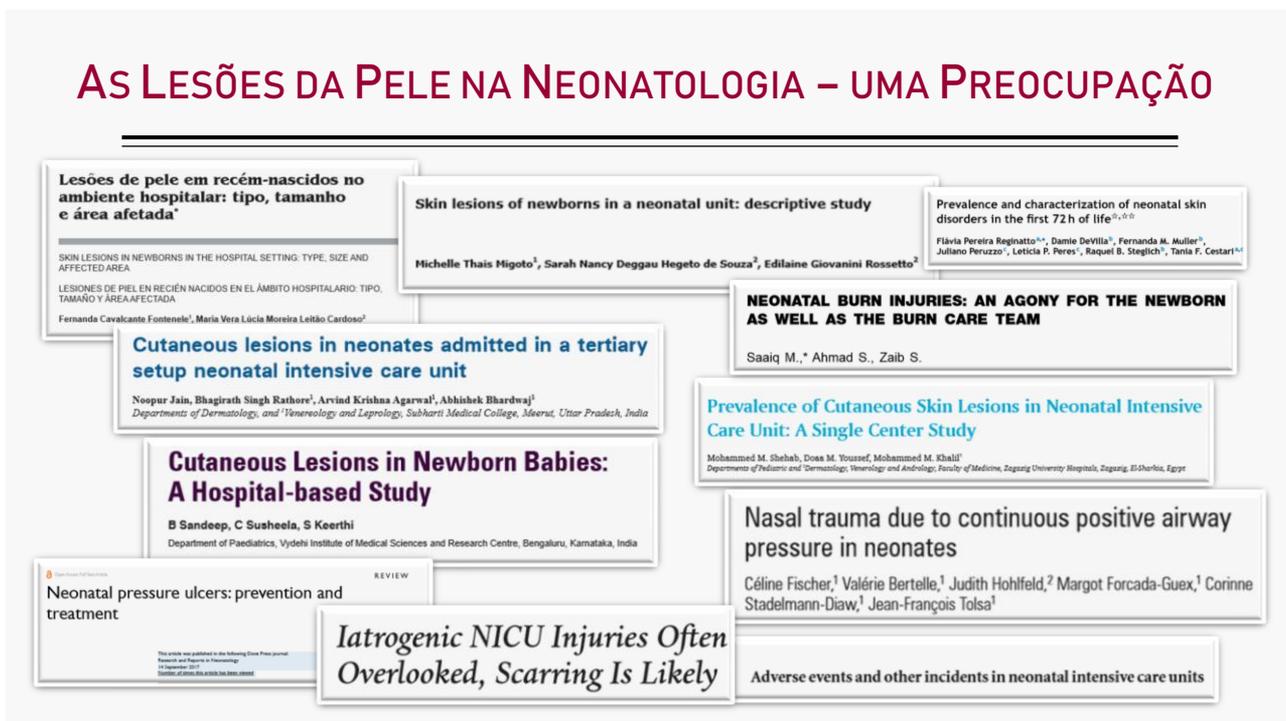


Fontes de Imagens: <http://www.worldwidewounds.com/1997/october/Neonates/NeonatePaper.html>; <https://www.medscape.org/viewarticle/465017>; <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1527336914000877>; http://fn.bmj.com/content/95/6/F447?ijkey=3fb573a10465b3c52af21767aa8e190ea22f8d99&keytype=tf_ipsecsha; <https://clinicalgate.com/iatrogenic-and-traumatic-injuries/>

Lisboa, 7 de Abril de 2018

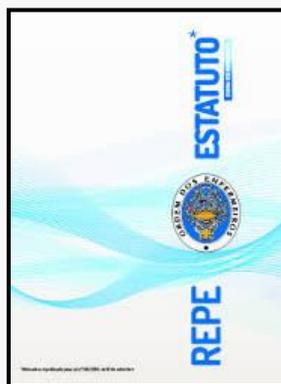
8

AS LESÕES DA PELE NA NEONATOLOGIA – UMA PREOCUPAÇÃO



RESPONSABILIDADE DO ENFERMEIRO

A proteção da pele e a manutenção da sua integridade durante a hospitalização, enquanto intervenção promotora da saúde, enquadra-se na esfera autónoma do enfermeiro, que mobilizando conhecimentos e técnicas próprias da profissão e disciplina de enfermagem, proporciona cuidados diferenciados e personalizados ao RN, com o intuito de promover o mais elevado estado de saúde e bem-estar desta população.



QUE CUIDADOS?

A Prática Baseada na Evidência



Lisboa, 7 de Abril de 2018

11

OBJETIVOS DOS CUIDADOS À PELE DO RN



- ❖ Proteção da pele
- ❖ Prevenção de lesões e traumatismos
- ❖ Manutenção da integridade cutânea ao longo da hospitalização
- ❖ Promoção do crescimento e desenvolvimento do RN
- ❖ Prática baseada na evidência

Lisboa, 7 de Abril de 2018

12

Avaliação da Pele do RN

Cuidados de Higiene e Hidratação

Antissépticos

Adesivos

Dispositivos Médicos e Pensos de Proteção

Partnership with Families
Safeguarding Sleep
Smell
Sound
Touch
Temperature
Light
Minimizing Stress & Pain
Positioning & Handling
Protecting Skin

Attimier & Philipps, 2013

Promoção do Neurodesenvolvimento do Recém-Nascido

Lisboa, 7 de Abril de 2018

AVALIAÇÃO DA PELE DO RECÉM-NASCIDO

- Observação cuidada
- Mobilização de um instrumento de avaliação válido e confiável da condição da pele
- Reconhecer as condições benignas comuns e temporárias da pele do RN
- Identificar os fatores de risco de lesões da pele (NSRAS até aos 21 dias de vida e depois a Braden Q)
- Determinar as causas potenciais de rutura e lesões da pele



(ASSOCIATION OF WOMEN'S HEALTH OBSTETRIC AND NEONATAL NURSES, 2013)

➔ A **proteção da pele e a manutenção da sua integridade** durante a hospitalização é um dos mais importantes e críticos objetivos da prática de enfermagem.

(Gardiner, Lampshire, Biggins, McMurray, Noake, van Zyl, Vickery, Woodage, Lodge & Edgar, 2008)

➔ A **população neonatal requer cuidados especializados à pele**, sendo fundamental a elaboração de protocolos por profissionais competentes **para padronização de condutas**.

(Migoto, Souza & Rosseto, 2013, Csoma et al., 2015)

➔ A utilização de **instrumentos de avaliação criteriosa**, enquanto estratégia preventiva de lesões da pele, **permite detetar precocemente alterações no sistema tegumentar do neonato**, permitindo **prevenir ou diminuir a ocorrência de lesões e as suas consequências**.

(Faria, 2015)

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO:

Um olhar sobre a pele do RN: o cuidado de enfermagem promotor da integridade cutânea em neonatologia

Lisboa, 7 de Abril de 2018

FINALIDADE

Promover a integridade cutânea do RN durante a sua hospitalização na UCIN, com foco na observação e avaliação da condição da pele, através da identificação de um instrumento de avaliação de enfermagem pertinente, fiável e adequado às características da população neonatal e ao contexto da UCIN.

JOGNN CLINICAL STUDIES

Neonatal Skin Care: Clinical Outcomes of the AWHONN/NANN Evidence-Based Clinical Practice Guideline

Carolyn H. Lund, RN, MS, FAAN, Jason W. Osborne, PhD,
Joanne Kuller, RN, MS, Alfred T. Lane, MD, FAAP,
Judy Wright Lott, RNC, DNS, NNP, Deborah A. Raines, PhD, RNC

PROTOCOLO DE REVISÃO *SCOPING*
NEONATAL SKIN CONDITION SCORE

JOGNN CLINICAL RESEARCH

Validity and Reliability of the Neonatal Skin Condition Score

Carolyn Houska Lund and Jason W. Osborne

Lisboa, 7 de Abril de 2018

16

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO:

UM OLHAR SOBRE A PELE DO RN: O CUIDADO DE ENFERMAGEM PROMOTOR DA INTEGRIDADE CUTÂNEA EM NEONATOLOGIA

- Autorização dos autores do instrumento
- Projeto para a Comissão de Ética para a Saúde do CHLO para a aplicação do instrumento na UCIN
- Consentimento Informado, Livre e Esclarecido
- Integrado na Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem
- Parceria com a ELCOS



Lisboa, 7 de Abril de 2018

17

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO:

UM OLHAR SOBRE A PELE DO RN: O CUIDADO DE ENFERMAGEM PROMOTOR DA INTEGRIDADE CUTÂNEA EM NEONATOLOGIA

OBJETIVO DO ESTUDO:

Realizar a validação clínica e estatística da versão portuguesa da NSCS, e avaliar as suas propriedades psicométricas com RN portugueses.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Em que medida a NSCS revela qualidades psicométricas adequadas para fazer a avaliação da condição da pele do recém-nascido?

AWHONN Neonatal Skin Condition Score (NSCS)

Secura

- 1 = Normal, sem sinal de pele seca
- 2 = Pele seca, descamação visível
- 3 = Pele muito seca, rachaduras/fissuras

Eritema

- 1 = Sem sinal de eritema
- 2 = Eritema visível, menos de 50% da superfície corporal
- 3 = Eritema visível, mais ou igual a 50% da superfície corporal

Rupturas

- 1 = Nenhuma evidente
- 2 = Pequenas áreas localizadas
- 3 = Áreas extensas

Observação: classificação perfeita = 3, pior classificação = 9.

Lisboa, 7 de Abril de 2018

18

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO:

UM OLHAR SOBRE A PELE DO RN: O CUIDADO DE ENFERMAGEM PROMOTOR DA INTEGRIDADE CUTÂNEA EM NEONATOLOGIA

METODOLOGIA:

- Estudo observacional de abordagem quantitativa e natureza prospectiva
- Validação estatística da NSCS com uma amostra mínima de 60 observações (recém-nascidos no período neonatal, 0-28 dias de vida)
- Variáveis Independentes: peso de nascimento, idade gestacional, prevalência de infeção (traduzida por uma hemocultura positiva), número de observações
- Critérios de Exclusão: RN com doenças dermatológicas congénitas

Lisboa, 7 de Abril de 2018

19

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO:

UM OLHAR SOBRE A PELE DO RN: O CUIDADO DE ENFERMAGEM PROMOTOR DA INTEGRIDADE CUTÂNEA EM NEONATOLOGIA

METODOLOGIA:

- Colheita de dados :
 - aplicação da escala foi realizada por 5 enfermeiras (2 em simultâneo) a quem foi realizada uma formação prévia;
 - duas avaliações consecutivas (duas vezes por semana) em novos RN admitidos, durante o período máximo de 8 semanas;
 - decorreu entre 8 de Janeiro e 4 de Março.
- Análise de dados: soft-ware IBM® SPSS® Statistics (v. 23, SPSS, An IBM Company, Chicago, IL)

Lisboa, 7 de Abril de 2018

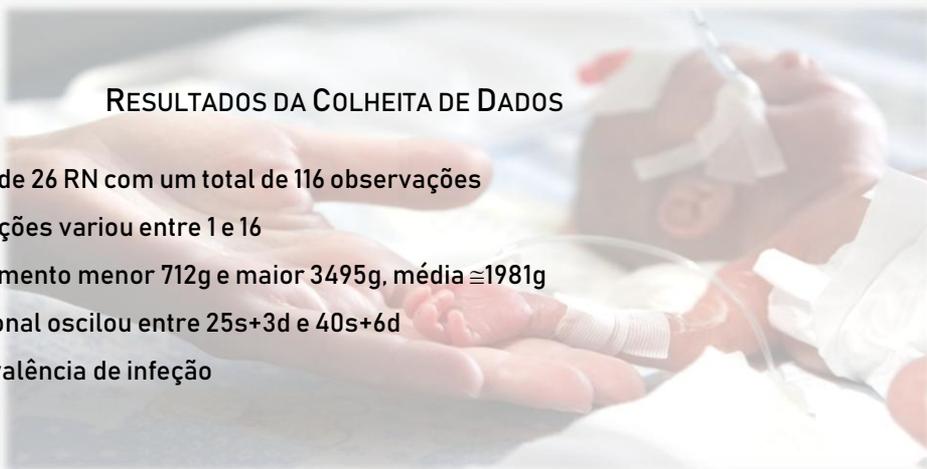
20

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO:

UM OLHAR SOBRE A PELE DO RN: O CUIDADO DE ENFERMAGEM PROMOTOR DA INTEGRIDADE CUTÂNEA EM NEONATOLOGIA

RESULTADOS DA COLHEITA DE DADOS

- Amostra final de 26 RN com um total de 116 observações
- N° de Observações variou entre 1 e 16
- Peso de Nascimento menor 712g e maior 3495g, média \cong 1981g
- Idade Gestacional oscilou entre 25s+3d e 40s+6d
- 4 RN com prevalência de infeção
- 1 Óbito



Lisboa, 7 de Abril de 2018

21

QUE IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA?

- ✗ A mobilização de instrumentos validados de avaliação da condição da pele, bem como dos atributos que indicam o seu comprometimento, é o caminho para alcançar resultados positivos e ganhos em saúde para a população neonatal.
- ✗ A implementação de diretrizes e recomendações, baseadas em evidências clínicas comprovadas, promove o cuidado adequado da pele ao RN, contribuindo para o seu normal desenvolvimento.

Lisboa, 7 de Abril de 2018

22

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altmier, L., & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(1), 9-22.
- Askin, D., & Wilson, D. (2014). Recém-Nascido de Alto Risco e Família in *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M. J. G. Paixão, Trad.) (9ª ed.) (vol 1). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's – Nursing Care of Infants and Children, 9th, 2011. New York: Elsevier).
- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). (2013). Neonatal Skin Care. Evidence based clinical practice guideline (3rd ed.). Johnson & Johnson Consumer Companies: Washington
- Blume-Peytavi, U., Hauser, M., Stamatias, G., Pathirana, D., & Bartels, N. (2012). Skin Care Practices for Newborns and Infants: Review of the Clinical Evidence for Best Practices. *Pediatric Dermatology* 29(1), pp. 1-14
- Branquinho, J. (2013). Cuidados Paliativos Neonatais em Portugal: Construção de Consenso entre Neonatologistas recorrendo à metodologia Delphi. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Doutor em Bioética. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Bioética.
- Csoma, Z., Meszes, A., Mader, K., Kemeny, L., & Talosi, G. (2015). Overview of Dermatologic Disorders of Neonates in a Central Regional Intensive Care Unit in Hungary. *Pediatric Dermatology* 32(2), pp. 201-207
- Csoma, Z., Meszes, A., Abraham, R., Kemeny, L., Talosi, G., & Doro, P. (2016). Iatrogenic Skin Disorders and Related Factors in Newborns Infants. *Pediatric Dermatology*, 33(5), pp. 543-548
- Decreto-Lei nº. 161/96 de 4 de Setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Diário da República I Série-A, N.º 205 (04-09-1996), pp. 2959-2962.
- Faria, T. (2015). Incidência de lesões de pele em neonatos internados na unidade de terapia intensiva neonatal. Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem.
- Fernandes, J., Oliveira, Z., & Machado, M. (2011). Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *Anais Brasileiros de Dermatologia* 86(1), pp. 102-110
- Gardiner, L.; Lampshire, S.; Biggins, A.; McMurray, A.; Noake, N.; van Zyl, M.; Vickery, J.; Woodage, T.; Lodge, J. & Edgar, M. (2008). Evidence-based best practice in maintaining skin integrity. *Wound Practice and Research*, 16(2), pp. 5-15
- Lund, C. H., Osborne, J. W., Kuller, J. M., Lane, A. T., Lott, J. W., & Raines, D. A. (2001). Neonatal skin care: Clinical outcomes of the AWHONN/NANN evidence-based clinical practice guideline. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 30, 41-51.
- Lund, C. H., & Osborne, J. W. (2004). Validity and reliability of the Neonatal Skin Condition Score. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 33, 320-327.
- Lund, C., & Kuller, J. (2014). Integumentary system. In C. Kenner & J. Lott, *Comprehensive Neonatal Nursing* (5th ed., pp. 299-333). New York: Springer Publishing Company

Lisboa, 7 de Abril de 2018

23

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Menoita, E. (2015). Gestão de Feridas Complexas. Loures: Lusodidacta
- Migoto, M., Souza, S., & Rossetto E. (2013). Lesões de pele em bebês internados em uma unidade neonatal: estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing* 12(2), pp. 377-392.
- Regulamento nº 351/2015 de 22 de Junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República II Série, N.º 119 (22-06-2015) 16660-16665.
- Rolim, K., Linhares, D., Rabelo, L., Magalhães, F., Gurgel, E., & Caetano, J. (2008). Cuidado com a pele do recém-nascido pré-termo em unidade de terapia intensiva neonatal: conhecimento da enfermeira. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 9(4), pp. 107-115
- Santos, S., & Costa, R. (2015). Prevenção de lesões de pele em recém-nascidos: o conhecimento da equipe de enfermagem. *Texto e Contexto - Enfermagem, Florianópolis* 24(3), pp. 731-739 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00731.pdf
- Sardesai, S., Kornacka, M., Walas, W., & Ramanathan, R. (2011). Iatrogenic skin injury in the neonatal intensive care unit. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 24(2), pp. 197-203.
- Selores, M., Machado, S., & Godinho, C. (2014). Consenso Clínico - Cuidados Cutâneos ao Recém-Nascido. Sociedade Portuguesa de Pediatria, Secção de Neonatologia
- Soares, A., Rocha, S., Araújo Filho, A., Costa, R., Gouveia, M., & Lima, P. (2017). Nursing Care with the Skin of Hospitalized Newborns: Integrative Review. *International Archives of Medicine*, 10(189).
- Stamatias, G., Nickolovski, J., Mack, M., & Kollias, N. (2011). Infant skin physiology and development during the first years of life: A review of recente findings based on vivo studies. *International Journal of Cosmetic Science*, 33, pp. 17-24
- Telofski, L., Morello, A., Correa, M., & Stamatias, G. (2012). The Infant Skin Barrier: Can We Preserve, Protect, and Enhance the Barrier? *Dermatology Research and Practice*, 2012
- World Health Organization (2016). Towards a Grand Convergence for child survival and health: A strategic review of options for the future building on lessons learnt from IMNCI. Geneva: World Health Organization. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251855/1/WHO-MCA-16.04eng.pdf?ua=1>

Lisboa, 7 de Abril de 2018

24

OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO!



Lisboa, 7 de Abril de 2018

25

**APÊNDICE XXI. POSTER: RESEARCH PROJECT –
CLINICAL AND STATISTICAL VALIDATION OF THE NEONATAL
SKIN CONDITION SCORE FOR PORTUGUESE NEWBORNS**

RESEARCH PROJECT

CLINICAL AND STATISTICAL VALIDATION OF THE NEONATAL SKIN CONDITION SCORE FOR PORTUGUESE NEWBORNS

Eva Madalena Canha Ferreira*, Maria Alice Santos Curado**



*RN in Neonatal Intensive Care Unit, Hospital S. Francisco Xavier, MS student of 8th Master's Degree in Nursing in the area of Specialization in Child Health and Pediatrics, PT
 **Coordinator Professor, RN, MS, Specialization in Child Health and Pediatrics, PhD, Department of Child and Youth Health, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, PT.

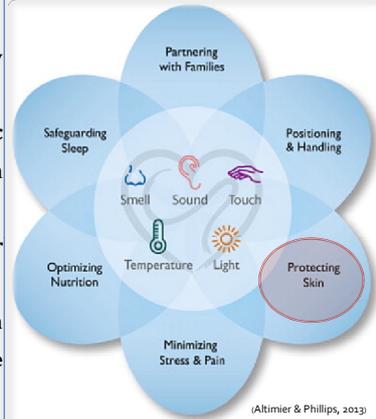


INTRODUCTION

Protecting the skin and maintaining its integrity during hospitalization is one of the most important and critical objectives of nursing practices¹. Hospitalization in NICU increases the risk of skin damage in the newborn. Due to its developmental characteristics, health situation and the care/procedures concerning them, the practices should be focused on the prevention of injuries^{2,3,4}. Standardize the behavior of health professionals towards a more objective assessment of the skin is essential^{5,6}. Thus, the Master Project "A look at the skin of the newborn: Nursing care promoting skin integrity in Neonatology" was born.

BACKGROUND

- The research justify the use of careful assessment tools as a preventive strategy for skin lesions, through the early detection of changes aimed at promoting their integrity⁷.
- The evidence consider the Neonatal Skin Condition Score (NSCS) a very good instrument with good psychometric properties to evaluate skin conditions, and can be integrated into protocols and guidelines to identify children with excessive dehydration, erythema or irritations and skin lesions^{8,9}.
- A daily and complete assessment of the surface of the skin reveals the state of its integrity in critically ill or premature children and early signs of change may anticipate diagnostic or treatment actions³.
- One of the neuroprotective nuclear measures¹⁰ is the protection of the skin, because its functions have an impact on newborn neuro-development, and the particular characteristics of this population and the NICU environment influence its functionality.
- Skin care entails an intentional interaction with the body surface of the newborn, making nurses responsible for integrating a developmental support approach while producing this care¹¹.



AIM To perform the clinical adaptation of NSCS, Portuguese version, and assess its psychometric properties with Portuguese newborns.

AWHONN Neonatal Skin Condition Score (NSCS)	
Secura	
1	Normal, sem sinal de pele seca
2	Pele seca, descamação visível
3	Pele muito seca, rachaduras/fissuras
Eritema	
1	Sem sinal de eritema
2	Eritema visível, menos de 50% da superfície corporal
3	Eritema visível, mais ou igual a 50% da superfície corporal
Rupturas	
1	Nenhuma evidente
2	Pequenas áreas localizadas
3	Áreas extensas
Observação : classificação perfeita = 3, pior classificação = 9.	

METHODS

- Observational study, with quantitative approach.
- Statistical validation of NSCS with a minimum sample size of 60 observations (newborns in neonatal period, 1-28 days).
- Independent variables: birth weight; gestational age; prevalence of infection (defined as a positive blood culture).
- Exclusion criteria: RNs with congenital dermatological diseases.
- Data collection will be performed by 5 nurses, from January to August 2018 (two nurses simultaneously).
- Data analysis will be performed by using the soft-ware IBM® SPSS® Statistics (v. 23, SPSS, An IBM Company, Chicago, IL).

PURPOSE OF RESEARCH AND IMPLICATIONS FOR PRACTICES

The use of validated skin condition assessment tools as well as the attributes that indicate their commitment is the way to achieve positive results and health gains for the neonatal population. The implementation of guidelines and recommendations, based on proven clinical evidence, promote proper neonatal skin care contributing to its normal development.

REFERENCES:

¹ Gardiner, L., Lamphire, S., Biggins, A., McMurray, A., Noake, N., van Zyl, M., Vickery, J., Woodage, T., Lodge, J. & Edgar, M. (2008). Evidence-based best practice in maintaining skin integrity. *Wound Practice and Research*, 16(2), pp. 5-15

² Askin, D., & Wilson, D. (2014). Recém-Nascido de Alto Risco e Família in Hokenberry, M. & Wilson, D. *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M. J. G. Paixão, Trad.) (9th ed.) (vol 1). Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong - Nursing Care of Infants and Children, 9th, 2011, New York: Elsevier).

³ Lund, C., & Kuller, J. (2014). Integumentary system. In Kenner, C. & Lott, J. *Comprehensive Neonatal Nursing* (5th ed., pp. 299-333). New York: Springer Publishing Company

⁴ Santos, S. & Costa, R. (2015). Prevenção de lesões de pele em recém-nascidos: o conhecimento da equipe de enfermagem. *Texto e Contexto - Enfermagem, Florianópolis* 24(3), pp. 731-739 Available in: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00731.pdf

⁵ Migotto, M., Souza, S., & Rossetto E. (2013). Lesões de pele em bebês internados em uma unidade neonatal: estudo descritivo. *Online Brazilian Journal of Nursing* 12(2), pp. 377-392. Available in: <http://www.ubirajournal.ufr.br/index.php/online/article/viewFile/4042/2154>

⁶ Cosma, Z., Meszias, A., Mader, K., Kemeny, L., & Talosi, G. (2015). Overview of Dermatologic Disorders of Neonates in a Central Regional Intensive Care Unit in Hungary. *Pediatric Dermatology* 32(2), pp. 201-207

⁷ Faria, T. (2015). Incidência de lesões de pele em neonatos internados na unidade de terapia intensiva neonatal. Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem.

⁸ Tamez, R. (2013). *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco*. 5th Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

⁹ Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) (2013). Neonatal Skin Care. Evidence based clinical practice guideline (3rd ed.). Johnson & Johnson Consumer Companies: Washington

¹⁰ Altmier, L., & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 13(1), 9-22. Available in: <http://dx.doi.org/10.1053/j.ninr.2012.12.002>

¹¹ Gibbins, S., Hoath, S., Coughlin, M., Gibbins, A., & Franck, L. (2008). The Universe of Developmental Care: A New Conceptual Model for Application in the Neonatal Intensive Care Unit. *Advances in Neonatal Care*, 8 (3), 141-147.

ANEXOS

**ANEXO I. CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA
II REUNIÃO DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS**

CERTIFICADO

Eva Ferreira

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



© 2017 João Catarino

A Comissão Organizadora:

CENTRO HOSPITALAR
LISBOA NORTE, EPE



**ANEXO II. CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO III ENCONTRO DE
ENFERMEIROS DE NEONATOLOGIA DA ÁREA DE LISBOA**

CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO POSTER



III ENCONTRO DE ENFERMEIROS DE NEONATOLOGIA DA ÁREA DE LISBOA

Cuidar para o Neurodesenvolvimento
na Vulnerabilidade

Certifica-se que Eva Ferreira participou com o POSTER “*Escalas de avaliação/ observação da pele do recém-nascido na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: protocolo para uma revisão scoping*” que obteve o **1º PRÉMIO** no III Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da área de Lisboa, subordinado ao tema principal, “Cuidar para o Neurodesenvolvimento na Vulnerabilidade”, que decorreu nos dias 10 e 11 de Novembro de 2017, no Auditório da ESEL— Pólo Artur Ravara, Lisboa.



Enfermeiros Neonatologia
Área de Lisboa

A COMISSÃO ORGANIZADORA

**ANEXO III. PERMISSÃO DA AWHONN PARA O ESTUDO DE
VALIDAÇÃO DA NSCS EM RN PORTUGUESES**



Date: 10/19/2017

TO: Eva Madalena Canha Ferreira, RN, MS Student

Conditions of Agreement

Permission is hereby granted to Eva Madalena Canha Ferreira, RN, MS Student and participating clinics/hospital to use the following AWHONN products:

Neonatal Skin Condition Score (NSCS) (Portugese Version) for a study on the statistical validation of the AWHONN Neonatal Skin Condition Score (NSCS) with patients in the NICU at (please fill in the name of the clinic or hospital here).

HOSPITAL S. FRANCISCO XAVIER; HOSPITAL LACAIAS DE JOE DE ALMEIDA; HOSPITAL BEATRIZ ANGELO

Authorized representative must sign and date this form and return it to AWHONN via permissions@awhonn.org

1. You will include a source line with reference to AWHONN as the source and a copy of this permission is to be shared with each individual to whom item is sent. No further reproduction of the document beyond this usage is permitted. All other uses require future permissions and possible purchase of the document at whonn.org. All individuals and clinics receiving this document must seek new permissions from AWHONN for further reuse, reproduction or dissemination of the item.
2. You warrant that the material shall not be used in any way that is derogatory to the title, content, or authors of the material or to AWHONN.
3. Permission is granted for one-time use only and is non-transferable. Rights herein do not apply to future reproductions, editions, revisions, or other derivative works. Permission is non-exclusive, and is valid in the Portugese version is valid only for the medium set forth as agreed upon.
4. Permission is granted only to the extent the material is owned by AWHONN. AWHONN makes no warranty regarding the extent of AWHONN's ownership of a particular work. If any part of the material to be used (for example, figures) has appeared in our publication with credit or acknowledgement to another source, permission must also be sought from that source. If such permission is not obtained then that material may not be included in your publication/copies. User is responsible for identifying, and seeking separate licenses for, any of such third party materials; without a separate license, such third party materials may not be used.
5. Signature of requester or responsible party indicating acceptance of these conditions:

Your Signature Eva Madalena Canha Ferreira Date: 26/10/2017
Maria Alice do Socorro (Tutor) coordenadora Professor

Please return original to AWHONN 1800 M St NW, #740 South, Washington DC, 20036 USA
and retain a copy of this Agreement for your files.
Email: permissions@awhonn.org Phone: 202-261-2457





Eva Ferreira <evamaddalena@gmail.com>

Pedido de Parecer acerca da Escala Neonatal Skin Condition Score

Sociedade Feridas <sociedade.feridas.elcos@gmail.com>

23 de abril de 2018 às 12:44

Para: Eva Ferreira <evamaddalena@gmail.com>

Exma. Sra.
Enf^a Eva Ferreira,

A ELCOS - Sociedade Portuguesa de Feridas, após leitura e análise da escala supra citada, considera a mesma de utilidade para a avaliação da condição da pele do recém nascido neonatal.
Estamos disponíveis para colaborar na implementação, da mesma, na população.

Sem outro assunto de momento,
Apresentamos os melhores cumprimentos,

Enf^a Katia Furtado
Presidente da Direção

Vera Pombo
Secretariado



<http://sociedadeferidas.pt/>

926449633/245580270

[Citação ocultada]

NEONATAL SKIN CONDITION SCORE

(Ferramenta de Classificação da Condição da Pele Neonatal AWHONN)

AWHONN Neonatal Skin Condition Score (NSCS)

Secura

- 1 = Normal, sem sinal de pele seca
- 2 = Pele seca, descamação visível
- 3 = Pele muito seca, rachaduras/fissuras

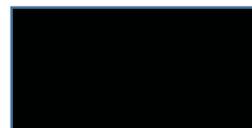
Eritema

- 1 = Sem sinal de eritema
- 2 = Eritema visível, menos de 50% da superfície corporal
- 3 = Eritema visível, mais ou igual a 50% da superfície corporal

Rupturas

- 1 = Nenhuma evidente
- 2 = Pequenas áreas localizadas
- 3 = Áreas extensas

Observação : classificação perfeita = 3, pior classificação = 9.



Comissão de Ética para a Saúde

N.º Registo no RNEC: 20170700050

PARECER

Projeto de Mestrado,

Título: “Um olhar sobre a pele do recém-nascido: O cuidado de enfermagem promotor da integridade cutânea em neonatologia”

Investigadora Principal: **Enf.ª Eva Madalena Ferreira** (Enfermeira na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais-UCIN do HSFY-CHLO | Aluna do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa-ESEL)

Serviço onde decorrerá o estudo:

Após reunião de 18 de dezembro de 2017 e no seguimento da receção do modelo de Consentimento Informado retificado, estando atualmente o estudo de acordo com as normas de submissão impostas por esta CES, deliberou-se emitir **parecer favorável** à realização do mesmo.

A Comissão de Ética para a Saúde solicita à Investigadora Principal que, quando da conclusão deste estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde de presentes em reunião de 18 de dezembro de 2017:

Presidente: Prof.ª Doutora Maria Teresa Marques

Dr. Carlos Costa, Enf.ª Clara Carvalho, Dra. Paula Peixe,

Dr. José Santana Carlos e Dr. Rui Campante Teles

Pelo exposto, emitiu-se a 20 de dezembro de 2017, **parecer favorável**.

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

Prof.ª Doutora Maria Teresa Marques
MARIA TERESA MARQUES

Presidente da Comissão

de Ética para a Saúde

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

Hospital de Egas Moniz | Rua da Junqueira, 126 - 1349-019 Lisboa
Telefone: 210 432 665 | Correio eletrónico:

Sublinha de investigação	Cuidados Centrados no Desenvolvimento: Proteção da Pele
Título do Projeto:	<i>Um olhar sobre a pele do recém-nascido: O cuidado de enfermagem promotor da integridade cutânea em neonatologia</i> (Desenvolvido em parceria com o Hospital de S. Francisco Xavier, Hospital de Cascais e Hospital Beatriz Ângelo)
Investigador Principal:	Maria Alice dos Santos Curado
Equipa de Investigação:	Eva Madalena Canha Ferreira (estudante de mestrado), Thereza Vasconcellos
Duração	36 Meses
Fundamentação Teórica	<p>Nos últimos 25 anos a mortalidade infantil diminuiu mais de metade, sendo as condições neonatais representativas de 45% das mortes em crianças menores de 5 anos de idade (World Health Organization (WHO), 2016). Anualmente, nascem 15 milhões de RN prematuramente e 32,4 milhões com peso baixo para a idade gestacional (IG) (WHO & UNICEF, 2014). Dados do Instituto Nacional de Estatística (2016) demonstram que Portugal segue esta tendência, verificando-se que dos nados vivos em 2015, 8,9% apresentaram baixo peso ao nascer (PN) e 8,0% nasceram prematuros.</p> <p>A UCIN é um contexto de cuidados cujo ambiente se apresenta agressivo, impessoal e de difícil adaptação, decorrente de características particulares como a luminosidade, o ruído, as mudanças de temperatura e a avaliações e procedimentos repetidos que ocorrem tão frequentemente quanto a gravidade da situação de saúde do RN (Jordão, Pinto, Machado, Costa & Trajano, 2016). Cuidar na UCIN desperta a reflexão sobre o impacto da evolução da investigação e da tecnologia na qualidade da saúde dos RN, para além da comprovada redução da mortalidade infantil, lembrando que existe uma ligação intrínseca entre sobrevivência e saúde (WHO & UNICEF, 2014). Os cuidados de saúde comumente prestados na UCIN podem gerar <i>stress</i> fisiológico ou comportamental nos RN a par com os fatores ambientais. Os enfermeiros constituem os principais mediadores do <i>stress</i> desempenhando um papel fundamental na monitorização da tolerância infantil durante e após os cuidados e procedimentos (Sweeney & Blackburn, 2013). Baseada neste pressuposto, a intervenção de enfermagem consiste na implementação de ações que resultem num ambiente terapêutico (Martins, Fialho, Dias, Amaral, & Freitas, 2011).</p> <p>A pele, enquanto órgão multidimensional e dinâmico, encerra diferentes funções vitais, atuando como interface entre o ambiente interno e externo, sendo capaz de responder às alterações destes (Rolim, Linhares, Rabelo, Gurgel, Magalhães & Caetano, 2008; Menoita, 2015). Entre as funções destacam-se a proteção física, química, metabólica e imunológica de elementos ambientais nocivos, a perceção sensorial (dor, temperatura e toque), a regulação da temperatura corporal, a homeostasia da água e eletrólitos e o armazenamento de gordura (Stamatas, Nikolovski, Mack &</p>

Kollias, 2011; Lund & Kuller, 2014; Selores, Machado & Godinho, 2014). A pele encerra ainda um papel fundamental no estabelecimento precoce da relação mãe-bebé (Lund & Kuller, 2014). Os cuidados à pele encerram em si uma interação intencional com a superfície corporal do RN, responsabilizando o enfermeiro a integrar uma abordagem de suporte ao desenvolvimento enquanto produz esse cuidado (Gibbins, Hoath, Coughlin, Gibbins, & Franck, 2008). Assim, Modelo de Cuidados Centrados no Desenvolvimento Neonatal apresenta sete medidas nucleares neuroprotetoras: ambiente, parceria com as famílias, posicionamento e movimentação, minimização do *stress* e dor, proteção da pele, proteção do sono e otimização da nutrição (Altimier & Phillips, 2013), sendo este projeto centrado na proteção da pele.

A observação da pele, enquanto intervenção autónoma do enfermeiro, é realizada de forma geral, pelo que importa associar uma observação específica utilizando um instrumento de avaliação. Nesta linha de pensamento, o presente projeto tem como finalidade central a promoção da integridade cutânea, com foco na observação e avaliação da condição da pele do RN hospitalizado na UCIN, através da identificação de um instrumento de avaliação de enfermagem e da sua pré-validação para os RN portugueses, capaz de elevar a qualidade dos cuidados de enfermagem ao RN.

Estudo 1:

Escalas de avaliação/observação da pele do recém-nascido na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: protocolo para uma revisão *scoping*

Objetivo/ Questão de revisão: Identificar e mapear na literatura científica os instrumentos de avaliação/ observação da pele do recém-nascido hospitalizado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais.

Os dados extraídos serão compilados em categorias, de acordo com o objetivo e a questão de revisão. Os resultados serão apresentados em forma de tabela, a qual permitirá o mapeamento das escalas/instrumentos de observação/avaliação da pele, de RN hospitalizados na UCIN.

Estudo 2 e 3:

A validação clínica e estatística da escala NSCS para os recém-nascidos portugueses foi autorizada pela AWHONN (Anexo 3). A tradução da versão original inglesa já existe, e foi adquirida às autoras para aplicação no presente estudo de validação. A escala é constituída por 3 itens (secura, eritema e ruturas), com um formato de medida com 3 pontos (AWHONN, 2013).

O presente estudo será do tipo observacional de abordagem quantitativa (estudo metodológico), de natureza prospetiva, para a validação clínica e avaliação da fiabilidade de um instrumento de observação/avaliação da condição da pele neonatal. Avaliar a fiabilidade é um procedimento essencial quando recorremos a um instrumento de medição que utiliza vários itens, permitindo também a reprodutibilidade dos resultados obtidos (Daniel, Silva, & Ferreira, 2015).

Os participantes a incluir são todos os RN até aos 28 dias de vida (período neonatal). São excluídos os RN que apresentem lesões decorrentes de situações fisiológicas ou doenças dermatológicas diagnosticadas.

Desenho dos estudos

A aplicação do instrumento em campo será realizada por 4 enfermeiros a quem será realizada uma formação prévia acerca dos cuidados à pele neonatal e será facultada a *guideline* de cuidados à pele baseada em evidências. A colheita de dados consiste na aplicação da versão portuguesa da NSCS (anexo 4) a uma amostra preferencial de 100 RN, sendo a amostra mínima de 60 RN, tendo por base o princípio da garantia da variabilidade (Curado, Teles, & Marôco, 2014) em que o número de observações por item deve ser entre 10 e 15. Prevê-se que a colheita de dados decorra entre 11 de dezembro de 2017 e 9 de fevereiro de 2018.

A análise dos dados será por técnica de análise estatística. De forma a manter uma maior aproximação ao estudo original, será demonstrada a validade e a fiabilidade da NSCS mobilizando a mesma metodologia. Para avaliar a fiabilidade, serão analisadas duas avaliações consecutivas (duas vezes por semana) da NSCS em novos RN admitidos, durante o período de 8 semanas (ou inferior se o tempo de hospitalização for menor), sendo estas efetuadas por dois observadores em simultâneo. Para avaliar a validade, as seguintes variáveis foram utilizadas: a Escala NSCS, com três subescalas para secura, eritema e rutura; o peso de nascimento em gramas; o número de observações da pontuação da pele para cada RN; e a prevalência de infeção, definida como uma hemocultura positiva.

Estes dois estudos têm como objetivos: fazer o préteste da escala e avaliar das qualidades psicométricas da escala *Neonatal Skin Condition Score (NSCS)*.

<p>Atividades Previstas</p>	<p>Publicação de dois artigos científicos Apresentações em conferencias e congressos Comunicações em mesas redondas por convite: 1. Ferreira, E. M. C., & Curado, M. A. S. (2018). "Um olhar sobre a pele do Neonato. O cuidado de Enfermagem promotor da integridade cutânea". 4ª Edição das Jornadas de Feridas AEESEL, 6, 7 e 8 de abril de 2018 no Auditório da ESEL, Pólo Artur Ravara. Apresentação de Posters:</p>
<p>Atividades desenvolvidas</p>	<p>Comunicações em mesas redondas por convite: Apresentação de Posters: Ferreira, E. M. C., & Curado, M. A. S. (2017). Escalas de avaliação/observação da pele do recém-nascido na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais: protocolo para uma revisão <i>scoping</i> (Poster). III Encontro de de Enfermeiros de neonatologia da Área de Lisboa. Cuidar para o Neurodesenvolvimento na Vulnerabilidade, nos dias 10 e 11 de novembro de 2017 no Auditório da ESEL, Pólo Artur Ravara. 1º prémio dos posters.</p>
<p>Previsão de despesas</p>	<p></p>
	<p>TOTAL 0 €</p>