

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

**O Cuidado Promotor de Integridade Cutânea no**  
**Recém-Nascido Pré-termo**

**Patrícia Alexandra Teixeira Lopes**

**Lisboa**

**2019**



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

**O Cuidado Promotor de Integridade Cutânea no**  
**Recém-Nascido Pré-termo**

**Patrícia Alexandra Teixeira Lopes**

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Alice dos Santos Curado

**Lisboa**

**2019**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*“Se ninguém corresse riscos,  
Miguel Ângelo teria pintado  
o chão da capela Sistina.”*

Neil Simon

## AGRADECIMENTOS:

Em primeiro lugar quero à professora orientadora a Prof.<sup>a</sup> Alice Curado, por toda a sabedoria transmitida, por todo o empenho durante este percurso e por toda a força que me foi dando.

Às minhas colegas de trabalho pela paciência durante este percurso e pela ajuda que me deram.

À turma de mestrado, em especial à Patrícia Escaleira pela novidade boa que foi na minha vida e pelo ânimo e suporte ao longo do curso.

A todas as minhas orientadoras dos locais de estágio, em especial à Inês Souto pela ajuda e pela motivação ao longo do último percurso e pela (des)orientação fornecida.

Às minhas amigas do coração: Martinha, Joana, Catarina e Nina, por terem compreendido a minha ausência física e por nunca me terem abandonado nem deixado desistir.

Aos meus pais e ao meu irmão por terem sempre acreditado em mim, pelo carinho e pela ajuda que sempre me deram. Espero que tenham tanto orgulho em mim quanto eu tenho em vocês.

E por último, ao amor da minha vida, Miguel, agradeço o apoio, os mimos, a motivação e o amor que me deram força e coragem para nunca desistir, e tu sabes que muitas foram as vezes em que apeteceu abandonar este barco. Obrigada meu amor!

Obrigada a todos do fundo do coração!

## LISTA DE ABREVIATURAS

BO – Bloco Operatório

CCF – Cuidados Centrados na Família

CTG - Cardiotocografia

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

IG – Idade Gestacional

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

NIDCAP – Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program

NSRAS – *Neonatal Skin Risk Assessment Scale*

NSCS – *Neonatal Skin Condition Scale*

PNV – Programa Nacional de Vacinação

PNSE – Plano Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

OE – Ordem do Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

RN – Recém-nascido

RPQCEESCJ – Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidado Especializados em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem

SIP – Serviço de Internamento Pediátrico

SNIPI – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SOPed – Sala de Observação

SUP – Serviço de Urgência de Pediatria

CDRP – Centro de Desenvolvimento e Reabilitação Pediátrico

STFF – Síndrome de Transfusão Feto-Fetal

TIP – Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

UC – Unidade Curricular

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UDC – *The Universe of Developmental Care Model*

UPP – Úlcera Por Pressão

USF – Unidade de Saúde Familiar

## RESUMO

O presente relatório reflete o percurso formativo realizado no âmbito do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Aqui, pretendo retratar as aprendizagens pessoais, profissionais e académicas que contribuíram para o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista (EE) e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria (EEESIP). Ao longo deste percurso passei pelas diferentes áreas da pediatria: saúde comunitária, centro de desenvolvimento, internamento pediátrico, serviço de urgência e unidade de neonatologia, de forma a adquirir conhecimento comum e específico da área da pediatria e a desenvolver competências específicas do EEESIP.

A metodologia utilizada para a elaboração deste documento foi a descritiva, analítica e reflexiva, utilizando a evidência científica como base fundamental e os contributos retirados da prática clínica. Neste processo formativo, para sustentar teoricamente a problemática aqui exposta e orientar o estudo, identifiquei o Modelo de Sistemas de Betty Neuman como o suporte teórico primordial, guiando as boas práticas clínicas para os Cuidados para o Desenvolvimento e apoiando-se nos Cuidados Centrados na Família e nos Cuidados Não Traumáticos.

A inquietação sobre o tema O Cuidado Promotor de Integridade Cutânea no Recém-Nascido (RN) Pré-Termo advém da minha experiência pessoal na neonatologia e da necessidade crescente que existe de tratamento aos RN com lesão da pele. A ausência de protocolos e de estudos que refletem esta prática clínica, bem como das boas práticas que devem ser utilizadas, surgiram da confirmação do aumento do número de feridas existentes, através do uso de escalas de avaliação da integridade cutânea. A manutenção da integridade cutânea é uma prática promotora da saúde e uma intervenção autónoma do enfermeiro, esta deve estar presente diariamente nos cuidados ao RN pré-termo de forma a promover o seu desenvolvimento neurosensorial, envolvendo toda a equipa multidisciplinar e a família, promovendo os cuidados centrado na família e o desenvolvimento pleno do RN pré-termo.

**Palavras-chave:** recém-nascido; prematuro; cuidado; pele; ferida.

## **ABSTRACT**

The present report reflects my formative journey within the framework of the 9th Course in Nursing – Specialization in Child Nursing and Pediatrics. Therefore, it aims to reproduce the personal, professional and academic learnings which contributed to the acquisition of the competencies as a specialized nurse and specialized nurse in pediatrics. During this academic program I went through all the different areas: Pediatric Community Health, Development Pediatric Center, Pediatric Ward, Accident and Emergency Pediatric and Neonatology Ward, in order to get common and specific knowledge to develop specific skills as a Specialized nurse in pediatrics.

The methodology used for the formulation of this report was descriptive, analytic and reflective, based on scientific evidence as the fundamental basis and contributions drawn from clinical practice. In this formative process, to theoretically sustain and to guide the study, I identified the Betty Neuman Systems Model as essential theoretical support and guiding good clinical practice for development care and support the Family Centered Care and Non Traumatic Care.

The concern about the topic of care promoter of skin integrity in the preterm newborn comes from my personal experience in neonatology and the increasing need for treatment of wounds in this population. The lack of protocols and studies to reflect these clinical practices, as well as the good practice which should be used to confirm the increased number of wounds, through the use of cutaneous integrity assessment scales. The maintenance of cutaneous integrity is a health promotion practice and an autonomous nurse intervention, that should be present daily during the cares to the preterm newborn to promote their sensorineural development, including the multidisciplinary team and family, fomenting the family Centered Care and the full development of the preterm newborn.

**Keywords:** newborn; preterm; care; skin; wound.

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>PROBLEMÁTICA</b> .....	<b>5</b>
<b>2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b> .....	<b>8</b>
<b>2.1. O Cuidar Centrado em Enfermagem Pediátrica</b> .....	<b>8</b>
<b>2.2. Referencial Teórico de Enfermagem</b> .....	<b>11</b>
2.2.1. Modelo dos Sistemas de Betty Neuman .....	11
2.2.2. A Teoria Sinativa de Als e o Modelo do Universo dos Cuidados para o Desenvolvimento (UDC). .....	13
<b>2.3 O Desenvolvimento Infantil e a Integridade Cutânea</b> .....	<b>17</b>
<b>2.4 As Intervenções de Enfermagem Na Promoção da Integridade Cutânea na UCIN</b> .....	<b>20</b>
<b>3. PERCURSO FORMATIVO</b> .....	<b>24</b>
<b>3.1 Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados</b> .....	<b>25</b>
<b>3.2 Centro de Desenvolvimento e Reabilitação Pediátrica</b> .....	<b>29</b>
<b>3.3 Serviço de Urgência de Pediatria</b> .....	<b>33</b>
<b>3.4 Serviço de Internamento de Pediatria</b> .....	<b>40</b>
<b>3.5 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais</b> .....	<b>46</b>
<b>4. PROJETOS PARA O FUTURO</b> .....	<b>52</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>54</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>56</b>

## ÍNDICE DE APÊNDICES E ANEXOS

### ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I - Cronograma de Estágio

APÊNDICE II - Síntese Reflexiva: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

APÊNDICE III - Síntese Reflexiva: Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento

APÊNDICE IV - Jornal de Aprendizagem

APÊNDICE V - Síntese Reflexiva: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

APÊNDICE VI - Power Point - Apresentação de Formação em Serviço

Guia de Boas Práticas do Tratamento de Ferida Neonatal

APÊNDICE VII - Documento Orientador: Guia de Boas Práticas do Tratamento de Ferida Neonatal

APÊNDICE VIII - Guia de Boas Práticas do Tratamento da Ferida Neonatal.

## **ÍNDICE DE ANEXOS**

ANEXO I - Modelo de Sistemas de Betty Neuman

ANEXO II - Teoria Sinativa de Als

ANEXO III - Modelo do Universo dos Cuidados para o Desenvolvimento

ANEXO IV - Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos



# INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio é o resultado da reflexão e fundamentação das atividades realizadas e das competências desenvolvidas na unidade curricular Estágio com Relatório na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. A elaboração deste documento teve como principal objetivo transmitir os resultados do percurso realizado, justificar opções, atividades desenvolvidas e as aprendizagens promotoras do desenvolvimento das competências comuns do EE e específicas do EEESIP, que foram adquiridas, nas várias dimensões do exercício profissional e compatíveis com o grau de mestre.

O tema escolhido para o desenvolvimento do presente relatório foi “O Cuidado Promotor de Integridade Cutânea No Recém-Nascido Pré-termo.” A escolha deste tema advém da consciencialização da necessidade crescente da promoção da integridade cutânea como fator primordial para o desenvolvimento neurológico do RN admitido na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN). Os indicadores de avaliação mostram-nos o aumento do número de RN com feridas em Neonatologia e a manutenção da integridade cutânea, enquanto prática promotora da saúde, é uma intervenção da esfera autónoma do enfermeiro que, mobilizando conhecimentos e técnicas próprias da profissão e da disciplina de enfermagem, permite avaliar as condições de pele e identificar fatores de risco para lesões na pele com base na avaliação individual da criança e jovem. O enfermeiro especialista é dotado de competências que lhe permitem diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança e do jovem (OE, 2010).

A problemática identificada surgiu de uma necessidade pessoal em contexto de trabalho, mas também da equipa de saúde do hospital onde eu exerço funções ter demonstrado interesse nesta área e confirmar esta necessidade de intervenção e de formulação de um documento que nos apoie e nos guie na prestação de cuidados à criança com lesão da pele/ferida. Assim, foi essencial identificar a tipologia de feridas mais frequentes no RN internado na UCIN, quais os tratamentos que emergem da literatura científica em uso e

qual a justificação para a sua utilização e construir um Guia de Boas Práticas à Ferida do RN Pré-termo (Apêndice VII). Este relatório, pretende, contribuir para uma mudança de práticas e, conseqüentemente, para a melhoria na qualidade dos cuidados prestados no âmbito da promoção e manutenção da integridade cutânea e do desenvolvimento neurosensorial no RN pré-termo.

A metodologia utilizada para a elaboração deste projeto é uma metodologia descritiva, reflexiva e crítica sobre a prática desenvolvida nos diferentes contextos, suportada pela evidencia científica, e aprendizagens realizadas ao longo do percurso de estágio. Assim, pretende-se desenvolver conhecimentos relativos à temática abordada e que vá ao encontro do descritivo dos padrões de qualidade estabelecidos pelo Ordem dos Enfermeiros (OE), e que se traduzam numa prática fundamentada e baseada na evidência científica, usando a reflexão continua, para que se atinja a excelência do exercício profissional.

O referencial teórico escolhido para justificar o percurso de aprendizagem realizado foi o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (Anexo I) e os Cuidados para o Desenvolvimento, baseados na Teoria Sinativa de Als (Anexo II). A escolha deste conjunto teórico foi fundamental para estabelecer o desenvolvimento neurocomportamental do RN pré-termo, como sendo um processo dinâmico e maturacional no qual o neurodesenvolvimento (Hedlund & Tartaka, 1998) ocorre através da interação entre o funcionamento interno do RN, do ambiente e dos cuidadores (Altimier, 2013). Assim, foi necessário identificar os diferentes *stressores* existentes no ambiente de uma UCIN, para se compreender como estes influenciam o desenvolvimento do RN.

Para o desenvolvimento das competências específicas do EEESIP, foram definidos os seguintes objetivos gerais e específicos para este percurso académico:

1. Desenvolver competências comuns e específicas de EEESIP, para a prestação de cuidados à criança, ao jovem e família em diferentes contextos e em diferentes situações de saúde e doença, nas diferentes etapas do desenvolvimento.
  - a) Analisar as práticas de cuidados do EEESIP nos diferentes contextos de saúde.

- b) Prestar cuidados à criança, jovem e família nos diferentes estádios de desenvolvimento, com foco na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil.
2. Desenvolver processos de cuidados potenciadores da promoção da integridade cutânea do recém-nascido, criança, jovem e família em situação de saúde e doença, nas diferentes etapas do desenvolvimento e em diferentes contextos.
- a) Adquirir conhecimentos sobre a importância da integridade cutânea no neurodesenvolvimento.
  - b) Identificar os diferentes tipos de ferida não cirúrgica, e as mais comuns no RN, em contexto de Neonatologia.
  - c) Identificar na evidência científica os tratamentos para o cuidado à ferida do RN pré-termo.
  - d) Desenvolver um Guia de Boas Práticas para o cuidado à Ferida do RN pré-termo, tendo em conta a sua tipologia e o respetivo tratamento.

Os contextos de estágio definidos para a concretização e para o desenvolvimento do Estágio com Relatório foram: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Centro de Desenvolvimento e Reabilitação Pediátrica (CDRP), Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), Serviço de Internamento Pediátrico (SIP) e UCIN. A seleção deste percurso de estágio prende-se com a necessidade exigida pela OE de passar pelos vários contextos e por estes proporcionarem excelentes condições de aprendizagem e desenvolvimento das competências comuns do EE e específicas do EEESIP. Ao longo deste percurso foi essencial a fundamentação teórica e a sustentação para o exercício reflexivo da prática que fundamentam e são a base deste relatório, assim, usei como documentos orientadores: o Guia Orientador de Boas Práticas da Ordem dos Enfermeiros, o Regulamento das Competências Comuns do EE e o Regulamento das Competências Específicas do EEESIP, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (RPQCEESCJ), o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e o Código Deontológico da Profissão de Enfermagem.

O presente relatório foi elaborado de acordo com as orientações da Norma APA (6ª edição) e estruturalmente irá ser constituído pela justificação da

problemática; o enquadramento conceptual, onde se aborda o Cuidar em Pediatria e se estabelece uma ligação com o referencial teórico; a apresentação do percurso formativo que originou a aquisição de competências comuns do EE e específicas do EEESIP; os projetos futuros, sendo que o tempo foi inimigo da conclusão de todos os projetos inicialmente estabelecidos e termina com as considerações finais do percurso realizado.

## PROBLEMÁTICA

O enfermeiro especialista é dotado de competências que lhe permitem diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança e do jovem (OE, 2010). O enfermeiro é responsável pela manutenção da integridade cutânea, enquanto prática promotora da saúde e através da mobilização de conhecimentos e técnicas próprias da profissão e da disciplina de enfermagem, deve intervir autonomamente, avaliando as condições de pele e identificando fatores de risco para lesões na pele com base na avaliação individual de cada criança e jovem.

As estatísticas mostram que todos os anos cerca de 15 milhões de RN nascem antes das 37 semanas de gestação, porém as taxas de mortalidade infantil a nível mundial têm vindo a diminuir devido ao desenvolvimento científico e tecnológico. Em Portugal as taxas de mortalidade infantil continuam a ser das mais baixas da Europa, apesar do aumento do número de partos prematuros com RN de baixo peso (peso inferior a 2500g independentemente da Idade Gestacional (IG)) e pré-termo (nascimento antes das 37 semanas de gestação independentemente do peso ao nascer). A classificação dos RN pré-termo podem ser agrupados em prematuros extremos (antes das 28 semanas), muito prematuros (entre as 28 e as 32 semanas) e moderado a tardio prematuro (das 32 às 37 semanas de gestação) (World Health Organization (WHO), 2008, 2015; WHO, March of Dimes, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health & Save the Children, 2012; Askin & Wilson, 2014; Instituto Nacional de Estatística (INE), 2015). Os RN de risco são considerados todos aqueles que, independentemente da IG ou do peso ao nascer, apresentam uma probabilidade maior de mortalidade e/ou morbilidade, normalmente aliadas a circunstâncias diferentes do percurso considerado normal ou habitual, associadas ao nascimento ou de à adaptação à vida extrauterina (Askin & Wilson, 2014).

Os RN pré-termo possuem maior risco de morbilidade, o qual é acentuado pelos longos internamentos na UCIN (Bertoncelli et al., 2012). Desta forma, é crucial que exista uma cultura de exigência nos níveis de qualidade dos cuidados que visam a diminuição e a prevenção da mortalidade e morbilidade (WHO, 2012), implementando nas equipas multidisciplinares que trabalham diariamente

na UCIN, a necessidade de reflexão sobre os cuidados prestados e no impacto significativo nestas famílias, a médio e a longo prazo.

O EEESIP é assim o responsável por implementar uma cultura de formação e aprendizagem necessária à exigência de prestação de cuidados de qualidade requerida pelos padrões de qualidade estabelecidos pela OE e pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, e de uma prática de refletiva e baseada na evidência científica (OE, 2011).

Altimier e Phillips (2013), referem que para melhor se entender os problemas de desenvolvimento associados à prematuridade e outros eventos de alto risco, é essencial a compreensão básica do desenvolvimento neurossensorial do RN. Os sistemas neurológico e sensorial não existem como entidades separadas, mas são interdependentes e incluem o desenvolvimento neurocomportamental e neurossensorial da criança. A elaboração deste trabalho permitiu a compreensão dos diferentes sistemas que compõem o desenvolvimento do RN pré-termo e o que deve ser feito de forma a promover a integridade cutânea e assim melhorar a qualidade de cuidados prestados a esta população, justificando a necessidade de estabelecer estratégias de prevenção e estimulação durante o internamento (Araújo, 2010), promovendo o desenvolvimento harmonioso destes. Assim, tornou-se fulcral a implementação da prática de cuidados diários em Neonatologia apoiada em modelos de Cuidados para o Desenvolvimento.

Os cuidados prestados são baseados em medidas neuroprotetoras, tais como o ambiente; o posicionamento e manipulação; parceria com as famílias; minimização do *stress* e da dor; proteção do sono; otimização da nutrição e proteção da pele, sendo o principal objetivo o favorecimento da utilização de medidas neuroprotetoras como estratégias para permitir a formação de conexões neuronais ideais, promover o desenvolvimento adequado e prevenir as alterações físicas, comportamentais e neurológicas (Altimier & Phillips, 2013). Destaca-se, neste percurso, as medidas de proteção à pele, como fazendo parte da intervenção autónoma de enfermagem e de simples concretização.

McNichol, Lund, Rosen, e Gray(2013), referem a pouca informação existente disponível para a seleção de produtos na utilização em RN pré-termo e para a prevenção de lesões na pele destes, assim como Briggs (2001)

identifica que isto acontece por duas ordens de razão, uma a vulnerabilidade deste grupo populacional, e a outra a fragilidade da sua pele. Apesar destes autores identificarem a disponibilidade da equipa de enfermagem para a melhoria dos cuidados à pele dos RN, eles reconhecem que a existência de *guidelines* e de instrumentos de avaliação da integridade da pele, iria facilitar à equipa de enfermagem o planeamento e avaliação da pele dos RN de forma a planear ações e intervenções, especialmente quando existem enfermeiros inexperientes.

A lacuna existente nesta área e a existência efetiva de situações de risco de lesão da pele e consequentemente do aparecimento da ferida no RN, suscitou-me interesse e levou a querer trabalhar esta área de forma a dar algum contributo para a promoção dos cuidados protetores da integridade cutânea da criança e refletir sobre ela para produzir conhecimento que possa vir a ser usado diariamente na UCIN.

## **2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

A arte de Cuidar em Enfermagem é essencial para a compreensão e desenvolvimento desta ciência. Os próximos capítulos e respectivos sub-capítulos, irão abranger conceitos fundamentais para o entendimento do Cuidar em enfermagem pediátrica.

O desenvolvimento do primeiro capítulo desta temática, surgiu de forma a sustentar cientificamente a sua fundamentação teórica tendo em conta a definição de conceitos chave, tais como os CCF e os Cuidados Não-Traumáticos. No segundo capítulo iremos encontrar a fundamentação teórica que guiou e orientou este relatório tendo como base O Modelo de Sistemas de Betty Neuman e sua justificação para esta seleção neste trabalho académico. Posteriormente, no terceiro capítulo irei abordar e relacionar o desenvolvimento infantil com a integridade cutânea e de que forma este pode ser afetado quando se efetua com lesões da pele. O último capítulo irá abordar, sucintamente, as intervenções de enfermagem que são utilizadas na promoção da integridade cutânea, focando-se especificamente nas intervenções na UCIN.

### **2.1. O Cuidar Centrado em Enfermagem Pediátrica**

Compreender o ato de cuidar é essencial para o entendimento da disciplina de Enfermagem e a sua essência. A primeira autora a refletir sobre a arte do cuidar foi Florence Nightingale no século XIX, que demonstrou que cuidar era muito mais do que realizar pensos ou administrar medicamentos aos soldados de quem cuidava e aos quais pretendia assegurar a sua sobrevivência. Segundo Collière (2003), cuidar é a primeira arte da vida e é um conceito fundamental à profissão de Enfermagem. Já Hesbeen (2000), define cuidar como sendo um ato especial que se pode facultar a outra pessoa, numa situação particular da sua vida, com o principal objetivo de contribuir para o seu bem-estar. Para Basto (2009), cuidar em enfermagem não é mais do que a prática que se cria sobre a interação enfermeiro-utente com o propósito de contribuir para o seu bem-estar ou diminuir o seu sofrimento. Na perspetiva de Watson (2002), o cuidar é muito mais do que uma “emoção, atitude ou simples desejo”,

cuidar é “a essência da enfermagem e o foco mais central e unificador da prática de enfermagem”, é o ideal moral de enfermagem que envolve vontade, valores, um compromisso para o cuidar, ações carinhosas e as suas consequências, com o objetivo de melhorar, proteger e preservar a dignidade humana.

Watson (2002), designa cuidados de enfermagem também como arte, considerando o cuidar como sendo um meio de estimular a comunicação e a libertação de sentimentos humanos, criando assim, a teoria do cuidar transpessoal. Para esta teórica, o processo de cuidados deve estar centrado na pessoa, englobando o acompanhamento no seu restabelecimento e do atingir das suas necessidades, contrariando assim o princípio dos cuidados centrados na cura.

No decorrer do tempo, a disciplina de enfermagem tem sofrido alterações significativas a nível histórico, a nível da visibilidade, da teoria concetual e na afirmação no âmbito da Saúde. Enquanto disciplina, a Enfermagem desenvolveu-se definindo os seus metaparadigmas (saúde, pessoa, ambiente e enfermagem) que são a base das teorias que emergiram ao longo da história da profissão e que lhe permitem ter identidade própria, facultando aos seus profissionais alicerces essenciais para o cuidado à pessoa (Allgood, 2014).

Em Pediatria o cuidar apresenta-se com algumas particularidades, nomeadamente no que diz respeito ao Utente, ou Pessoa, e que deve englobar não só a criança, como a família através do estabelecimento de uma relação transpessoal (utente pediátrico). Englobar a família nos cuidados pediátricos é fundamental para compreender os sentimentos da criança e da própria família e o modo como vivenciam a problemática da saúde/doença e que recursos apresentam e têm disponíveis para a tomada de decisão na resolução dos problemas de saúde (Jorge, 2004). Assim, os cuidados pediátricos devem assentar em dois pressupostos: os Cuidados Centrado na Família (CCF), cujo objetivo principal é o bem-estar da criança e da família; e os Cuidados Não Traumáticos.

A filosofia dos CCF, identificam a família como sendo uma constante na vida da criança e que exerce grande influencia no seu desenvolvimento. Esta filosofia preconiza que os enfermeiros apoiem os pais na manutenção do seu papel parental através da tomada de decisões e na prestação de cuidados. A intervenção de enfermagem deve, desta forma, fundamentar a sua prática em

dois conceitos fundamentais: o de capacitação e o de *empowerment*. Por um lado, a capacitação corresponde à criação de oportunidades e meios para que todos os membros da família possam revelar as suas capacidades e competências atuais e adquirirem novas, de forma a atender às necessidades atuais da criança (Hockenberry & Barrera, 2014). Por outro lado, o *empowerment* é caracterizado pela interação entre os profissionais e os pais, com o intuito de manter o equilíbrio familiar e reconhecer a aquisição de competências que promovem alterações positivas e significativas no seio do sistema familiar (Hockenberry & Barrera, 2014).

Os Cuidados Não Traumáticos, segundo Hockenberry e Barrera (2014), são o estabelecimento de cuidados terapêuticos por profissionais, através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experienciado pelas crianças e seus familiares, em qualquer contexto dos cuidados de saúde. Desta forma, o principal objetivo dos Cuidados Não Traumáticos é não causar dano, e para tal é essencial que o enfermeiro desenvolva intervenções que evitem ou diminuam a separação da criança da família, promovendo uma sensação de controlo e evitem ou minimizem lesões e que causem dor (Hockenberry & Barrera, 2014).

A relação de igualdade entre pais-enfermeiros, onde predomina o respeito, a comunicação e a negociação (Ferreira & Costa, 2004), é a definição do conceito de parceria de cuidados, que está intimamente relacionado e integrado nos CCF. Casey (1995), reconhece que os pais são os melhores prestadores de cuidados à sua criança. Em contexto da Neonatologia, esta parceria de cuidados é dificultada por um ambiente que dificulta o estabelecimento de uma relação de vinculação entre pais e bebé, onde a comunicação é por vezes difícil e onde os pais estão particularmente ansiosos (Ferreira & Costa, 2004).

Associado à perícia dos enfermeiros, é fundamental que as práticas diárias sejam reflexivas e fundamentadas por estes conceitos, de forma a conseguirmos atingir a melhoria de cuidados. A aquisição de competências ao longo dos tempos, está diretamente ligada aos saberes adquiridos, que dependem dos conhecimentos práticos e teóricos, das experiências e estão adaptados à situação do cliente. Para o alcance destas competências a OE refere que o EE deve possuir competências comuns, que se definem no domínio

da responsabilidade profissional, legal e ética, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010). O EEESIP deve deter competências específicas, de assistir a criança, e jovem e família na maximização da saúde, cuidar da criança, e jovem e família nas situações de especial complexidade e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2018). O cuidar em contexto pediátrico deve também, ter em conta o respeito pelos direitos universais da criança, pela carta da criança hospitalizada e pelo princípio da universalidade, de forma a que sejam dadas respostas adequadas às necessidades da criança e família, independentemente das limitações, cultura, doença, espiritual e situação socioeconómicas.

A necessidade de cuidar em pediatria e de melhorar constantemente estes cuidados advém da contínua exigência da população pediátrica e das mudanças de pensamento que vão surgindo ao longo do tempo, assim, a fundamentação teórica desta prática é descrita e justificada no capítulo seguinte.

## **2.2. Referencial Teórico de Enfermagem**

As teorias de enfermagem são reconhecidas como sendo essenciais para a prática profissional de enfermagem, resultando das mudanças de pensamento e da visão dos cuidados prestados, de forma a refletir-se a evolução da enfermagem e a provocar a sua estimulação. Estas teorias permitem que exista uma orientação tendo por base um referencial teórico que se revela essencial para a prática de cuidados de excelência e de qualidade. Assim, após reflexão sobre as diferentes teorias de enfermagem, decidi orientar o meu relatório e as minhas atividades do meu percurso académico segundo os seguintes modelos e teorias: Modelo dos Sistemas de Betty Neuman, Teoria Sinativa de Als e Modelo do Universo dos Cuidados para o Desenvolvimento (UDC), os quais serão apresentados detalhadamente nos subcapítulos seguintes.

### **2.2.1. Modelo dos Sistemas de Betty Neuman**

A escolha do Modelo dos Sistemas de Betty Neuman é fundamentada através da problemática em questão neste relatório e com as características do

sistema-cliente, o RN pré-termo e o seu contexto familiar. Neste modelo, o cliente é um ser holístico e multidimensional influenciado por variáveis (fisiológicas, psicológicas, de desenvolvimento, socioculturais e espirituais) que interagem entre si. Este é um sistema aberto que interage com o ambiente que o rodeia de forma dinâmica, tentando atingir a sua estabilidade e o seu bem-estar ideal. É formado pelo núcleo de energia que interage com o ambiente circundante, sendo constituído por diversas variáveis que o vão ajudar a reagir tendo em conta os *stressores* que afetam o sistema (ANEXO I). Assim sendo, e considerando os dois elementos essenciais que baseiam este modelo: o *stress* e a reação ao *stress*, este pode ser influenciado por variáveis como o tempo e/ou ocorrências, condições presentes ou passadas do indivíduo, a natureza e a intensidade do *stress* e a quantidade de *stress* requerida pelo sistema de forma a que o indivíduo se adapte ao *stress*. Considerando o núcleo de energia como o sistema a proteger, este sistema identifica três linhas essenciais à proteção e à manutenção da estabilidade deste: a linha de resistência, a linha normal e a linha flexível de defesa (Neuman & Fawcett, 2011).

O bem-estar da criança e família é conseguido se o sistema encontrar satisfeitas as necessidades, que vão estando sujeitas a mudanças e alterações de acordo com o meio onde se encontra e atingindo um nível de saúde satisfatório. O ambiente envolvente é um fenómeno básico do modelo e é composto por todos os fatores internos e externos que interagem com a criança, jovem, família e enfermeiros.

Na UCIN o bem-estar do RN e da família estão dependentes de diversos fatores que influenciam o sistema e que são fundamentais para compreender as variáveis que intervêm no bem-estar do sistema-cliente. Estes acontecimentos são *stressores* que causam instabilidade na família, justificados pelo afastamento e separação do RN dos pais e família e também pelo ambiente altamente tecnológico da UCIN (Siegel, Gardner & Dickey, 2011). Desta forma, o internamento pode constituir um evento traumático para o RN (Coughlin, 2014) que pode influenciar todo o seu desenvolvimento global (Siege et al., 2011).

No ambiente da UCIN, são vários os agentes causadores de *stress* e que podem provocar efeitos nocivos sobre o cérebro imaturo e alterar o seu desenvolvimento, alguns destes agentes são: a exposição à luz clara, os níveis de som elevado, as intervenções frequentes (Coughling, 2017), o uso de

dispositivos médicos (Lund, 2014), a estimulação inapropriada em tempo, qualidade, extensividade e intensidade (Als, 1982), e os procedimentos dolorosos (Altimier & Phillips, 2013).

A existência destes *stressores* e o reconhecimento de uma resposta gerada pelo RN, permite intervir precocemente de modo a reduzir o risco de repostas que podem levar a situações patológicas (Sweeney & Blackburn, 2013), tais como as lesões da pele. O Modelo de Neuman (1995), refere que cada indivíduo (Binómio: RN – Família) é um sistema aberto, que está em constante interação com os *stressores* ambientais (presentes na UCIN), que está em constante alteração, indo na direção de um estado dinâmico de harmonia, equilíbrio ou bem-estar (integridade cutânea), ou em sentido oposto, indo em direção da doença (lesão da pele). Sendo estes RN, uma população vulnerável, é essencial que o enfermeiro possua estratégias de avaliação dos *stressores* no sistema do RN, de forma a aplicar as suas estratégias de atuação e, conseqüentemente, da compreensão das estratégias de adaptação.

O cuidado de enfermagem engloba o respeito pelo indivíduo como um todo (ser holístico), valorizando todas as suas variáveis (biológicas, socioculturais, psicológicas, de desenvolvimento e espirituais), que vão influenciar a resposta do indivíduo aos *stressores* ambientais. Assim, o enfermeiro é o elemento fundamental na promoção do contato precoce do RN com os pais, para o estabelecimento de uma ligação afetiva vigorosa, e é o elemento chave para apoiar esta díade na construção desta relação, identificando os *stressores*, a reação a estes e as capacidades de lidar com estes *stressores* (Freese, 2004; Neuman & Fawcett, 2010). O RN internado está em constante estimulação e em contato com estes *stressores* que interrompem e interferem com as suas capacidades biológicas, fisiológicas e emocionais, comprometendo a sua linha de defesa normal. Compreende-se, assim, que a manutenção da integridade cutânea deva estar presente nos cuidados diários a estes RN e que se deva incutir nas equipas multidisciplinares o impacto negativo que as feridas têm no desenvolvimento neurosensorial do RN pré-termo.

### **2.2.2. A Teoria Sinativa de Als e o Modelo do Universo dos Cuidados para o Desenvolvimento (UDC).**

A Teoria Sinativa de Als mostra que o desenvolvimento neurocomportamental do RN pré-termo é um processo dinâmico e maturacional da organização comportamental, no qual o neurodesenvolvimento de cada subsistema (autonómico, motor e auto-regulação/interação) (Hedlund & Tartaka, 1998) ocorre através do funcionamento interno do RN, dos cuidadores e do ambiente (Altimier, 2015) (ANEXO II). De acordo, com Hedlund e Tartaka (1998), os subsistemas interagem continuamente entre si, e cada um deles influencia e apoia o outro.

O olhar para os RN pré-termo através deste modelo de desenvolvimento comportamental implica assumir que eles são um organismo bem equipado e competentemente adaptado ao seu estágio particular de desenvolvimento (Als, 1986). A maturação do RN vai acontecendo à medida que este aprende a lidar com os diversos estímulos ambientais e necessidades fisiológicas, simultaneamente (Bertoncelli et al., 2012). Quando o RN consegue manter a sua autorregulação e assimilar as informações provenientes do meio ambiente concomitantemente, este consegue transitar para o patamar seguinte do seu desenvolvimento (Hedlund & Tartaka, 1998). Porém, se os estímulos provenientes do exterior forem inadequados o RN pré-termo poderá não ser capaz de desenvolver mecanismos de proteção, e acabar por desenvolver comportamentos de *stress* (Altimier, 2015).

O RN pré-termo vê-se privado do ambiente uterino muito cedo e é o ambiente tecnológico da UCIN que toma conta de alguns sistemas de sobrevivência, tal como das funções respiratória, cardíaca, digestiva e controlo de temperatura. De acordo com o Modelo Sinativo de Als (1986), para que o desenvolvimento ocorra, as competências do estágio anterior devem estar estabelecidas de forma a que seja possível progredir-se para o desenvolvimento do próximo estágio, de forma positiva e orientada, sendo isto necessário para evitar o reforço involuntário dos compartimentos de defesa perturbadores, que podem levar a um ciclo vicioso de distorção e desorganização crescentes.

Os sinais de *stress* e de estabilidade estão agrupados por sinais de *stress* autonómicos/viscerais, sinais de *stress* motor, e sinais de *stress* relacionados com o “estado” do neonato e, por sinais de estabilidade autonómicos/viscerais, sinais de estabilidade motora e sinais de estabilidade do estado organizacional (Als, 1982). Para a autora, as estimulações, se forem inapropriadas, em tempo,

qualidade e intensidade vão provocar uma reação de afastamento e da forma como se protege o organismo. Por outro lado, se as estimulações forem apropriadas, em tempo, qualidade ou intensidade irão permitir que o organismo se comporte de forma a ir em busca das estimulações e evolua positivamente.

Considerando esta teoria como base dos cuidados prestados, conseguimos evoluir e justificar os cuidados individualizados em cada RN, pois a interação dos comportamentos entre os agentes stressantes e os sinais de estabilidade são individuais e cada aproximação deve ser pensada e planeada de acordo com cada neonato, só assim conseguimos interagir de acordo com os limiares de equilíbrio individuais e personalizar os cuidados (Als, 1982).

Os pais são parceiros essenciais e vitais no desenvolvimento do RN. Assim, tendo em conta o Modelo Sinativo de Als (1982), os pais são a chave facilitadora para o desenvolvimento do RN e é necessário envolvê-los no seu papel de cuidadores e de barreira entre o bebé e o mundo. Os pais tendem a adiar a prestação de cuidados, delegando-os e confiando no profissional de saúde que está responsável pelo seu filho. No entanto, à medida que se sentem mais seguros com o decorrer do internamento na UCIN começam a decifrar os sinais de *stress* e de desconforto/conforto do seu filho e são eles que, quando sentem o bebé como seu, protegem e cuidam do seu filho autonomamente, permitindo que a equipa multidisciplinar esteja lá apenas para apoio (Als, 1982).

O impacto do ambiente de uma UCIN no desenvolvimento cerebral do neonato é a base do Modelo Sinativo de Als, que teve na sua origem o trabalho prévio de Brazelton, e que por sua vez serviram de suporte do Modelo do Universo dos Cuidados para o Desenvolvimento (*The Universe of Developmental Care Model* – UDC). O modelo mais recente de reformulação da teoria do cuidado para o desenvolvimento neonatal, foi desenvolvido por Gibbins, Hoath, Coughlin, Gibbins, e Franck (2008). O UDC (ANEXO III) é o modelo que representa um ambiente centrado no paciente e na família dentro dos sistemas de saúde. Este modelo reconhece a interação entre todos os sistemas em desenvolvimento e a família como sendo parte integrante para a formulação de planos de cuidados individualizados dentro do ambiente altamente tecnológico da UCIN, com especial ênfase para a avaliação e documentação (Altimier & Phillips, 2013). O UDC sugere que a Teoria Sinativa de Als é a base essencial e que este novo modelo é a expansão desse com a partilha de uma superfície

partilhada, sendo esta superfície a pele, a qual efetua a ligação entre o corpo/organismo e o ambiente onde os cuidados são prestados e recebidos (Altimier & Phillips, 2013).

O conhecimento do UDC e a sua implementação através dos cuidados desenvolvidos na UCIN, da promoção da integridade cutânea e da intervenção ao RN com ferida, permitem desenvolver este relatório utilizando este modelo como suporte teórico essencial e primordial. Para Gibbins et al. (2008), a superfície partilhada que é a pele, forma a conexão perfeita entre o corpo/organismo e o ambiente e é identificada como sendo o foco principal das interações humanas, abrangendo e envolvendo a família do RN e os profissionais de saúde.

Estes autores, consideram que a superfície existente não é uma barreira que separa o cérebro e o ambiente, mas sim uma união perfeita dos dois. Porém, deve existir uma interação vigente entre o ambiente e o cérebro em desenvolvimento de forma a que exista uma comunicação aquando da prestação de cuidados. Assim, quando nos referimos à população de RN pré-termo, esta interação não acontece como todos estamos à espera, mas sim através da combinação entre o reconhecimento da família e da sua contribuição nesta interação, de forma a promoverem o crescimento e desenvolvimento de forma plena e pacífica do RN.

A pele é assim, o ponto chave das várias interações, independente da doença, e esta forma o limite observável do bebé, sendo que Gibbins et al. (2008), consideram a pele como uma extensão da superfície do cérebro, do ponto de vista do neurodesenvolvimento. Para estes autores, ao retirarmos o foco dos cuidados do sistema nervoso central para os cuidados à superfície partilhada, reconhece-se a importância da interação de todos os sistemas do corpo em desenvolvimento e os cuidados individualizados em interação com a complexidade do ambiente tecnológico da UCIN.

A pele sendo o órgão com maior dimensão do corpo, representa 16% do peso corporal (Martins, 2017) e é a principal barreira protetora contra ações químicas, mecânicas e biológicas (bacteriológicas). Durante a permanência do RN na UCIN, o cuidado diário da pele deve ser orientado para a manutenção da integridade das camadas da pele, de forma a que este órgão continue a exercer a sua função de proteção (Tamez, 2013). Envolver a família nesta prestação de

cuidados é a melhor forma de promovermos os cuidados individualizados centrados na família e na criança e iniciarmos um movimento de mudança entre as Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (*Newborn Intensive Care Unit – NICU*) para Unidades Parentais de Cuidados Intensivos Neonatais (*Newborn Intensive Care Parenting Unit – NICPU*).

A descontinuidade cutânea pode ser causada através de agentes *stressores* e que provocam trauma. O EEESIP deve cuidar do RN pré-termo com o intuito de englobar a família, fazendo sobressair os CCF, e assim promover a integridade cutânea.

### **2.3 O Desenvolvimento Infantil e a Integridade Cutânea**

O desenvolvimento é um processo dinâmico e contínuo sendo constante a ordem do aparecimento das diversas funções e a passagem de um estágio ao outro é variável em cada criança (DGS, 2013). Desta forma, o EEESIP, em parceria com a família, deve promover o desenvolvimento infantil ajudando a criança a desenvolver-se dentro dos padrões esperados para a sua idade, respeitando o seu ritmo (OE, 2018).

A permanência na UCIN da família e do RN pré-termo é um processo dinâmico e que estremece com a estrutura familiar. A evolução tecnológica e científica, indicam-nos que as hipóteses de sobrevivência e a viabilidade destes RN pré-termo tem aumentado ao longo dos tempos (Altimier & Phillips, 2013). Porém, apesar de todos estes avanços tecnológicos, existem riscos inerentes à prematuridade que se tornam essenciais apoiar de forma a suportar o crescimento e o desenvolvimento do RN e diminuir os efeitos negativos do ambiente da UCIN (Altimier & Phillips, 2013).

Nas últimas três décadas, os cuidados aos RN pré-termo têm tido avanços e, as melhorias progressivas deste progresso devem-se ao grande esforço físico, emocional e financeiro e a longas estadias destes na UCIN (Altimier & Phillips, 2013). Ao longo do tempo foi-se então, compreendendo que estes pacientes estão em desenvolvimento motor e que o seu sistema nervoso continuava também a ganhar maturidade, enquanto estes se tornavam seres socialmente ativos, interagindo com os cuidadores e com o ambiente externo (Gibbins et al., 2008).

A interação com o mundo externo é feita através das interações sociais e através da pele, que permite a ligação entre o corpo, organismo e o ambiente envolvente (Gibbins et al., 2008). Assim, o cérebro em desenvolvimento e o ambiente envolvente do RN existem em conjunto e dependem um do outro estabelecendo uma união perfeita para ambos. Para além desta função conjunta, a pele que é o maior órgão em dimensão do corpo humano (Martins & Curado, 2017), tem como principal função a proteção contra a perda de água, absorção de substâncias nocivas, invasão de microrganismos, e trauma físico (Blume-Peytavi, Hauser, Stamatatos, Pathirana, & Bartels, 2012), manutenção do balanço eletrolítico e termorregulação (Cousins, 2014). A perda de continuidade cutânea leva ao aumento do *stress* experienciado pelo RN o que pode provocar sequelas neurológicas que permanecem no futuro.

Os Cuidados para o Desenvolvimento englobam toda a filosofia do cuidar, que se baseia na observação comportamental e que inclui diversas atividades para adequar o ambiente e individualizar o cuidar ao RN pré-termo pela sua família e pela equipa (Silva, 2005). Para Hale (2010), a filosofia dos Cuidados para o Desenvolvimento engloba, também, um conjunto de medidas e modelos de atuação dos profissionais de saúde e da família cuidadora, tal como formas de adaptação do meio ambiente que tornem menos agressivo o contato e a interação entre o RN pré-termo e o meio, e assim tentar minimizar-se os *stressores* que possam causar danos cerebrais, alguns deles irreversíveis. Estes cuidados implicam uma visão holística do RN, família e ambiente, de modo a que se promova a estabilidade e se reduza a prevalência de sintomas de *stress*, potencializando assim as habilidades que o RN tem de autorregulação e organização das suas respostas ao ambiente (Kenner & McGrath, 2014).

Para a implementação dos Cuidados para o Desenvolvimento foram concebidos vários modelos de cuidados individualizados e centrados no desenvolvimento e foram elaborados programas de avaliação do RN (Als & Gilkerson, 1997), tais como a *Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP) (Gaspardo, Martinez & Linhares, 2010). Os elementos chave deste modelo são: coordenação; avaliação; meio ambiente tranquilo; consistência nos cuidados colaborativos; agrupamento dos cuidados nas 24 horas; posicionamento adequado; promover contato pele-a-pele; suporte individualizado para a alimentação e conforto para a família (Santos, 2011). O

NIDCAP preconiza proteger o RN pré-termo de estímulos inapropriados, hiperestimulação e procedimentos desnecessários, garantindo a prestação de cuidados de qualidade por profissionais que o conheçam. Através deste modelo promove-se a redução de luminosidade, ruído e manipulações, visando fomentar períodos de descanso e assim, diminuir os níveis de *stress* ambiental (Gaspardo, Martinez & Linhares, 2010).

De acordo com o UDC (Gibbins et al., 2008), os Cuidados para o Desenvolvimento são um sistema complexo e dinâmico que exige o estabelecimento de limites e fronteiras, onde o cérebro e o ambiente criam uma superfície de neurodesenvolvimento partilhada, a pele, e que permite a interação entre o RN e o ambiente. Sendo a pele o ponto focal das interações humanas, é através dela que se desenvolve uma relação entre RN, família e equipa prestadora de cuidados e, através do reconhecimento desta interação entre todos os sistemas do corpo em desenvolvimento, identificou-se a necessidade para a prestação de cuidados individualizados ao RN.

Através do desenvolvimento do UDC, em 2009, Coughlin, Gibbins e Hoath, criaram cinco medidas essenciais na área dos cuidados transversais, independentes da patologia do RN, sendo estas: a avaliação e a gestão da dor e do *stress*; proteção do sono; o cuidado centrado na família; o suporte de desenvolvimento de atividades de vida diárias (posicionamento, integridade cutânea, alimentação oral) e o ambiente de cura/reparador (*healing environment*). Estas medidas revelaram ter resultados muito positivos a nível do crescimento, a nível neurológico e do desenvolvimento do RN, devendo estas serem implementadas em todas as UCIN assim que possível.

O Modelo de Cuidados para o Desenvolvimento Neonatal, foi incrementando em 2013 por Altimier e Phillips e este é baseado em sete medidas nucleares neuroprotetoras: o ambiente; o posicionamento e manipulação; a parceria com as famílias; a minimização do *stress* e da dor; a proteção do sono; otimização da nutrição e a proteção da pele. Estas medidas neuroprotetores são o pilar fundamental para a prestação de cuidados de excelência na UCIN, porém, a falta de formação das equipas, que advém da falta de recursos humanos nas unidades, implica que estas medidas sejam implementadas na ausência de documentação, tais como protocolos ou normas, ou seja, sem fundamentação e evidência científica para justificar a prática clínica.

Ao longo do percurso académica para a realização deste relatório, e através da pesquisa na base de dados de todos os serviços por onde passei, foram encontrados poucos protocolos ou normas, ligados ao cuidado da criança com lesão da pele. A lacuna existente em termos de documentação e de *guidelines* orientadoras para a identificação da tipologia e o tratamento de feridas é reconhecido em quase toda a literatura existente, sendo que os cuidados à pele são uma preocupação clínica para os enfermeiros que cuidam dos RN (AWHONN 2013). Compreender as diferenças anatómicas é fundamental para avaliar e integrar nova informação de forma a melhorar as práticas de cuidados à pele e para promover a integridade cutânea, apoiando o cuidado promotor do neurodesenvolvimento. No sub-capítulo seguinte o foco serão as intervenções de enfermagem na promoção da integridade cutânea no RN internado na UCIN.

## **2.4 As Intervenções de Enfermagem Na Promoção da Integridade Cutânea na UCIN.**

A manutenção da integridade cutânea, enquanto prática promotora da saúde, é uma intervenção da esfera autónoma do enfermeiro, que mobilizando conhecimentos e técnicas próprias da profissão e da disciplina de enfermagem, permite avaliar as condições de pele e identificar fatores de risco para lesões na pele com base na avaliação individual da criança e jovem. O enfermeiro especialista é dotado de competências que lhe permitem diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança e do jovem (OE, 2010).

Briggs (2001), refere a pouca informação existente disponível para a avaliação da pele dos neonatos, considerando que isto acontece por duas ordens de razão, uma devido à vulnerabilidade deste grupo populacional, e a outra devido à fragilidade da sua pele. Apesar desta autora identificar a disponibilidade da equipa de enfermagem para a melhoria dos cuidados à pele dos RN, ela reconhece o quanto o desenvolvimento e aplicação de *guidelines* e instrumentos de avaliação da integridade da pele, iriam facilitar o planeamento, a avaliação e a intervenção da equipa de enfermagem.

A lacuna existente nesta área e a existência efetiva de situações de risco de lesão da pele e conseqüentemente do aparecimento da ferida no RN, permitiu que ao longo deste percurso acadêmico fosse identificando a tipologia de feridas mais comuns na UCIN e de que forma estamos a cuidar destas feridas. De acordo com a literatura existente, são identificadas duas tipologias de feridas: as cirúrgicas e as não cirúrgicas. Neste relatório, irei concentrar o meu trabalho nas feridas não cirúrgicas. Segundo Fox (2011), compreender o processo extremamente complexo de reparação da ferida, permite ao interveniente compreender e determinar as expectativas realísticas para o tratamento e evolução destas. As feridas não cirúrgicas podem assim ser classificadas de acordo com a sua fisiologia e estas podem ser resultantes de causas mecânicas, químicas, térmicas ou infeções (Fox, 2011) e doenças de pele.

Os mecanismos de lesão da pele permitem-nos avaliar a lesão e classificá-la, assim, identificamos: as **lesões mecânicas**, causadas por forças externas e que são aplicadas na pele, tais como lesões por pressão, por cisalhamento, por esfoliação (remoção de adesivos médicos) ou trauma (ex.: elétrodos, fórceps); as **lesões térmicas**, que são resultantes do contato com objetos quentes ou frios; as **lesões químicas**, tais como as causadas por irritação (provocada por uso de produtos químicos abrasivos), incontinência e extravasão (ex.: extravasamento de acessos venosos); **lesões causadas por infeções**, microrganismos que contaminam a pele; **lesões por compromisso vascular**, que são causadas por diminuição de circulação sanguínea e **disfunções do desenvolvimento**, tais como alterações genéticas (Fox, 2011).

Após a identificação e avaliação da tipologia da ferida e através do uso de escalas de avaliação disponíveis, é essencial cuidar da criança com lesão da pele de uma forma holística para eliminarmos fatores causativos destas. Avaliar a ferida ajuda a determinar como se deve proceder no tratamento, bem como, na gestão dos fatores precipitantes (Fox, 2011). A escolha do tratamento ideal depende do grau de contaminação, da sua forma, dos fatores locais e sistêmicos relacionados com o processo de cicatrização da presença e tipo de exsudado (Rodrigues et al., 2015).

O penso ideal fornece um ambiente perfeito para a obtenção do objetivo final, a integridade cutânea, e sem outras lesões ou dor (Fox, 2011). O uso de protetores cutâneos é um dos recursos atualmente utilizado para a prevenção e

tratamento das lesões cutâneas nos RN, tais como os pensos de hidrogel (Rodrigues et al., 2015; Fox 2011). Para além de proteger a pele, o uso destes materiais que cobrem a pele devem ser capazes de: garantir a cicatrização e formar uma barreira física entre o meio externo e a lesão com a finalidade da manutenção de ambiente húmido; devem ser de fácil aplicação e remoção; devem absorver o excesso de exsudado; ser impermeáveis a bactérias; proteger contra infeções cruzadas; devem ser hipoalergénicas; devem permitir as trocas gasosas e ajudar na hemóstase (Rodrigues et al., 2015).

Fox (2011), refere ainda que utilização destes pensos deve por um lado ter em conta a avaliação da dor e que o uso de protocolos de intervenção e prevenção da dor aquando do tratamento das feridas devem ser aplicados. Por outro lado, a autora alerta para o fato de se ter em consideração as recomendações dos fabricantes para a seleção dos pensos no que diz respeito à população neonatal, isto porque poucos são os pensos que identificam a sua aplicação nesta população, uma vez que existem poucos estudos para a área de neonatologia.

O uso de escalas de avaliação da pele no RN pré-termo é essencial e primordial para realizarmos uma identificação das características, do risco de lesão e como avaliar a ferida e, assim, podermos intervir e cuidar desta da melhor forma. Duas das escalas usadas para este fim e validadas para os RN portugueses são a *Neonatal Skin Condition Scale* (NSCS), que avalia as condições da pele, e a *Neonatal Skin Risk Assessment Scale* (NSRAS), que avalia o risco de lesão da pele.

A avaliação da condição da pele, do risco de lesão da pele e da ferida, assim como o seu tratamento são momentos importantes para o RN e família, pelo que o enfermeiro deve envolver a família e proporcionar que seja ela a avaliar a pele e a ser também cuidador da ferida, é um momento significativo e onde podemos trabalhar os CCF e os Cuidados Não Traumáticos.

A prevenção da lesão da pele e a manutenção da integridade cutânea são essenciais na prestação de cuidados individualizados, tal como a filosofia do NIDCAP se refere, e cada RN deve ser avaliado de acordo com a sua maturação e IG. Assim, é essencial identificar pontos de pressão e aliviá-los de forma a que possam ser evitadas as úlceras por pressão (UPP) e consequentemente as feridas resultantes destas. Reconhecer a família como verdadeiros aliados nos

cuidados aos seus filhos, é essencial para a segurança e conforto destes, e para a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Conway et al., 2006), trabalhando assim alguns dos fatores fundamentais para a evolução positiva dos CCF e para o empoderamento das famílias. Os profissionais de saúde devem capacitar as famílias, individualmente e progressivamente, dando-lhes oportunidade para demonstrar as suas aptidões e competências e assim, adquirirem outras que lhes permitam, responder à necessidade da criança e do jovem, mantendo o controlo sobre as suas vidas (Wilson, 2014, p. 614). A capacitação e o envolvimento da família na prestação de cuidados ao RN com ferida, é um momento de interação entre o RN e a família e um momento em que esta pode demonstrar as suas competências de forma a ir adquirindo outras que possam ser essenciais no que diz respeito à preparação para a alta.

Na Neonatologia, é necessário adequar a tecnologia disponível às necessidades do RN e da família, bem como adotar medidas e estratégias que valorizem o cuidar e respeitem a vida humana em toda a sua dimensão, promovendo o cuidado individualizado ao RN e família (Neto & Rodrigues, 2010). Adaptar os cuidados a cada RN e família, é uma arte e é uma peça fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem plena e de excelência. Neste sentido, a prevenção da ocorrência das lesões de pele é essencial para uma melhor prestação de cuidados e um favorecimento do neurodesenvolvimento do RN internado na UCIN. A intervenção do EEESIP deve ser organizada e orientada de forma a apoiar a família na prestação dos cuidados e na tomada de decisões ao longo da hospitalização do seu filho.

### 3. PERCURSO FORMATIVO

O percurso acadêmico, que decorreu entre o período de 24 de setembro de 2018 e 8 de Fevereiro de 2019 (cronograma no Apêndice I), foi efetuado em diferentes contextos de pediatria. A seleção destes serviços teve como objetivo a aquisição de oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento de competências comuns e específicas no âmbito do exercício profissional do EEESIP em diferentes contextos de atuação e com o intuito de atingir os objetivos inicialmente propostos neste documento e tendo em conta a problemática aqui identificada.

A escolha deste percurso teve em consideração as normas preconizadas pela OE e assim estagiei em contexto de Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Centro de Desenvolvimento de Reabilitação Pediátrica (CDRP), Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), Serviço de Internamento Pediátrico (SIP) e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). Nestes locais tive a oportunidade de desenvolver competências comuns do EE e específicas do EEESIP e desenvolver aprendizagens específicas à minha área de projeto.

Os contextos de trabalho promovem o desenvolvimento de competências práticas e são enriquecedores em experiências únicas e no contato direto entre enfermeiro e cliente, o que permitiu o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais. O reconhecimento e o uso da teoria foi fundamental para a intervenção na prática, porém esta apresenta sempre muito mais realidades enriquecedoras do que aquelas que se podem adquirir na teoria (Benner, 2001). Assim, este caminho entre teoria e prática e prática teoria, permite uma reflexão efetiva das experiências essenciais para o desenvolvimento das competências, da estrutura ética e moral e da responsabilidade do enfermeiro.

Inicialmente, em cada contexto foi apresentado a cada orientador um Guia Orientador do Campo de Estágio, onde estava inserido uma breve introdução sobre o projeto, onde se encontravam os objetivos específicos para o contexto e as atividades que iriam ser desenvolvidas. Estas atividades foram sempre discutidas com o orientador de cada serviço de forma a promover e a potenciar

as atividades a irem ao encontro aos objetivos que se pretendiam alcançar. Posteriormente foram realizadas reflexões teóricas (Apêndices II, III, IV e V) e quais foram pertinentes para o desenvolvimento das competências do EE, uma vez que “o clínico testa e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real.” (Benner, 2001, p. 32).

Tendo em conta os objetivos delineados para a elaboração deste relatório, e que se encontram definidos na Introdução, este capítulo pretende descrever e analisar as atividades e processos de trabalhos desenvolvidas em cada um dos contextos, tendo em conta os objetivos delineados, baseando estas análises na evidência científica mais recentes e nos documentos reguladores da profissão. Em seguida, irei identificar as atividades desenvolvidas em cada contexto e as competências com que me fui deparando e aperfeiçoando, dando resposta aos objetivos definidos.

### **3.1 Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados**

Na UCSP foi possível analisar a atuação do EEESIP e identificar as intervenções específicas e as suas áreas de atuação, tendo como principal objetivo o desenvolvimento de competências específicas do EEESIP, para a prestação de cuidados à criança, ao jovem e família em diferentes etapas do desenvolvimento e em contexto de cuidados de saúde primários. Através da análise da prática de cuidados foram mobilizados recursos, programas, modelos e conhecimentos da área da especialidade de Saúde Infantil no sentido de compreender a articulação com as competências do EE e do EEESIP.

O EE exerce um conjunto de competências clínicas especializadas com aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, desta forma, este é responsável por um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza diariamente e que o permite atuar em contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção (OE, 2010). Na UCSP, o EEESIP tem a possibilidade de observar a criança e jovem num contexto mais próximo da sua realidade, na maioria das vezes, em envolvência com os seus familiares mais próximos, o que lhe possibilita diagnosticar

precocemente situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e do jovem (OE, 2018)<sup>1</sup>.

Os programas que estão a ser desenvolvido nesta UCSP vão ao encontro do que está pré-estabelecido pela Direção Geral de Saúde (DGS), sendo estes: Programa Nacional de Vacinação (PNV), Programa de Planeamento em Saúde, Programa de Vigilância Epidemiológica, Programa de Prevenção do Tabagismo, Programa Nacional de Saúde Escolar, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), Programa de Promoção de Segurança Alimentar e Programa de Saúde Oral.

O PNSIJ (DGS, 2013) refere que nas últimas duas décadas os ganhos para a saúde em Portugal têm vindo a aumentar desde a aplicação sistemática deste programa e com as modificações ocorridas, que surgem para dar resposta aos padrões de qualidade, o que garante e promove cuidados de saúde adequados e eficazes. As principais linhas orientadoras do PNSIJ direcionam estes cuidados como sendo antecipadores, atuando como fatores de promoção da saúde e de prevenção da doença, levando a que as crianças e jovens atendam às consultas em idades-chave, que correspondem a acontecimentos marcantes na vida do bebé, da criança ou do adolescente, tais como as etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a socialização, a alimentação e a escolaridade, e estas consultas devem estar em consonância com o esquema cronológico preconizado no PNV de forma a reduzir o número de deslocações aos serviços de saúde. O PNSIJ preconiza ainda, que qualquer deteção precoce de uma situação negativa de saúde, deve ser encaminhada de forma a que estas sejam corrigidas e se evite qualquer efeito negativo na saúde da criança ou jovem, permitindo a articulação entre estruturas, programas e projetos, dentro e fora do setor da saúde, para a promoção do bem-estar, do crescimento e do desenvolvimento das crianças e jovens.

As consultas de Desenvolvimento Infantil, existentes nestas Unidades, devem ser guiadas pelas necessidades que os pais e cuidadores apresentam e o uso de linguagem acessível deve estar presente no decorrer de cada consulta, indo ao encontro das especificidades de cada família. Através desta parceria

---

<sup>1</sup> Competência Específica 1: Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; 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 (OE, 2010b).

com a família, o EEESIP é o facilitador da promoção da maximização da saúde de cada criança e jovem, e é o elemento primordial para a promoção da parentalidade (OE, 2018) <sup>2</sup>.

De acordo com o PNSIJ, o decurso da vigilância em Saúde Infantil e Juvenil deve ocorrer com o objetivo primordial de obtenção de ganhos em saúde para a população (DGS, 2013). A consulta de Desenvolvimento Infantil permite ao EEESIP ir ao encontro dos objetivos principais do Exame de Saúde, descritos no PNSIJ, sendo estes: avaliar o crescimento e desenvolvimento e registar os dados obtidos nos suportes próprios, tal como o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil; estimular os comportamentos promotores de saúde; detetar precocemente e encaminhar situações que possam comprometer a vida ou afetar a qualidade de vida da criança e do adolescente; prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns nas várias idades; sinalizar e proporcionar apoio continuado às crianças com doenças crónicas/deficiência e às suas famílias; identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de maus tratos e de violências; promover o desenvolvimento pessoal e social e a autodeterminação das crianças e dos jovens e apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais e promover o bem-estar familiar (DGS, 2013). Através destes objetivos orientadores o EEESIP consegue direcionar o seu trabalho diário, destacando os aspetos mais importantes do seu exame físico de forma a transmiti-los à restante equipa multidisciplinar <sup>3</sup> para que esta, possa orientar a criança ou jovem e sua família de forma atingirem o bem-estar, o crescimento e desenvolvimento harmonioso destes de acordo com o seu desenvolvimento <sup>4</sup>.

Durante estas consultas existe uma preocupação transversal a todos os pais ou cuidadores relativamente ao peso da criança e do jovem. Através da avaliação antropométrica da criança e do jovem é possível orientar a família para uma nutrição adequada e adaptada às diferentes idades e necessidades individuais e, assim, promover comportamentos alimentares equilibrados (DGS, 2013). A promoção do aleitamento materno foi uma realidade à qual eu assisti,

---

<sup>2</sup> Competência Específica 1: Assiste a criança/Jovem com a família, na maximização da sua saúde; 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.

<sup>3</sup> Competência Comum C; Domínio da gestão dos cuidados (OE, 2010a), C1 Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional.

<sup>4</sup> Competência Específica 3; Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, E3.1 Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil (OE, 2010b).

tendo em conta a afluência de lactentes à UCSP e ao facto de, tanto eu como a EEESIP termos um *background* em Neonatologia, permitiu-nos tirar dúvidas, apresentadas pelas mães relativamente ao horário das mamadas, à duração e à avaliação da satisfação do RN após a amamentação <sup>5</sup>. Estas visitas das mães com dúvidas sobre a alimentação oral também permitiram fazer outro tipo de intervenção, como a avaliação do neurodesenvolvimento do RN (reflexos, estados comportamentais, desenvolvimento). Por outro lado, a afluência de crianças em idade escolar permitiu-me, também, desenvolver capacidades de comunicação e de interação com crianças em faixas etárias diferentes e com diversas necessidades e, através deste contato, tive a oportunidade de ficar mais alerta para determinados desvios de padrões de desenvolvimento e reconhecer antecipadamente sinais de atrasos de desenvolvimento e encaminhá-los sempre que necessário. Considero porém, que a família é a principal detentora de informação essencial para o despiste de situações de saúde/doença consideradas importantes e que requerem um estudo aprofundado por profissionais de saúde, assim, o EEESIP deve trabalhar em parceria com a criança e família/pessoa significativa, para promover o mais elevado estado de saúde possível, prestando cuidados à criança saudável ou doente e deve proporcionar educação para a saúde assim como identificar e mobilizar recursos de suporte à família/pessoa significativa (OE, 2010) <sup>6</sup>.

Durante este contexto, tive a oportunidade de estar na sala de vacinação, e também vacinar algumas crianças. Neste ambiente, o EEESIP experiência diferentes reações da criança nas situações dolorosas, características de cada fase de desenvolvimento e que refletem diferentes respostas a situações de *stress* e de dor. A presença dos pais é sempre permitida e para se diminuírem sinais de desconforto e de dor, as vacinas podem ser administradas ao colo dos pais ou até mesmo durante a amamentação (ou recorrendo-se ao uso da chucha) de forma a diminuir a dor, para o RN se sinta aconchegado e contido (Linhares & Doca, 2010). Por outro lado, quando temos perante nós crianças em idade pré-escolar, recorria-se ao uso da brincadeira terapêutica, sendo utilizados

---

<sup>5</sup> Competência Específica 3; Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, E3.2 Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do Recém-nascido doente ou com necessidades especiais (OE, 2010b).

<sup>6</sup> Competência Específica 2: Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; 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 (OE, 2010b).

brinquedos da criança, da sala de brincadeiras ou até mesmo a aplicações em *smartphones* com que estes estivessem familiarizados. Para além disto, era concedido tempo à criança para esta expressar os seus receios, principalmente relativamente à dor que iriam experienciar. Nunca foi omitido às crianças em idade pré-escolar a dor, porém, foram usadas formas de relaxamento ou de distração de forma a minimizar a mesma e no final era dado um reforço positivo à criança através do elogio <sup>7</sup>.

O contato com este contexto permitiu-me valorizar e melhorar a comunicação com a criança e jovem em diferentes fases de desenvolvimento, de forma a aperfeiçoar as minhas técnicas comunicativas como futura EEESIP.

### **3.2 Centro de Desenvolvimento e Reabilitação Pediátrico**

A realização do estágio no Centro de Desenvolvimento e Reabilitação Pediátrico (CDRP) permitiu-me desenvolver competências específicas na área da prevenção terciária e integrar uma equipa com valências diferentes, mas com objetivos comuns na prestação de cuidados à criança, jovem e família com necessidades especiais em contexto de internamento. As características deste serviço permitiram-me refletir sobre a necessidade de implementação de diferentes competências do EE e do EEESIP e, assim, refletir sobre os objetivos gerais e específicos propostos inicialmente neste Relatório de Estágio.

A necessidade de compreender a intervenção à lesão da pele em pediatria na atualidade, permitiu desenvolver este projeto de forma a entender a prática de cuidados de enfermagem. A manutenção da integridade cutânea é uma prática promotora da saúde, não existindo lesões da pele promove-se a qualidade de vida durante o internamento e a melhoria dos cuidados prestados. Utilizar ferramentas de avaliação da integridade cutânea é essencial para que se conheça as características da pele de cada indivíduo e para que se compreendam as alterações decorrentes da alteração da integridade cutânea.

O CDRP possui um documento orientado para avaliação do risco de lesão por pressão ou mais comumente conhecidas por úlceras por pressão, e também avaliação das feridas. Porém, este documento é utilizado como

---

<sup>7</sup> Competência Específica 2: Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; E2.2 Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (OE, 2010b).

instrumento de avaliação de qualquer ferida em todos os serviços da instituição onde este serviço se encontra inserido. A pouca especificidade deste documento não lhe retira qualidade, assim sendo, todos os processos têm esta escala de avaliação e este vai sendo utilizado na avaliação diária da integridade da pele das crianças e jovens internados de forma a que se compreenda a evolução do estado da superfície cutânea ou da ferida, se esta existir.

A admissão a este serviço é sempre previamente planeada e decorre de uma necessidade específica de cada criança e jovem. De acordo com a missão estabelecida, este centro pretende promover a máxima funcionalidade e potenciar as capacidades de cada um, reabilitando os indivíduos portadores de deficiência de predomínio físico, motor ou multideficiência congénita e adquirida. Durante o internamento, estas crianças e jovens são acompanhadas por uma equipa multidisciplinar composta por: médicos, enfermeiros generalistas, enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação e EEESIP, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, terapeutas da fala, psicólogos e educadores. Cada criança internada é sujeita a uma avaliação inicial e é implementado um plano de cuidados de acordo com o objetivo individual de cada um. O plano de cuidados é elaborado pela equipa médica em parceria com a equipa de enfermagem, com as equipas de terapeutas ocupacionais, da fala e fisioterapeutas e pais e é revisto regularmente, de acordo com a evolução de cada criança, e ajustado conforme as suas necessidades <sup>8</sup>.

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (RPQCEESCJ), os acidentes são uma causa importante de morte e de incapacidade temporária e permanente em crianças e jovens, existindo um elevado número de crianças com deficiência ou risco de atraso de desenvolvimento, necessitando de intervenção precoce e da implementação de planos de reabilitação nos Centros de Desenvolvimento (OE, 2011). Este documento salienta, ainda, a importância de a família ser parte integrante destes planos de reabilitação. Este trabalho de parceria entre o EEESIP a criança,

---

<sup>8</sup> Competência Específica 1: Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; E1.2 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 (OE, 2010b).

jovem e família promove a maximização da saúde, o crescimento e o desenvolvimento infantil, evidenciando os CCF.

No CDRP a parceria de cuidados é trabalhada diariamente e sempre que possível, sendo que a capacitação dos pais e cuidadores para a prestação de cuidados, o mais independente possível, é um dos principais objetivos de todos os planos de cuidados <sup>9</sup>. No entanto, a parceria de cuidados e os CCF são fundamentais para a prestação de cuidados em pediatria, sendo esta relação sustentada, por crenças e valores de que a família, e sobretudo os pais, são os melhores prestadores de cuidados das crianças, respeitando e valorizando a sua experiência nos cuidados dos filhos bem como o seu contributo na prestação desses cuidados (OE, 2011).

A capacitação da família inicia-se no primeiro dia do internamento, uma vez que esta é chamada a colaborar na elaboração do plano de cuidados da criança em parceria com a equipa multidisciplinar. Através desta parceria, os profissionais pretendem entender as maiores dificuldades da criança e do jovem, quer em termos físicos quer cognitivos, e trabalhar de forma a promover a máxima funcionalidade destes. A equipa de saúde, é constituída por diferentes profissionais de diferentes áreas e com diferentes especialidades, mas todos partilham um conjunto de competências comuns e aplicáveis em todos os contextos de prestação cuidados de saúde (OE, 2011) com o objetivo principal da maximização e da melhoria dos cuidados de saúde. O EE é então responsável pela gestão do serviço, da equipa de enfermagem, pela delegação, orientação e supervisão de cuidados de forma a garantir a qualidade e segurança dos mesmos <sup>10</sup>.

A família é sempre parte integrante dos cuidados do EEESIP, e neste serviço não é exceção <sup>11</sup>. Os pais ou cuidadores podem ficar junto da criança ou do jovem durante todo o internamento, e estas apenas ficam afastados deles durante as terapias, as atividades escolares ou de lazer. Aos pais é pedido que se integrem o máximo possível nas rotinas do serviço de forma a participarem e a envolverem-se nestas, para que compreendam os objetivos das intervenções

---

<sup>9</sup> Competência Específica 1: Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; E 1.1.5. Procura sistematicamente oportunidade para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.

<sup>10</sup> Competência Comum C: Domínio da gestão dos cuidados (OE, 2010a).

<sup>11</sup> Competência Específica 2: Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; E2.5 Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade (OE, 2010b).

de enfermagem e dos terapeutas e para que, no momento da alta, estejam o mais autónomos possível. A natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar do EEESIP, estabelece com estes uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime da parentalidade (OE, 2011).

As crianças e os jovens internados mantêm atividades letivas com professores designados pelo Ministério da Educação, e os quais cumprem os conteúdos programáticos estipulados, para as escolas. Os internamentos destas crianças e jovens são sempre prolongados e sem uma data de alta prevista, daí a importância destas se manterem o mais atualizadas possível no que diz respeito aos programas escolares e do seu ano letivo para poderem cumprir os requisitos que lhes permitam passar de ano.

O Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE) (DGS, 2014), diz que deve existir uma parceria entre a Saúde e a Educação numa perspetiva multidisciplinar e intersectorial, para que exista uma abordagem holística da saúde na escola, que fomente a capacitação da comunidade educativa, a saúde, a segurança, a sustentabilidade ambiental e a inclusão de crianças e jovens. O EEESIP é o elemento chave da comunicação entre a instituição hospitalar e a comunidade escolar de forma a que a segunda seja informada das limitações das crianças e jovens com necessidades especiais e para que permitam a inclusão e, assim, exista a identificação e a remoção de barreiras físicas, sociais, de autonomia, socioeconómicas, de aprendizagem, de atitudes, de comunicação e de relacionamento interpessoal <sup>12</sup>.

O EEESIP nesta unidade de internamento é responsável por englobar as atividades diárias das crianças de acordo com o seu desenvolvimento infantil e com as competências cognitivas específicas de cada uma. Assim, é também da sua responsabilidade informar os profissionais que trabalham na comunidade das características de cada criança no momento da alta, e com estes desenvolver formas de integrar estas crianças e jovens de acordo com o elegível através do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). Através deste programa, é possível sinalizar crianças com fatores de risco e,

---

<sup>12</sup> Competência Específica 2: Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; E 2.5.6. Referencia crianças/Jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário. (OE, 2010b).

numa perspetiva centrada na família, solicitar o apoio multidisciplinar definindo um programa individual de vigilância e promoção da saúde e que facilite o desenvolvimento de capacidades e potencialidades (DGS, 2013) <sup>13</sup>.

A colaboração na prestação de cuidados à criança, jovem e família nos diferentes estádios de desenvolvimento no SRPD foi um desafio diário à aplicação das competências do EEESIP e à compreensão da aplicação destas neste contexto. A avaliação do crescimento e desenvolvimento destas crianças e jovens é aqui particular e sempre orientada de forma individual e adaptada às características físicas e cognitivas de cada criança e jovem de forma a que se atinja a máxima independência e se potencialize cada um individualmente. Neste contexto, a potencialização de cada indivíduo orienta os planos de cuidados e assim, os enfermeiros têm a responsabilidade de promover e de realizar as atividades de vida diária que irão desenvolver novas competências adaptativas ou melhorar as já existentes.

O contato direto com crianças e jovens com necessidades especiais levou-me a reconhecer características importantes no EEESIP na forma como organiza o seu discurso para estas e para a sua família; na forma como organiza o seu plano de cuidados; como interage com cada um de forma individual e personalizada; na maneira como assiste cada criança, jovem e família para a promoção da maximização da sua saúde; na forma como desenvolve conhecimentos e competências específicas em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança e do jovem, adaptadas às características individuais de cada um e na forma como presta cuidados com o objetivo da melhoria contínua da qualidade e da gestão dos cuidados (OE, 2011; OE, 2018).

### **3.3 Serviço de Urgência de Pediatria**

O estágio no Serviço de Urgência de Pediatria (SUP) permitiu a rotatividade em diferentes contextos que integram e caracterizam este serviço, sendo estes: a Sala de Triagem, a Sala de Tratamentos e a Sala de Observação (SOPed), e ainda a Sala de Reanimação, que apenas é usada em situação

---

<sup>13</sup> Competência Comum A: Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (OE, 2010a).

urgência e que está sob responsabilidade do enfermeiro que está na Sala de Tratamentos. A equipa de enfermagem do SUP é dividida por estes contextos e está preparada para intervir e dar resposta a todas as necessidades das crianças e famílias que recorrem a este serviço.

A admissão ao SUP é feita pela Sala de Triagem, que neste serviço específico usa como suporte a “Triagem de Manchester” para a realização de priorização da situação apresentada pela criança e jovem. Este método de triagem, integra fluxogramas que fornecem ao profissional não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas. Os fluxogramas são selecionados de acordo com a queixa apresentada e devem ser o mais específico possível, posteriormente, o avaliador percorre os discriminadores e seleciona o que se relaciona com a queixa apresentada de forma a ser realizada e atribuída a prioridade clínica correspondente à situação. A avaliação clínica forma-se a partir da queixa apresentada pelo doente que recorre à urgência e/ou pela avaliação do profissional de saúde ([www.grupoportuguestriagem.pt](http://www.grupoportuguestriagem.pt)).

No SUP, as crianças e cuidadores estão na sua grande maioria preocupados com a situação clínica e querem assistência médica rápida. Sendo um episódio de urgência e de alteração da rotina da criança, jovem e da família, a hospitalização é geradora de *stress* e ansiedade e a presença dos pais ou cuidadores é fundamental para ajudar a atenuar estes sentimentos negativos (Faquinello, Higanashi & Marcon, 2007). O medo do desconhecido e do hospital são fatores que promovem a ansiedade e o medo na criança, e que levam os profissionais destes serviços a desenvolver estratégias de comunicação e competências específicas de forma a facilitar e a melhorar a permanência no hospital <sup>14</sup>.

A ida ao SUP é geralmente decorrente de um episódio de necessidade de cuidados de saúde imediatos, porém, após uma avaliação inicial, o que se verifica na prática é que nem todos os casos são considerados urgentes. O recurso ao serviço de urgência em detrimento dos cuidados de saúde primários

---

<sup>14</sup> Competência Específica 1: Assiste a Criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; 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; E1.1.2 Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis; E1.1.3 Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde. (OE, 2018).

deve-se ao facto de muitas vezes as crianças não terem médico de família, mas também porque os pais consideram que o hospital está mais acessível e tem melhores recursos para realizar o diagnóstico e iniciar o tratamento dos seus filhos. Muitos, também eram os casos de doentes crónicos que se dirigiam ao hospital de forma articulada com os seus médicos de referência e assim resolver situações menos urgentes, sobrelotando este serviço. No entanto, as crianças com patologia crónica e com necessidades especiais associadas, eram as que as famílias estavam mais autónomas nos cuidados e que faziam uma “triagem” no domicílio e, apenas se dirigiam ao SUP em último recurso. Os pais destas crianças e jovens adaptam-se com sucesso ao stress de cuidarem dos filhos, e experienciam o sentimento de cumprimento de função parental (McElfresh & Merck, 2014).

A avaliação inicial realizada pelo enfermeiro da triagem é um momento primordial para a identificação de situações graves mascaradas por outros sintomas e/ou por desvalorização destes. Aqui é de salientar a experiência e treino que estes profissionais de saúde, que fazem triagem há muito tempo, têm no conhecimento e na identificação de certos sintomas que devem ser prioritários de forma a não agravar o estado de saúde da criança e do jovem<sup>15</sup>, pois em idade pediátrica existe uma inespecificidade das queixas e estas são quase sempre trazidas por terceiros (Andrade, Carvalho, Fernandes & Casanova, 2008). No entanto, para além da facilidade em detetar situações graves, estes profissionais de saúde têm na sala de triagem a oportunidade de estabelecer o primeiro contato com a criança, jovem e família e esta experiência leva-os a ter uma postura de empatia e disponibilidade para a escuta ativa, de forma a promover um ambiente de confiança para com os seus utentes. Assim, a triagem funciona também como uma sala de acolhimento ao serviço e onde este enfermeiro pode iniciar um ambiente terapêutico e afetuoso, com o objetivo de diminuir a ansiedade relacionada com uma possível hospitalização, as dúvidas e os medos que são demonstrados pelos pais aquando da chegada ao SUP.

---

<sup>15</sup> Competência Específica 1: Assite a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; E1.2 Diagnóstica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem (OE, 2018)

Durante o estágio permaneci grande parte do tempo na sala de triagem, de forma a observar e a identificar intervenções dos enfermeiros mais específicas deste contexto. A enfermeira de referência deste campo de estágio exercia funções no SUP há dezasseis anos e era conhecedora de técnicas de comunicação que permitiam que a relação entre o profissional de saúde e a criança, jovem e família fluísse de forma natural e, através da colocação de questões simples, abertas e claras conseguia retirar o máximo de informação para fazer a sua avaliação inicial. Após esta avaliação, era transmitido aos pais informação relevante sobre o possível agravamento do estado de saúde do seu filho e, de que modo, deviam proceder caso isso acontecesse. Com esta estratégia, que é usada em todos os contextos de saúde em pediatria, e com a qual permitimos o desenvolvimento da autonomia na prestação dos cuidados de saúde e da parentalidade, quer-se também que os pais e cuidadores sejam detentores de conhecimento que permitam avaliar a criança e jovem e desta forma partilhar responsabilidade no cuidado, promovendo o empoderamento e a capacitação parental (Pereira, Fernandes, Tavares & Fernandes, 2011) e os CCF. Os CCF são orientadores da prestação de cuidados em pediatria e são fundamentais para a aceitação e melhoria da prestação de cuidados de saúde nesta área. Os pais e cuidadores são parte integrante dos nossos cuidados e fazem parte da equipa de saúde, desta forma, devem ser incentivados a participarem na prestação de cuidados <sup>16</sup>.

Posteriormente à triagem a criança, jovem e família esperam até serem observados pela equipa médica a fim de obterem um diagnóstico ou serem orientados para a Sala de tratamentos e iniciarem aqui alguma intervenção terapêutica. Após a observação médica, existe a possibilidade de internamento, sendo que este acontece inicialmente no SOPed e, se necessário, a criança ou jovem é transferida para um serviço de internamento mais especializado. No SOPed ficam crianças que necessitam de uma estabilização mais urgente e que o seu estado clínico requer observação mais específica. Durante esta estadia os pais ou cuidadores podem permanecer junto da criança, sendo que no período noturno apenas é autorizada a permanência de um dos pais. Durante estes internamentos, em que o diagnóstico está pouco esclarecido, o medo do

---

<sup>16</sup> Competência Específica E3: Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2018).<sup>16</sup>

desconhecido, das regras do serviço, da falta de informação, do ambiente diferente e a angústia transmitida pelos pais definem estes internamentos como sendo provocadores de mais ansiedade e de destabilização para a criança (Sanders, 2014). Neste contexto tão específico, o EEESIP tem uma intervenção fundamental e pode ser detentor de competências específicas que têm um impacto positivo no decorrer do mesmo.

Neste espaço físico eram internadas todas as crianças e jovens, dos 0 aos 17 anos e 364 dia de vida. A facilidade de permanência dos pais, dos brinquedos e de diversos aparelhos eletrônicos, permite que estes utentes sintam uma menor diferença na sua rotina e que a hospitalização não seja causadora de *stress*. Neste contexto específico, o brinquedo pode funcionar como facilitador da comunicação, participação e motivação da criança em todo o seu processo de hospitalização, o que facilita a promoção da sua individualidade (Janse, Santos, & Favero, 2010). O EEESIP reconhece a necessidade da promoção desta individualidade e da permanência do objeto significativo junto da criança <sup>17</sup>. O brinquedo ou o objeto significativo eram parte integrante do internamento da criança e do jovem admitidos nesta unidade, esta característica era indicadora de uma idade, do desenvolvimento, de uma certa cultura ou até mesmo do gosto pessoal de cada um.

Durante o estágio, a multiculturalidade e as diferentes faixas etárias foram sendo a realidade com que se contata diariamente no SUP. Estas diferenças adjacentes a cada criança e jovem permitiam ao EEESIP desenvolver competências de adaptação a cada situação individual, de forma a responder adequadamente a cada situação individual e mobilizando conhecimentos de acordo com cada situação ou de procurar conhecimento em diferentes plataformas sempre que era necessário <sup>18</sup>.

A sala de tratamentos era mais uma área de intervenção dos enfermeiros, onde as crianças e jovens eram submetidos a diferentes procedimentos técnicos, mais ou menos desconfortáveis e dolorosos e onde era utilizada uma filosofia de cuidados não traumáticos. Os cuidados são prestados através de intervenções

---

<sup>17</sup> Competência Específica E3: Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem; E3.4 Promove a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde (OE, 2018).

<sup>18</sup> Competência Comum D: Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais; D2 Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

específicas que têm como objetivo minimizar ou eliminar o desconforto da criança, do jovem e da família tentando eliminar tanto o desconforto físico, como o psicológico fomentando a permanência da família, de forma a controlar e prevenir as lesões corporais e a dor (Jacob, 2014). O controlo da dor é um pilar essencial na prestação de cuidados não traumáticos e a gestão deste sinal vital leva-nos a aumentar a confiança da criança, do jovem e da família nos profissionais de saúde. Neste contexto, para além do uso da brincadeira terapêutica era utilizado o óxido nítrico (Livopam®) em forma de gás para o alívio da dor e para execução de várias técnicas dolorosas. No entanto, várias foram as vezes em que o uso de fármacos não era utilizado e que as estratégias não farmacológicas também não. Considero que o volume de trabalho que por vezes se sentia levava os profissionais de saúde deste serviço a escolherem o caminho mais rápido, e este nem sempre era o mais benéfico para a criança. As estratégias não farmacológicas/farmacológicas de controlo e alívio da dor existem e devem ser usadas, ao descuidarmos o seu uso, estamos a aumentar o medo da vinda ao hospital e a perpetuar uma memória traumática acerca destes procedimentos. Assisti algumas vezes o EEESIP a ajudar os colegas e a pôr em prática o uso de fármacos e de intervenções não farmacológicas para o alívio e controlo da dor. Trabalhar em equipa é isto mesmo, é auxiliar o outro, é identificar onde existe necessidade de ajuda e intervir, é sermos os mais bem preparados do serviço e incentivar, dar exemplo aos menos preparados sobre como intervir e usar os diferentes materiais existente e é gerir os cuidados de saúde no sentido da excelência tentando sempre ir mais além <sup>19</sup>.

O percurso neste contexto de estágio fez-me estar em contacto com crianças em todas as faixas etárias e em diferentes fases de desenvolvimento infantil, o que no meu trabalho diário não acontece. Inicialmente a dificuldade de quem só contacta com RN foi sentida e a falha na comunicação com crianças e jovens fez-me refletir sobre a necessidade de desenvolver esta competência como futura EEESIP. Porém, a situação de ida à urgência é uma situação pontual e com características próprias, o medo do desconhecido e do que pode vir eventualmente a acontecer, para além do medo das crianças que já tiverem contacto com o hospital e não têm boas recordações, colocou-me em contacto

---

<sup>19</sup> Competência Comum A: Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; A2: Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2010 a).

com diferentes situações e com crianças e famílias com diferentes personalidades e formas de gerir estas situações. Ao longo deste percurso senti muitas dificuldades, mas com o estudo destas temáticas e a reflexão sobre as minhas próprias dificuldades e o apoio dos colegas fui sentindo uma melhoria na comunicação verbal e não verbal. A forma como me apresentava, como falava com as crianças em diferentes estádios de desenvolvimento através de um discurso adaptado às idades e ao desenvolvimento o qual, foi sendo melhorado e foi facilitando o meu contacto com esta população que é tão diversa e rica. O EEESIP orientador do estágio foi permitindo aos poucos que eu entrasse na dinâmica da prestação de cuidados do SUP e que me fosse orientando de forma a melhorar esta dificuldade <sup>20</sup>.

No decorrer deste estágio, fui intervindo no cuidado à criança e jovem com ferida não cirúrgica e de acordo com as normas e procedimentos do serviço. A criança e jovem com lesão da pele é sempre avaliada inicialmente na sala de triagem e posteriormente a equipa médica de cirurgia geral ou cirurgia plástica é contactada pela equipa médica do SUP. Após a avaliação da ferida é realizado um procedimento de intervenção naquela criança e na especificidade da ferida, sendo esta realizada sob o efeito do óxido nítrico sempre que necessário. Os pais e cuidadores permanecem sempre na sala e são o elo de ligação e comunicação não verbal com a restante equipa. Muitas crianças não se sentem confortáveis a comunicar com os profissionais de saúde que são desconhecidos e muitas vezes foram os pais que interpretaram frases ou faces de dor. Durante todos estes procedimentos o enfermeiro permanecia na sala, tanto para auxiliar o médico, como para facilitar a intervenção durante o procedimento, mas essencialmente funcionou como um elo de comunicação entre a díade criança/família e a restante equipa, promovendo a melhoria da intervenção junto da criança e facilitando o tratamento à ferida.

O EEESIP promove a melhoria de cuidados de saúde que são prestados ao nível do SUP, com a sua permanência compreendi que existe um trabalho diário no sentido de envolver os CCF, os cuidados não traumáticos na prática diária de enfermagem e na uniformização dos cuidados de enfermagem.

---

<sup>20</sup> Competência Específica E3: Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada o estágio de desenvolvimento e à cultura (OE, 2018).

### 3.4 Serviço de Internamento de Pediatria

O contexto de estágio realizado durante quatro semanas no Serviço de Internamento de Pediatria (SIP) decorreu num serviço onde se encontravam internadas crianças e jovens para tratamento médico ou para tratamento cirúrgico. Aqui tive a oportunidade de observar e intervir com as duas áreas do internamento: o internamento médico e o médico-cirúrgico. Este contexto de estágio permitiu-me desenvolver competências diferentes da minha prática e da minha realidade profissional diária.

A doença e hospitalização da criança surgem como uma perturbação na dinâmica familiar que pode gerar tanto ansiedade e preocupação, quanto maior a gravidade da doença da criança e a necessidade de realização de procedimentos médicos invasivos, envolvidos no diagnóstico e tratamento. A evidência científica refere que, independentemente dos fatores que possam influenciar a reação dos pais à hospitalização do filho, estes inicialmente poderão reagir com alguma descrença, culpa ou raiva (Tavares, 2011), levando-os a questionarem as suas próprias capacidades parentais.

Este contexto permitiu-me refletir, mais uma vez, sobre uma realidade distante daquela com que trabalho diariamente, a diversidade de idades e a presença dos pais foram um desafio que fui superando ao longo do tempo. A situação de hospitalização é sempre uma fonte de *stress* e ansiedade para a maioria das crianças e jovens (Barros, 1999). Diversos são os autores que declaram que quando hospitalizadas as crianças devem receber CCF, apoio psicossocial, informação, estarem num ambiente adequado e terem oportunidade de se exprimirem de acordo com o seu desenvolvimento (Lissauer & Clayden, 2007). A permanência num espaço físico desconhecido numa situação indesejada, influencia esta estadia e assim, estas crianças e jovens internados apresentam necessidade especiais.

No decorrer deste estágio, tive a oportunidade de observar a dinâmica do serviço, desde a admissão à alta, passando por várias fases durante o internamento, incluindo o período pré e pós cirurgia. O acolhimento ao serviço é essencial no percurso futuro de internamento da criança devido à sua vulnerabilidade e às necessidades inerentes que vão aumentando durante a

estadia da criança no hospital (Silva, Collet, Silva & Moura, 2010), aqui o enfermeiro tem a oportunidade de iniciar uma relação de confiança a qual será primordial para o relacionamento futuro e que se deve iniciar com uma valorização e confiança da relação dos pais como sendo aliados durante todo o processo de internamento (Hockenberry, 2014). O nível de *stress* dos pais aquando do momento de admissão pode ser causado, não só pela gravidade da doença do filho, mas também pela ansiedade em relação ao envolvimento na prestação de cuidados e na capacidade de lidar com as emoções (Jorge, 2004). Assim, de acordo com Mundy (2010), os pais devem sentir-se acolhidos, apoiados, mantidos confortáveis e devem entender que são parte integral da equipa e que, desta forma, têm um papel fundamental na tomada de decisões e na prestação dos cuidados.

Os diversos acolhimentos que tive a oportunidade de acompanhar foram bastante distintos, uma vez que, a admissão neste serviço é feita maioritariamente pelo SOPed, com crianças vindas do SUP numa situação aguda do seu estado de saúde, ou admitidas via Hospital de Dia para cirurgia e com planeamento efetuado. O fato da maioria das admissões se realizar em contexto de urgência, implica níveis de *stress* na criança e família mais elevados, os quais podem gerar situações que destabilizam a vida destas crianças e das suas famílias e também da dinâmica do serviço. O EEESIP tem aqui um papel primordial no que diz respeito à admissão destas díades/tríade e do seu desempenho durante o internamento. O enfermeiro é responsável por proporcionar um ambiente acolhedor, tornando-o o mais familiar possível, de forma a estabelecer uma relação de confiança favorecendo a comunicação, aumentando o sentimento de poder da criança, jovem e família, e respondendo às suas necessidades físicas, emocionais, espirituais e psicológicas (Sanders, 2014 p.1025) e assim, permitirem a criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro <sup>21</sup>.

A criança até aos 14 anos de idade têm direito a um acompanhante permanente durante as 24 horas e durante o dia a ambos os pais, assim, é garantida o respeito conferido pelos Direitos da Criança, artigo 9º, que refere que a crianças não pode ser separada dos pais se não for essa a sua vontade

---

<sup>21</sup> Competência Comum B3: Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. B3.1 Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos e grupos (OE, 2010a).

(UNICEF, 1989) e pela Carta dos Direitos da Criança Internada, artigo 2º, que declara que a criança tem direito a ter sempre os seus pais, ou substitutos, junto a si, independentemente da sua idade ou estado de saúde (Instituto de Apoio à Criança (IAC), 1998, 2009).

Neste serviço, os CCF são a filosofia pela qual todos os profissionais de saúde se orientam e prestam os seus cuidados, desta forma, os pais são parte integrante da equipa e colaboram nos cuidados, tendo direito ao pequeno-almoço, almoço e jantar fornecido pela instituição e, uma vez que permanecem junto dos seus filhos têm direito a um cadeirão/cama para pernoitarem (DR, 2009). A permanência de um dos pais ou cuidadores junto da criança ou jovem é essencial para a manutenção de um ambiente acolhedor, no entanto, os pais necessitam de estar atualizados no que diz respeito à sua situação de saúde pelo que a transmissão de informação adequada é fundamental para o sentimento de controlo da situação atual. A partilha de informação entre família e enfermeiros, permite que exista um aumento do conhecimento para ambos e o entendimento das rotinas e hábitos do domicílio e a situação de saúde, permitiram que se envolvesse os pais nas tomadas de decisões (De Rouck & Leys, 2009; Skene, Franck, Curtis, & Gerrish, 2012). A participação dos pais nos cuidados diários aos seus filhos internados, permite que a quebra da rotina seja menos acentuada e, assim, os cuidados são sustentados por valores e crenças de que os pais são os melhores prestadores de cuidados, respeitando e valorizando a sua experiência e o seu conhecimento nos cuidados prestados aos seus filhos <sup>22</sup>.

A equipa multidisciplinar está atenta à filosofia dos CCF e é parte integrante desta, assim, toda a equipa está sensibilizada para a presença dos pais e para a colaboração destes. A equipa médica incentiva a comunicação com os pais e a partilha de informação de forma a encontrarem-se soluções e regimes de tratamento que se adaptem melhor a cada criança, de acordo com as suas características individuais. Em conjunto com a equipa de enfermagem, a equipa médica realiza diariamente uma reunião, denominada “Visita”, onde são discutidos todos os casos existentes no serviço, qual a evolução pretendida, qual

---

<sup>22</sup> Competência Específica E1: Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; 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 (OE, 2018).

o plano individual para cada criança e jovem, data prevista de alta, que ligações se estão a fazer com outras especialidades, que exames auxiliares de diagnóstico são necessários, quando vão acontecer, e que preocupações existem acerca de determinados casos. Nestas reuniões, a equipa de enfermagem é essencial e é chamada a intervir em cada caso, salientando as suas preocupações e advogando sempre pela parceria de cuidados tendo em vista a melhoria de saúde das crianças e jovens internados.<sup>23</sup> Algumas das preocupações inerentes a este serviço são os casos sociais, a necessidade de se substituir medicação endovenosa para oral para se evitar causar dor e sofrimento na criança internada com uma nova punção venosa, são os enfermeiros que realçam as crianças mais instáveis e, em conjunto, se encontram estratégias para se realizar um diagnóstico ou implementar uma medicação que poderá ter mais efeito, e aqui são também discutidas as relações entre pais e crianças e jovens internadas que possam estar a ser menos benéficas para o internamento e se encontram estratégias para as contornar.

Ao longo deste estágio tive a oportunidade de prestar cuidados a diferentes grupos de crianças e jovens, permitindo melhorar técnicas de comunicação adaptadas aos diferentes estádios de desenvolvimento e dar continuidade a uma aprendizagem já iniciada em outros contextos. A minha prática diária não me permite contactar e intervir com diferentes grupos etários e, neste estágio, isso foi-me mais uma vez facilitado porém, considero que a minha falta de experiência foi um fator que me obrigou a experimentar diferentes formas de abordagem, de aproximação e de brincadeira de acordo com cada criança. Aqui tive a oportunidade de prestar cuidados a crianças e jovens com diferentes tipos de patologia, em fase aguda da doença, em diferentes fases do seu desenvolvimento e fui identificando necessidades e características de cada criança em cada fase do desenvolvimento, o que me permitiu adquirir novas competências e aprendizagens em diferentes áreas, tanto na área técnica, como na humana e na relacional<sup>24</sup>.

---

<sup>23</sup> Competência Comum C: Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional (OE, 2011a).

<sup>24</sup> Competência Específica E2: Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; E2.3: Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem adequados; E2.5: Promove adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade (OE, 2018).

A utilização da brincadeira foi uma das estratégias em que consegui evoluir positivamente. Ao longo das quatro semanas de estágio, melhorei a minha abordagem tendo por base esta estratégia de intervenção e fui desenvolvendo formas diferentes de utilização do Brincar como meu aliado na comunicação com a criança, e como estratégia não farmacológica de alívio da dor durante a realização de diversos procedimentos dolorosos como as punções venosas para colheita de sangue, realização de pensos à ferida, cirúrgica ou não cirúrgica. Minimizar os *stressores* que são identificáveis durante o internamento, é primordial para que a ansiedade associada a estes seja também ela diminuída, assim, o brincar foi a estratégia utilizada para diminuir esta ansiedade, para diminuir o medo causado pelo desconhecido, recorrendo e adotando brincadeiras que a criança conhecesse de forma a promover o bem-estar, aliviando a dor, o sofrimento e o impacto do processo de hospitalização (Lopes, 2013). O brincar contribui para o desenvolvimento de um ambiente colhedor, de cuidados alegres, de tranquilidade e de confiança; aumenta o sentimento de segurança da criança e jovem face a um ambiente desconhecido; permite-lhe divertir-se, promovendo a descontração e o relaxamento; estimula a interação e o desenvolvimento de atitudes positivas em relação aos outros. A brincar é possível diminuir o *stress* e a ansiedade da separação e o afastamento que a criança sente do seu ambiente familiar e social. Durante a brincadeira a criança exterioriza a sua irritabilidade e frustração, expressa os seus sentimentos e emoções, desenvolve a sua criatividade e imaginação, manifestando os seus principais interesses e preferências. O brincar surge assim como um instrumento que permite ao enfermeiro a preparação da criança para procedimentos dolorosos e é uma estratégia que possibilita a gestão das emoções, perante uma situação emocional intensa (Hall & Reet, 200; Ferrari, Alencar, & Viana, 2012; Mitre & Gomes, 2004).

Para além do brincar, outras intervenções não farmacológicas de alívio da dor são desenvolvidas neste contexto, o recurso aos desenhos animados na televisão, ao uso de aplicações informáticas da preferência das crianças, uso de respiração diafragmática, o reforço positivo, a negociação, a distração, informação antecipada, a massagem, a aplicação de frio/calor, o posicionamento

e a imaginação guiada, são estratégias utilizadas que vão muito além do uso de fármacos para alívio da dor <sup>25</sup>.

Relativamente ao objetivo específico que delinee para o meu percurso académico: *Desenvolver processos de cuidados potenciadores da promoção da integridade cutânea do recém-nascido, criança, jovem e família em situação de saúde e doença, nas diferentes etapas do desenvolvimento e em diferentes contextos*; conclui que a falta de protocolos para orientação e intervenção direta à criança e jovem com ferida, quer seja cirúrgica ou não cirúrgica, são escassos o que não orienta os cuidados de uma forma estratégica e concisa, nem de uniformização de cuidados prestados. Existe um grupo de trabalho sobre os Cuidados à ferida que está neste momento a elaborar alguns documentos para que se possa implementar uma prática de cuidados uniformizados, porém, durante a minha permanência no serviço tive a oportunidade de observar alguns tratamentos a crianças e jovens com feridas cirúrgicas, e o protocolo de atuação era orientado pelas diretrizes dadas pela equipa médica, cirúrgica ou através da ajuda de algum elemento do grupo de trabalho de Cuidados à ferida que se encontrasse a fazer turno e que se disponibilizasse para ajudar na avaliação e tratamento da ferida. Após a pesquisa na Intranet do hospital, encontrei dois protocolos relativos à manutenção da integridade cutânea e ao cuidado à criança e jovem com ferida, são eles: *Protocolo de Abordagem da Criança Queimada* e *Protocolo de Prevenção de Queimaduras por Sensor de Oximetria de Pulso*, fazendo assim notar que existe uma preocupação com este tema e que os profissionais de saúde deste centro hospitalar têm já alguns instrumentos que podem e devem utilizar de forma a promover a integridade cutânea na Pediatria, prevenindo o aparecimento de feridas e sabendo atuar perante a sua existência.

Este campo de estágio foi, assim, uma mais valia no alargamento de horizontes e da aquisição de competências diversificadas como futura EEESIP e na elaboração deste relatório, permitindo-me ter contato com outras formas de atuação e de intervenções com as quais não lido diariamente e que me proporcionaram refletir sobre as práticas e fundamentar teoricamente estas minhas reflexões sempre com o objetivo de aquisição de novas competências.

---

<sup>25</sup> Competência Específica E2: Cuida da criança/do jovem e família nas situações de especial complexidade; E2.2 Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (OE, 2018).

### 3.5 Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

A UCIN onde realizei este último estágio é o local onde exerço funções e onde tive a possibilidade de desenvolver mais profundamente o meu Projeto de Estágio. Esta unidade tem a capacidade física de receber treze RN, no entanto, devido à falta de recursos humanos por parte da equipa de enfermagem, apenas recebe onze utentes. Todas as boxes são individuais, o que permite manter alguma privacidade nos cuidados prestados ao RN e à família e estão divididas com vidro, permitindo assim que a equipa de enfermagem consiga visualizar os RN circundantes. Cada boxe está munida de tecnologia de ponta, sendo que o espaço físico não é semelhante em todas, existem boxes com capacidade para mais aparelhos (e aqui colocam-se os RN mais instáveis e a necessitar de mais cuidados e aparelhos tecnológicos à sua volta) e todas elas permitem que se coloque um cadeirão para a realização do método canguru. O isolamento físico das boxes, permite isolar o barulho circundante da unidade e possibilita que os níveis de *stress* associados ao barulho sejam menores. Os CCF e a envolvimento dos pais nos cuidados ao seu filho internado são uma prioridade para a equipa multidisciplinar, sendo os pais parte da equipa, estes são bem-vindos a qualquer altura e a equipa de enfermagem coordena com eles a sua colaboração e envolvimento nos cuidados, promovendo os cuidados individualizados e promotores do desenvolvimento do RN.

De acordo com o RPQCEESCJ (OE, 2010 c), o EEESIP presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança e jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. Nesta unidade a parceria de cuidados é uma constante na atividade diária da unidade e os pais são englobados nos cuidados a partir do momento em que a situação clínica do RN assim o permita. Assim, a envolvimento dos pais nos cuidados em parceria com o enfermeiro, é uma forma de os iniciar nos cuidados ao RN e que permite ao enfermeiro a avaliação da situação clínica deste e ir adaptando os cuidados necessários <sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> Competência Específica 2: Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; 2.1: Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.

A adaptação à parentalidade é um processo de transição no ciclo de vida individual e familiar, salientando as características únicas de irreversibilidade (Cruz, 2013). O nascimento de um filho permite ao casal desenvolver uma nova dimensão, a de pais (Pereira, 2009) e o nascimento de um filho prematuro ou que, por uma situação de doença, seja admitido na UCIN dificulta este processo de vinculação e a transição para a parentalidade. A realização do estágio neste contexto permitiu-me refletir sobre as competências de futura EEESIP e deu-me a oportunidade de trabalhar com a família e com a criança, no sentido de adoção de comportamento potenciadores de saúde, e através da adequação das competências parentais e de transmitir orientações antecipatórias para a maximização do desenvolvimento infantil (OE, 2018). Ter estado em contexto de estágio, olhando para a unidade onde exerço funções de forma externa, permitiu-me refletir sobre as melhores práticas da UCIN e facilitou o desenvolvimento de competências comuns do EE e competências específicas do EEESIP nesta área.

A hospitalização é um momento *stressante* e que provoca desequilíbrio no sistema do cliente, tornando a família mais vulnerável, o que acrescido a um nascimento prematuro, vai aumentar os receios e preocupações devido à separação do RN, adiando a concretização e a descoberta da parentalidade. A interação entre pais e criança deve ser iniciada assim que possível, e logo na primeira visita à unidade. O simples toque no RN na primeira visita é fulcral para desmistificar o ambiente assustador e altamente tecnológico que a UCIN transmite aos pais. A equipa de enfermagem, é quem deve proporcionar aos pais a possibilidade de estarem com o seu filho, deve ajudá-los a compreender os seus comportamentos e evidenciar as suas capacidades e conquistas, deve promover o contato físico entre eles, evitando fazê-los sentir que estão em segundo plano motivando-os e incentivando-os para prestar cuidados e tomarem decisões (Roteta & Torre, 2013).

Os sentimentos experienciados pelos pais de RN internados na UCIN são descritos por diversos autores. Sentimentos como a ansiedade, *stress*, depressão e perda de controlo são referidos por Obeidat, Bond e Callister (2009), referindo ainda que estes podem ser minimizados através do apoio emocional, da partilha de informação e do envolvimento dos pais nos cuidados. Na UCIN onde exerço funções o apoio emocional é proporcionado dentro da equipa pelos Enfermeiros e também pelos Psicólogos na instituição. O apoio diferenciado é

disponibilizado sempre que as situações o exigem e especialmente nas situações de fim de vida. Wang, He e Fei (2016) identificam o medo, a culpa, a insegurança, a tristeza e a dor como sendo os sentimentos predominantes nas mães de RN admitidos numa UCIN, estes referem ainda que a ausência de informação pode provocar mais sofrimento nos pais e que estes procuram informação de forma a encontrarem dados positivos que apoiem a esperança na melhoria do estado de saúde da criança. Lamentavelmente, identifico este como sendo um dos pontos negativos da UCIN, ao longo da minha prática diária reconheço que a informação e a comunicação entre equipa multidisciplinar e família nem sempre ocorre como devia, porém, a equipa de enfermagem está sempre mais desperta para a partilha de informação com os pais, fornecendo a informação que lhe é permitido, providenciando suporte emocional aos pais, identificando necessidades que estes possam apresentar, de forma a permitir a existência de tomada de decisão consciente e informada <sup>27</sup>.

A filosofia dos CCF está presente neste serviço, bem como a filosofia dos Cuidados não Traumáticos e dos Cuidados Individualizados. A gestão e a implementação destas filosofias advêm do fato de existir uma integração dos novos elementos das equipas neste sentido, fazendo salientar a promoção da vinculação entre pais e RN, promovendo o método Canguru, fomentando a partilha de informação, ajustando os cuidados de acordo com a necessidade individual de cada RN e englobando os pais nestes cuidados. Existe também alguma preocupação na gestão, controlo e alívio da dor, bem como da promoção e manutenção da integridade cutânea através da implementação de Protocolos existentes. A interação e a convivência, da equipa de enfermagem com os pais permite construir uma relação de experiência emocional única e intensa que acarreta o envolvimento de todos os intervenientes no sentido de melhoria de cuidados e de englobar as filosofias inerentes à instituição. O cuidar do RN torna-se um processo relacional, um meio de comunicação e de expressão de sentimentos, que satisfaz o cliente e o profissional (Diogo & Rodrigues, 2012). A prestação de cuidados individualizados permite desenvolver uma identidade de

---

<sup>27</sup> Competência Específica 1: Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; E1.1 Implementa e gere em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinseção social da criança/jovem.

Competência Específica 3: Presta cuidados específicos em resposta Às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e jovem; E3.3 Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (OE, 2018).

cuidados individuais de forma a que se proporcione a expressão de emoções e estabelecimento de uma relação terapêutica (Vilelas, 2013).

A interação e a envolvimento da equipa de enfermagem com os pais dos RN internados, permite que se desenvolvam afetos e emoções que irão marcar a estadia na UCIN. A existência de um enfermeiro de referência é uma política institucional que tem vindo a crescer e a ser implementada ao longo dos últimos tempos, desta forma, o enfermeiro de referência é o elo de ligação entre a família, o RN e a equipa multidisciplinar. No decorrer do internamento é o enfermeiro de referência que está presente nas reuniões de equipa de forma a zelar pelo melhor interesse do RN e, se a família não estiver também presente, será ele que transmitirá à restante equipa as decisões tomadas pela família. Este enfermeiro será o principal apoio da família no decorrer de todo o internamento e a família poderá comunicar com ele de forma a transmitir as suas preferências e decisões, sendo que esta relação deverá ser empática e cordial e, se necessário este enfermeiro de referência poderá ser alterado de acordo com o decorrer da relação. O enfermeiro de referência é também o elo promotor da vinculação, da comunicação entre família e equipa multidisciplinar, gestor da esperança e deverá ser ele a comunicar más notícias aos pais, sempre que possível ou promover da melhor maneira o fim de vida <sup>28</sup>.

A existência na unidade de um enfermeiro de referência permite que os cuidados prestados devam existir com uma resposta diferenciada, integrada, holística e permanente sendo que devem estar adequados às necessidades, preferências, desejos e expectativas da criança e família (Brown, 2014; WHO, 2014). Esta referência é essencial na dinâmica da UCIN, através dela a comunicação é facilitada, vai-se promovendo a vinculação e a parentalidade e as dúvidas podem ir sendo colocadas de forma estruturada e a resposta irá ser dada por um profissional que conhece o caso aprofundadamente e que saberá o que é importante dizer e como o dizer, de forma a que a família compreenda. Este profissional de saúde saberá o que é importante comunicar aos pais, quando comunicar e de que forma, pois será o maior conhecedor de cada família e assim cuidará de cada caso de forma individual e de acordo com as características de cada família.

---

<sup>28</sup> Competência Comum: A2 Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; A2.1 Promove a proteção dos direitos humanos (OE, 2010 a).

Através da implementação da filosofia dos Cuidados Não Traumáticos existem várias medidas que foram implementadas como favorecedoras do Modelo de Cuidados Centrados no Desenvolvimento Neonatal, algumas dessas medidas são a promoção do método canguru (alternando entre pai e mãe, se possível), minimização do *stress* e da dor (Askin & Wilson, 2014). Durante o internamento os RN estarão sujeitos a inúmeros atos que provocam dor e que consequentemente provocam *stress*, ou que apenas provocam *stress*. Os procedimentos médicos, os cuidados diários, muitas vezes dolorosos, mas que são imprescindíveis para a compreensão do seu estado de saúde, diagnóstico e ao seu tratamento devem ser programados em equipa e devem ser organizados para que aconteçam no mesmo tempo e para que não se interrompa o sono do RN e, consequentemente, desequilibrar e interromper o seu desenvolvimento neurológico, cumprindo os requisitos do NIDCAP.

A gestão e alívio da dor, associada a procedimentos dolorosos, podem ser diminuídos se os protocolos da instituição forem colocados em prática. Assim, duas pessoas deveriam estar presentes durante estes procedimentos e uma deveria ficar responsável pelo procedimento e outra pela implementação de medidas tanto farmacológicas como não farmacológicas de alívio da dor. Para além destes dois profissionais, os pais, sempre que possível, devem ser envolvidos nestes procedimentos pois eles conhecem melhor a criança e as estratégias adequadas para lidar com ela (Batalha, 2010; Askin & Wilson, 2014; Cavaco & Marçal, 2014) e assim proporcionar os CCF como filosofia que deve estar sempre presente durante o internamento <sup>29</sup>.

O alívio e controlo da dor estará sempre associado ao cuidar do RN com lesão da pele de forma a evitar outro momento de *stress* e angústia para o RN e família. Este contexto de prática clínica proporcionou-me a realização de uma caixa (Apêndice VIII) onde se encontra todo o material de pensos necessários para cada ferida existente na UCIN, bem como iniciar um Guia de Boas Práticas à Ferida do RN pré-termo (Apêndice VII) deste material e também uma tabela de rápido acesso para a escolha do material mais adequado em cada situação (Apêndice VIII). Este Guia foi iniciado neste contexto devido à necessidade existente, a qual foi reconhecida por toda a equipa. A organização de um

---

<sup>29</sup> Competência Específica: E2 Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; E2.2 Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (OE, 2018).

documento desta natureza que incluía a tipologia das feridas e o tratamento adaptado a cada situação e a cada criança é de importância primordial. Assim, deu-se início ao documento, começando por discriminar as feridas não cirúrgicas e ao mesmo tempo criou-se um grupo de trabalho sobre feridas em neonatologia, o qual irá trabalhar no sentido de completar o documento com a restante evidência científica e fundamentação para as feridas cirúrgicas e doenças de pele.

A necessidade de se organizar este Guia surgiu da verificação, na prática, do aumento do número de feridas e na forma individual como cada enfermeiro cuidava das crianças com diferentes tipologias de feridas, não existindo assim, uma uniformização de cuidados. A construção da caixa permitiu que houvesse uma pesquisa sobre a evidência científica relacionada com material de pensos, quais são as mais valias de cada material e para que tipologia de ferida são recomendados. Aliado a esta forma prática de expor a minha pesquisa e trabalho prático, foi realizada uma Sessão de Formação em Serviço (Apêndice VI) com o intuito de dar a conhecer a toda a equipa multidisciplinar a existência da caixa, do material que esta continha e do Guia de Uso do Material. Desta forma, a caixa fica disponível e acessível a todos ficando a equipa esclarecida sobre este material, para o melhor utilizarem e assim melhorar a qualidade de cuidados prestados, no sentido dos cuidados de excelência <sup>30 31</sup>.

Neste estágio, tive a oportunidade de aprofundar e pôr em prática os objetivos iniciais que me propus desenvolver e através dos quais fui crescendo como profissional de saúde e fui adquirindo competências comuns do EE e competências específicas do EEESIP, assumindo assim o novo desafio de me tornar uma enfermeira especialista.

---

<sup>30</sup> Competência Específica: E2 Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; E2.3 Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados; E2.4 Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos de saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência (OE, 2018)

<sup>31</sup> Competência Comum: B2 Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; B2.2 Planeia programas de melhoria contínua (OE, 2010 a).

## 4. PROJETOS PARA O FUTURO

O percurso acadêmico que me propus cumprir para a aquisição e desenvolvimento de competências de EEESIP continuará no decorrer do meu trabalho diário e tenciono que o tema da manutenção da integridade cutânea do RN pré-termo seja uma preocupação constante da equipa multidisciplinar onde pertença. Após o término do curso de pós-licenciatura e mestrado em enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, pretendo estender a minha área de intervenção e de investigação no intuito de promover a integridade cutânea na área da pediatria, mais concretamente na área da neonatologia.

A lacuna existente na área de intervenção às feridas no pré-termo e a imaturidade da pele destes, aumenta com a diminuição da idade gestacional e, como tal, representa um novo desafio para a comunidade de enfermeiros a trabalharem numa UCIN (Grosvenor, 2016). Os RN internados em UCIN estão em maior risco de desenvolver lesões da pele, devido às suas características de desenvolvimento, situação de saúde e aos cuidados de saúde a que estão submetidos. Os RN pré-termo são o grupo com maior predisposição para a ocorrência de lesões da pele devido às características da sua pele, sendo que esta é essencialmente mais fina e gelatinosa e, conseqüentemente, oferece menos proteção e/ou barreira às agressões externas devido à sua prematuridade e imaturidade (Tamez, 2013). Durante a permanência do RN numa UCIN, o cuidado diário da pele deve ser orientado para a manutenção da integridade das camadas da pele para que este órgão continue a exercer a sua função de proteção (Tamez, 2013).

Diariamente, a equipa multidisciplinar da UCIN demonstra preocupação relativamente à integridade cutânea desta população, porém, a carência de conhecimento relativo às técnicas a usar, no cuidar da ferida e, a carência do conhecimento do material disponível na unidade para estes tratamentos, levou-me a querer organizar esta área e dar início ao Guia de Boas Práticas e também criar uma caixa onde se encontre o material de pensos disponível, um documento orientador para o uso de cada material e a definição de cada tipologia de ferida. Devido à falta de tempo para continuar este trabalho, futuramente e em conjunto com a colega que foi a minha orientadora do estágio, iremos

consolidar o grupo de trabalho nesta área e construir uma Grelha de Monitorização de Lesões da Pele.

Esta Grelha de Monitorização de Lesões da Pele irá permitir a avaliação da pele do RN em cada turno e, conseqüentemente, da ferida, da forma de tratamento que se está a usar, onde fica esta ferida, que tipo de ferida é, qual o seu tamanho e a condição da pele circundante. Através deste documento e deste material pretendemos uniformizar os cuidados à ferida, adaptando os novos materiais que forem surgindo e realizando alterações de forma periódica com base na evidência científica. Posteriormente a esta implementação, pretendemos realizar um estudo de investigação para compreendermos quais as feridas mais comuns na nossa unidade e qual tratamento mais apropriado para cada uma e, assim, produzir evidência científica para que outras unidades consigam cuidar das feridas dos RN pré-termo com fundamentação teórica recente e atual.

A necessidade da realização deste estudo surgiu devido à lacuna que existe em termos de evidência científica sobre feridas em RN pré-termo com a qual me deparei após a realização do Protocolo de Revisão *Scoping* na unidade curricular de Investigação e também, decorrente da análise da minha prática diária na unidade onde exerço funções.

Iniciar um projeto onde implementei algo novo e diferente na minha unidade foi extremamente desafiante e, a longo prazo, sinto que tenho muito trabalho pela frente de forma a continuar a formar a minha equipa no sentido de promover a manutenção a integridade cutânea e a promover os cuidados à ferida da população neonatal.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relatório de estágio apresentado, integrado na Unidade Curricular Estágio com Relatório, espelha o percurso formativo e as aprendizagens daí resultantes, que contribuíram para o desenvolvimento e aquisição das competências do EE e do EEESIP em diferentes contextos da prática. No percurso decorrido fui adquirindo novos conhecimentos, mobilizando a teoria e a prática de forma sistemática, no sentido de melhorar a minha prática diária e da minha formação como futura EEESIP.

A qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros advém da atualização dos seus conhecimentos, baseados na teoria, na prática e na reflexão crítica. Através do desenvolvimento deste relatório, tive a oportunidade de refletir sobre a prática, confrontando-a com a evidência científica mais recente e assim, compreender o que está a ser feito e, de que forma se pode melhorar os cuidados prestados. O RPQCEESCJ (OE, 2011), é o documento que orienta os EEESIP na prática especializada e que estimula a reflexão contínua sobre a qualidade do exercício profissional e os apoia nos processos de melhoria contínua de qualidade. Assim, o EEESIP deve estar em constante análise crítica do seu trabalho de forma a melhorar a sua prestação de cuidados tendo como principal objetivo a maximização da saúde da criança, do jovem e da família aos quais presta cuidados, adequando-os ao contexto em que se encontra.

Os contextos escolhidos para estágio viabilizaram a aquisição de conhecimentos no domínio específico de enfermagem em saúde infantil e pediatria, e permitiram desenvolver competências para a prestação de cuidados de saúde de nível avançado, que visam a promoção da saúde e prevenção da doença, aliando o melhor tratamento de forma ao estabelecimento da saúde e do bem-estar da criança, jovem e família. Concomitantemente, a revisão da melhor evidência científica permitiu aprofundar conhecimentos sobre a temática central – Promoção da Integridade Cutânea - e adquirir novos conhecimentos articulando-os com a realidade da prática de cuidados e, assim, contribuir para uma melhoria contínua da qualidade de cuidados e para a excelência do exercício profissional.

A importância atribuída à Integridade Cutânea e ao neurodesenvolvimento do RN pré-termo é resultante de um interesse pessoal e

que vai também ao encontro a um objetivo primordial do serviço onde desenvolvo funções que é o de melhorar a qualidade de cuidados ao recém-nascido e família. Assim, este relatório cumpre a necessidade de responder a este problema real da prática de cuidados, com o intuito de inovar e desenvolver as práticas de cuidados ao RN pré-termo e sua família.

O percurso decorrido ao longo destes dezoito meses não foi fácil, no entanto, olhando para trás e refletindo sobre este caminho, considero que foi gratificante quer a nível pessoal quer a nível profissional. Ao longo da especialidade fui-me deparando com diferentes práticas, tive a oportunidade de refletir sobre elas e de aprofundar competências em áreas e contextos nunca antes abordados ou vividos por mim. O desafio ao qual me propus no início deste caminho, foi sendo construído com base na necessidade de desenvolver algo inovador e essencial para a unidade onde trabalho e de acordo com as carências existentes. A confrontação com a necessidade de criar um documento de boas práticas no cuidado à ferida neonatal, foi também em consonância com a restante equipa de enfermagem e em especial com a enfermeira chefe do meu serviço e a minha orientadora. Desta forma, concluo que os objetivos que inicialmente me propus foram atingidos com sucesso e que com eles tive a oportunidade de desenvolver algo novo imprescindível para a melhoria de cuidados.

Concluir este projeto foi a concretização de um desafio pessoal e profissional que levou a desafiar-me diariamente e que reflete um esforço imenso da minha prática no sentido da melhoria da qualidade de cuidados prestados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alligood, M.R. (2014). *Nursing Theorists and their work*. (8aed.) Missouri: Elsevier Mosby.
- Altimier, L., & Phillips, R. M. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 9-22.
- Als, H. (1982). Towards a Synactive Theory of Development: Promise for the Assessment and Support of Infant Individuality. *Infant Mental Health Journal*, 3(4), 229- 243.
- Als, H., & Gilkerson, L. (1997). Apoio na Área do Desenvolvimento em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 28(2), 165-172.
- Andrade, T., Carvalho, F., Fernandes, A., & Casanova, C. (2008). Triagem de Manchester na idade pediátrica – Estudo Inter-hospitalar. *Nascer e Crescer*, 17(1), 16-20.
- Araújo, A. (2010). *Desenvolvimento motor de crianças prematuras internadas em Unidade de Neonatologia*. Dissertação de mestrado. Disponível no RCAAP.
- Askin, D. F., & Wilson, D. (2014). Recém-Nascido de Alto Risco e a Família. In Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (aut). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M. J. G. Paixão, Trad.) (9a ed.) (p. 331-411). Loures: Lusociência.
- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. (2013). Neonatal Skin Care – Evidence based clinical practice guidelines (3rd Edition). Washington, DC, USA: Autor.
- Barros, L. (1999). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Batalha, L.M.C. (2010). Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Revista de Enfermagem Referência*, (2), 73-80.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and*

*Interventions in Acute and Critical Care a thinking in action approach.* New York: Springer Publishing Company.

- Blume-Peytavi, U., Hauser, M., Stamatias, G. N., Pathirana, D., & Bartels N. G. (2011). Skin Care Practices for Newborns and Infants: Review of the Critical Evidence for Best Practices. *Pediatric Dermatology*, 29 (1), 1-14.
- Bertoncilli, N., Cuomo, G., Cattani, S., Mazzi, C., Pugliese, M., ..., & Ferrari, F. (2012). Oral feeding Competences of Healthy Preterm Infants: A Review. *International Journal of Pediatrics*, 1-5.
- Brown, T. L. (2014). Especialidades nas Intervenções de Enfermagem em Pediatria. In Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (aut). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M. J. G. Paixão, Trad.) (9a ed.) (vol 2, pp. 1061-1118). Loures: Lusociência.
- Collière, M. (2003). Cuidar... a primeira arte da vida. Loures: Lusociência.
- Conway, J., Johnson, B., Edgman-Levitan, S., Schlucter, J., Ford, D., Sodomka, P., & Simmons, L. (2006). *Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system: a roadmap for the future: a work in progress.* Bethesda, MD: Institute for Family-Centered Care.
- Coughlin, M. E. (2014). *Transformative nursing in the NICU: trauma-informed age- appropriate care.* New York: Springer Publishing Company.
- Coughlin, M. E. (2017). *Trauma – Informed Care in NICU. Evidence-based Practice Guidelines for Neonatal Clinicians.* New York, USA: Springer Publishing Company.
- Cruz, O. (2013). *Parentalidade.* Porto: Livpsic.
- De Rouck, S., & Leys, M. (2009). Information needs of parents of children admitted to a neonatal intensive care unit: A review of the literature (1990–2008). *Patient education and counselling*, 76(2), 159-173.
- Diogo, P., & Rodrigues, L. (2012). O Trabalho Emocional: Reflexão e investigação em cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 16(1), 62-71.
- Diogo, P. (2012). *Trabalho emocional com as emoções em Enfermagem Pediátrica:Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar.* Loures, Portugal: Lusociência.

- Diogo, P. (2017). Relação Terapêutica e Emoções: Envolvimento versus Distanciamento Emocional dos Enfermeiros. *Pensar Enfermagem*, 21(1), 20-30.
- Faquinello, P., Higanashi, I. H., & Marcon, S. S. (2007). O atendimento humanizado em Unidade Pediátrica: Percepção do Acompanhante da Criança Hospitalizada. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16(4).
- Ferrari, R., Alencar, G.B., & Viana, D.V. (2012). Análise das produções literárias sobre o uso do brinquedo terapêutico. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 3(2), 660-673.
- Ferreira, M., & Costa, M. G. (2004). Cuidar em Parceria: subsidio para a vinculação pais/bebé pré-termo. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/millenium30/5.pdf>
- Fernando, D. (2012). O atendimento à criança na Urgência Pediátrica. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/O%20atendimento%20%C3%A0%20crian%C3%A7a%20na> Acedido a: 8-1-2019.
- Freese, B.T. (2004). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In A. M. Tomey & M.R. Alligood. *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.
- Fox, M. (2011). Wound Care in the Neonatal Intensive Care Unit. *Neonatal Network*, 30, 291-303.
- Gardner, S. L., & Carter, B. S., Enzman-Hines, M. & Hernandez, J. A. (2011). *Marenstein & Gardner's Handbook of Neonatal Intensive Care* (Seventh Edition). St Louis, Missouri. Mosby Elsevier.
- Gasparido, C., Martinez, F., & Linhares, M. B. (2010). Cuidado ao desenvolvimento: intervenções de proteção ao desenvolvimento inicial de recém-nascidos prétermo. *Revista Paulista Pediátrica*, 28(1), 77-85.
- Gibbins, S., Hoath, S. B., 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.
- Hale, A. (2010). Neonatal Brain Injury. In Boxwell, G. (Ed). *Neonatal intensive care nursing*. (2nd ed.). New York: Routledge.
  - Hall, C., & Reet, M. (2000). Enhancing the state of play in children's nursing. *Journal of Child Health Care*, 4, 49-54.
  - Hedlund, R., & Tartaka, M. (1998). *Infant Behavioral Assessment (IBA) Training Manual*. Washington Research Institute. Acedido 15-01-2019. Disponível em: <http://www.ibaip.org/ibatm.pdf>
  - Hesbeen, W. (2000). Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva do cuidar. Loures: Lusociência.
  - Hockenberry, M. J., & Barrera, P. (2014). Perspectivas de Enfermagem Pediátrica. In Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (aut). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M. J. G. Paixão, Trad.) (9a ed.) (p. 1-20). Loures: Lusociência.
  - Hockenberry, M. J. (2014). Comunicação e Avaliação Inicial da Criança. In Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (aut). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M. J. G. Paixão, Trad.) (9a ed.) (p. 122-187). Loures: Lusociência.
  - Hospital São Francisco Xavier – Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, EPE (2012). *Manual Prático Neonatologia* (2ª Edição). Lisboa, Portugal.
  - 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.p df.](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.](http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/ anotacoes_carta_crianca_hospitalizada_2009.pdf)
  - 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&PUBLICACOE\\_Spub\\_boui=139659&PUBLICACOESmodo=2.](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=139659&PUBLICACOESmodo=2)

- Instituto Nacional de Emergência Médica. Disponível em: <https://www.inem.pt/2017/05/25/transporte-inter-hospitalar-peditrico/>
- Jacob, E. (2014). Apreciação e Gestão da Dor na Criança. In Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (aut). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M. J. G. Paixão, Trad.) (9a ed.) (p. 188-238). Loures: Lusociência.
- Jorge, A. (2004). *A Família e a hospitalização da criança: (re) pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Kenner, C., & McGrath J.M. (2004). *Developmental Care of Newborns & Infants: A Guide for Health Professionals*. USA: Mosby.
- Lago, P., Garetti, E., Merazzi, D., Pieragostini, L., Ancora, A., Pirelli, A., & Belleni, C. (2009). Guidelines for procedural pain in the newborn. *Acta Paediatrica*. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1651-2227.2009.01291.x>
- Lissauer, T., & Clayden, G. (2007). *Manual ilustrado de pediatria*. (3a Ed.). São Paulo: Elsevier Editora.
- Lopes, A. F. R. (2013). *Relatório de Estágio*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Tese de Mestrado. Lisboa.
- Maria, A.T., Cavaco, H. & Marçal, M. (2014). *Protocolo Serviço de Pediatria – HSFx*. (Novembro 2014). Analgesia no RN. Acessível no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. Lisboa, Portugal.
- Martins, C. O. A. & Curado, M. 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, 43-52.
- Mendes, M. G., & Martins, M. M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, 6, 113-121.
- McElfresh, P. B., & Merck, T. T. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença Crónica ou Incapacidade. Em M. J. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente* (pp. 897-930). Loures: Lusociência - Edições técnicas e científicas, Lda.

- McNichol, L., Lund, C., Rosen, T., & Gray, M. (2013). Medical Adhesives and Patient Safety: State of the Science. Consensual Statements for the Assessment, Preventions and Treatment of Adhesive-Related Skin Injuries. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing*, 40(4), 365-380.
- Mitre, R. M., & Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 147-154.
- Mundy, C. (2010). Assessment of Family Needs in Neonatal Intensive Care Units. *American Journal of Critical Care*, 19(2), 156-163.
- Neto, J.A.S., & Rodrigues, B.M.R.D. (2010). Tecnologia como Fundamento do Cuidar em Neonatologia. *Texto Contexto Enferm*, 19(2), 372-377.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2014). *The Neuman Systems Model*. (5<sup>th</sup> ed). Upper Saddle River, NJ: Pearson.
- Obeidat, H.M., Bond, E.A., & Callister, L.C. (2009). The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit. *The Journal of Perinatal Education*, 18(3), 23-29.
- Ordem dos Enfermeiros. Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamentos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa, Portugal: Autor
- Pereira, P. (2009). *Frutos do Amor: quando dois passam a três*. Vialonga: Coisas de Ler.

- Rodrigues, K., Leandro, A., Santos, K., Silva, T., Guilherme, F., & Santos, M. (2015). Identificação, tratamento e prevenção de feridas no neonato. *Rede de Cuidados em Saúde*, 9,(2).
- Roteta, A., & Torre, M. (2013). Experiencias de Los Padres de grandes Prematuros en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal: revision sistemática de la evidência cualitativa. *Metas Enfermagem*, 16(2), 20-25.
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (aut). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M. J. G. Paixão, Trad.) (9a ed.) (p. 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Shehab, M., Youssef, D. M., & Khalil, M. M. (2015). Prevalence of Cutaneous Skin Lesions in Neonatal Intensive Care Unit: A Single Center Study. *Journal of Clinical Neonatology*, 4(3), 169-173.
- Siegel, R., Gardner, S. L., & Dickey, L. A. (2011). Families in Crisis: Theoretical and Practical Considerations . Em S. L. Gardner, B. S. Carter, M. E. Hines, & J. A. Hernandez, *Handbook of Neonatal Intensive Care* (pp. 849-897). St Louis: Mosby.
- Silva, R. N. M. (2005). Cuidados voltados para o desenvolvimento do bebê pré-termo na UTI Neonatal. *Avanços em Perinatologia*. Rio de Janeiro: Alves Filho & Trindade, Manoel de Carvalho e José Maria de Andrade Lopes Editores.
- Silva, M. D. A. S., Collet, N., Silva, K. D. L., & Moura, F. M. D. (2010). Cotidiano da família no enfrentamento da condição crônica na infância. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(3), 359-365.
- Skene, C., Franck, L., Curtis, P., & Gerrish, K. (2012). Parental Involvement in Neonatal Comfort Care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 41(6), 786-797.
- Smith, G., Gutovich, J., Smyser, C., Pineda, R., Newham, C.,... Inder, T. (2011). Neonatal Intensive Care Unit Stress Is Associated with Brain Development in Preterm Infants. *American Neurological Association*, 70(4), 541-549.
- 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* (Quinta Edição). Rio de Janeiro, Brasil. Guanabara Koogan.
  - Tavares, P. (2011). *Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.
  - UNICEF (1989). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. NY: ONU. Disponível em: [http://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf)
  - Vilelas, J. (2013). O trabalho emocional no ato de cuidar em enfermagem: uma revisão do conceito. *Salutis Scientia – Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, 5, 41-50.
  - Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
  - Wheeler, B. J. (2014). Promoção da Saúde do Recém-Nascido e da Família. In Hockenberry M. & Wilson D. (2014). *Wong – Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª Edição) (p.240-292). Brooklin: ELSEVIER.
  - Wilson, D. (2014). Promoção da Saúde da Criança em Idade *Toddler* e da Família. In Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (aut). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M. J. G. Paixão, Trad.) (9a ed.) (p. 587-620). Loures: Lusociência.
  - World Health Organization (2008). *The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever)*. Geneve: World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/en/>.
  - World Health Organization (2015). *WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*. Geneve: World Health Organization. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183037/1/9789241508988\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183037/1/9789241508988_eng.pdf).
  - World Health Organization, March of Dimes, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health & Save the Children (2012). *Born Too Soon: The Global action report on preterm Birth*. Geneva: World Health Organization. Disponível em

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44864/1/9789241503433\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44864/1/9789241503433_eng.pdf)

f

## **APÊNDICES E ANEXOS**

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I**  
**Cronograma de Estágio**

## CRONOGRAMA

Ano Letivo	2018/2019																								
Meses	Set.	Outubro					Novembro					Dezembro				Janeiro				Fevereiro					
Dias	24 28	1 5	8 12	15 19	22 26	29 2	5 9	12 16	19 23	26 30	3 7	10 14	17 2	3 4	7 11	14 18	21 25	28 1	4 8	11 15	18 22	25 1			
<b>A</b>													<b>Férias Natal</b>												
<b>B</b>																									
<b>C</b>																									
<b>D</b>																									
<b>E</b>																									

**Legenda:**

- A- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
- B- Centro de Desenvolvimento e Reabilitação Pediátrico
- C- Serviço de Urgência Pediátrica
- D- Serviço de Internamento Pediátrico
- E- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

**APÊNDICE II**  
**Síntese Reflexiva**  
**Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados**

## **SÍNTESE REFLEXIVA**

### **Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados**

O primeiro campo de estágio decorreu numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), onde permaneci durante três semanas e onde tive a oportunidade de observar e participar na intervenção do EEESIP. A UCSP presta cuidados personalizados aos utentes, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos (Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, art.º 10º), estas têm como missão garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados à população de uma determinada área geográfica, intervindo no âmbito comunitário e respondendo às necessidades específicas e particulares desta população.

A equipa multidisciplinar da UCSP é constituída por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e administrativos. Existe um número reduzido de médicos que se disponibiliza a dar consultas de pediatria e, desta forma, muitas são as famílias seguidas por um médico de família e que referenciam as crianças e os jovens destas mesmas famílias para colegas que as observem e as seguem até à idade adulta. A UCSP possui cinco enfermeiros EEESIP e que estão alocados à Consulta de Desenvolvimento Infantil, sendo que estes dão também apoio à Sala de Vacinação e trabalham em conjunto com os restantes profissionais de saúde e com a restante equipa multidisciplinar, participando em todos os projetos que vão sendo desenvolvidos na UCSP.

O EEESIP exerce um conjunto de competências clínicas especializadas com aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, desta forma, o EEESIP é responsável por um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza diariamente e que o permite atuar em contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção (OE, 2010a). Na UCSP, o EEESIP tem a possibilidade de observar a criança e jovem num contexto mais próximo da sua realidade, na maioria das vezes, em envolvência com os seus familiares mais próximos, o que lhe possibilita diagnosticar precocemente situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança e do jovem (OE, 2010b).

Os programas que estão a ser desenvolvidos nesta UCSP vão ao encontro do que está pré-estabelecido pela Direção Geral de Saúde (DGS): Programa

Nacional de Vacinação (PNV), Programa de Planeamento em Saúde, Programa de Vigilância Epidemiológica, Programa de Prevenção do Tabagismo, Programa Nacional de Saúde Escolar, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), Programa de Promoção de Segurança Alimentar e Programa de Saúde Oral. Especificamente esta UCSP tem uma consulta direcionada aos adolescentes, a consulta APARECE, onde estes podem comparecer sem marcação e serão atendidos pela enfermeira e pela médica, anonimamente. Todas as valências da UCSP trabalham em conjunto com a equipa multidisciplinar do Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) sendo que existem reuniões semanais com os EEESIP e com os enfermeiros da equipa de Saúde Escolar, para debate dos casos mais importantes, discussão da evolução de casos existentes, obtenção de novos casos e plano para cada um destes casos.

A proximidade do EEESIP com a criança, jovem e sua família permite-lhe que seja conhecedor de informações essenciais e indispensáveis à avaliação da saúde infantil, e também da avaliação da dinâmica familiar existente. Assim, este contexto permitiu-me desenvolver técnicas de comunicação com a criança, jovem e família para compreender a estrutura familiar e suas necessidades básicas e primordiais, de forma, a colmatar algumas lacunas existentes da minha prática diária devido às características desta.

Na USCP, a equipa de Saúde Infantil trabalha no sentido do acompanhamento holístico das famílias de todas as crianças e jovens aqui inscritas. Assim, a equipa de enfermagem de Saúde Infantil trabalha diretamente com os médicos, com a equipa de Saúde Escolar e com as equipas de Psicólogos e Assistentes Sociais. Durante o meu estágio, tive a oportunidade de assistir a uma reunião com o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), com a Saúde escolar, com as Psicólogas e Assistentes Sociais, nesta reunião compreendi melhor a função do EEESIP no contexto da comunidade e do uso, em seu benefício, da proximidade com as crianças e jovens em risco. Esta reunião permitiu-me refletir e observar a implementação das competências específicas do EEESIP neste contexto mais específico e tive a oportunidade de ver como os RN referenciados pelas UCIN mantêm o seu seguimento em contexto da comunidade. Desta forma, este campo de estágio foi importante para perceber que o trabalho iniciado no hospital tem continuidade na comunidade e

que existe um esforço por parte destas equipas de manterem a acessibilidade destas crianças, jovens e famílias de risco aos cuidados de saúde de primários de forma a promoverem a adoção de comportamentos potenciadores de saúde (OE, 2010, 2).

O PNSIJ (DGS, 2013) refere que nas últimas duas décadas os ganhos para a saúde em Portugal têm vindo a aumentar desde a aplicação sistemática deste programa e com as modificações ocorridas, que surgem para dar resposta aos padrões de qualidade, o que garante e promove cuidados de saúde adequados e eficazes. As principais linhas orientadoras do PNSIJ direcionam estes cuidados como sendo antecipadores e atuarem como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença. Assim, as crianças e jovens devem atender às consultas em idades-chave, que correspondem a acontecimentos marcantes na vida do bebé, da criança ou do adolescente, tais como as etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a socialização, a alimentação e a escolaridade, e estas consultas devem estar em consonância com o esquema cronológico preconizado no PNV de forma a reduzir o número de deslocações aos serviços de saúde. O PNSIJ preconiza ainda, que qualquer deteção precoce de uma situação negativa de saúde, deve ser encaminhada de forma a que estas sejam corrigidas e se evite qualquer efeito negativo na saúde da criança ou jovem, permitindo a articulação entre estruturas, programas e projetos, dentro e fora do setor da saúde, para a promoção do bem-estar, do crescimento e do desenvolvimento das crianças e jovens.

O estágio nesta UCSP permitiu-me observar e colaborar nas Consultas de Desenvolvimento Infantil em parceria com a minha orientadora e EEESIP. De acordo com o PNSIJ, o decurso da vigilância em Saúde Infantil e Juvenil deve ocorrer com o objetivo primordial de obtenção de ganhos em saúde para a população (DGS, 2013). A consulta de Desenvolvimento Infantil permite ao EEESIP ir ao encontro aos objetivos principais do Exame de Saúde, descritos no PNSIJ, sendo estes: avaliar o crescimento e desenvolvimento e registar os dados obtidos nos suportes próprios, tal como o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil; estimular os comportamentos promotores de saúde; detetar precocemente e encaminhar situações que possam comprometer a vida ou afetar a qualidade de vida da criança e do adolescente; prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns nas várias idades; sinalizar e

proporcionar apoio continuado às crianças com doenças crónicas/deficiência e às suas famílias; identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de maus tratos e de violências; promover o desenvolvimento pessoal e social e a autodeterminação das crianças e dos jovens e apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais e promover o bem-estar familiar (DGS, 2013).

A Consulta de Desenvolvimento Infantil permitiu-me observar a interação entre o EEESIP, a criança, o jovem e a sua família. Nesta UCSP estas consultas decorrem, maioritariamente, até aos 12 anos de idade da criança, posteriormente, estas crianças e jovens são seguidas pelas Unidade de Saúde Familiares onde pertencem a família, e assim é assegurada a continuidade de cuidados e vigilância de saúde.

No decorrer deste percurso de estágio, o EEESIP alternou a sua prestação de cuidados entre a Consulta de Desenvolvimento Infantil e a sala de vacinação, desta forma, considero que o seguimento e a articulação destes dois programas estão assegurados e são uma mais valia na observação da criança e do jovem e na sua interação com a sua família. Várias foram as consultas que ocorreram no mesmo dia em que a criança ou jovem vinham para a vacinação e vice-versa, evitando-se a deslocação acrescida à unidade de saúde e conjugando-se o exame físico com a administração das vacinas. As crianças e jovens estavam sempre acompanhados pelos pais, cuidadores ou representantes legais. A USCP, estando localizada no centro de Lisboa, abrange várias instituições que acolhem crianças e jovens em risco ou com necessidades especiais, estas mantêm a sua vigilância de saúde aqui e são sempre acompanhadas por um funcionário da instituição que se encontra devidamente identificado.

As Consultas de Desenvolvimento Infantil abrangem todas as crianças dos 0 aos 17 anos e 364 dias de vida, funcionando todos os dias úteis das 8h00 às 16h00 dirigidas por dois ou mais EEESIP, de acordo com a necessidade diária, e apoiadas por vários médicos da Especialidade de Medicina Geral e Familiar, sendo que as consultas realizadas pela equipa de enfermagem são autónomas e as crianças e os pais podem dirigir-se à UCSP sempre que necessário e que considerem essencial uma avaliação de um profissional de saúde especialista, sendo que todas estas consultas e avaliações são registadas

no Boletim de Saúde e em sistema informático, *SClínico*. O sistema informático em uso, o *SClínico*, tem como base a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan modificada, estando organizado de acordo com as faixas etárias de desenvolvimento e com orientações gerias de cada idade. O contato com esta escala e com este programa informático, permitiu-me colaborar nas Consultas de Desenvolvimento Infantil e realizar a avaliação do desenvolvimento físico, psicossocial, psicomotor e cognitivo, dando instruções aos pais e ou cuidadores através de transmissão de orientações antecipatórias para a maximização do potencial de desenvolvimento da criança e do jovem.

Durante estas consultas é notório uma preocupação transversal a todos os pais ou cuidadores relativamente ao peso da criança e do jovem. Através da avaliação antropométrica da criança e do jovem é possível orientar a família para uma nutrição adequada e adaptada às diferentes idades e necessidades individuais e, assim, promover comportamentos alimentares equilibrados (DGS, 2013). A promoção do aleitamento materno foi uma realidade à qual eu assisti, tendo em conta a afluência de lactentes à UCSP e ao facto de, tanto eu como a EEESIP possuímos um *background* em Neonatologia, permitiu-nos fazer várias avaliações de reflexos em recém-nascidos (RN) que vinham com a mãe à consulta e que estas tinham dúvidas relativas ao horário das mamadas, à duração e à avaliação da satisfação do RN após a amamentação. Por outro lado, a afluência de crianças em idade escolar permitiu-me também desenvolver capacidades de comunicação e de interação com faixas etárias diferentes e com diversas necessidades e, através deste contato, tive a oportunidade de ficar mais alerta para determinados desvios de padrões de desenvolvimento e reconhecer antecipadamente sinais de atrasos de desenvolvimento e encaminha-los sempre que necessário. Considero porém, que a família é a principal detentora de informação essencial para o despiste de situações consideradas importantes e que requerem um estudo aprofundado por profissionais de saúde, assim, o EEESIP deve trabalhar em parceria com a criança e família/pessoa significativa, para promover o mais elevado estado de saúde possível, prestando cuidados à criança saudável ou doente e deve proporcionar educação para a saúde assim como identificar e mobilizar recursos de suporte à família/pessoa significativa (OE, 2010).

Os principais contributos deste estágio foram no sentido de aprofundamento do conhecimento da avaliação do desenvolvimento da criança e jovem e da aquisição de competências específicas de avaliação da família e das suas necessidades. Por outro lado, tive a oportunidade de desenvolver competências de comunicação com crianças e jovens de diferentes faixas etárias, desenvolvendo assim técnicas que me permitiram interagir com esta população e ser capaz de dirigir uma consulta de desenvolvimento.

Embora pouco direcionado para o tema do meu projeto final, a aquisição de novas competências, as quais não contato diariamente no meu local de trabalho, foram uma mais valia para uma reflexão final do curso de mestrado e para o meu desenvolvimento profissional como futura EEESIP.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier, L., & Phillips, R. M. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core MEasures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 9-22.
- Fox, M. (2011). Wound Care in the Neonatal Intensive Care Unit. *Neonatal Network*, 30, 291-303.
- Ordem do Enfermeiros. Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf)

**APÊNDICE III**  
**Síntese Reflexiva**  
**Serviço de Reabilitação Pediátrica e Desenvolvimento**

## SÍNTESE REFLEXIVA

### Centro de Desenvolvimento e Reabilitação Pediátrico

O estágio no Centro de Desenvolvimento e Reabilitação Pediátrico (CDRP) decorreu durante três semanas e aqui encontram-se internadas crianças e jovens até aos 18 anos com patologias neurológicas, osteoarticulares, medulares e outras patologias que necessitem de intervenção e de reabilitação.

De acordo com a missão estabelecida pelo centro onde se encontra este serviço, este centro pretende promover a máxima funcionalidade e potenciar as capacidades de cada um, reabilitando os indivíduos portadores de deficiência de predomínio físico, motor ou multideficiência congénita e adquirida. Através do internamento, estas crianças e jovens são acompanhadas por uma equipa multidisciplinar de médicos, enfermeiros generalistas, enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação e EEESIP, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, terapeutas da fala, psicólogos e educadores. Cada criança internada é sujeita a uma avaliação inicial e é implementado um plano de cuidados de acordo com o objetivo individual de cada um. O plano de cuidados é elaborado pela equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, pelas equipas de terapeutas ocupacionais, da fala e fisioterapeutas e é revisto regularmente, de acordo com a evolução de cada criança, e ajustado conforme as suas necessidades.

As crianças e jovens internados neste serviço possuem um plano de cuidados individualizado (“Plano de atividades”), que articula horas de terapia, com atividades escolares e com atividades de lazer. Para além do plano de recuperação físico, estes mantêm aulas, pois todas as crianças e todos os jovens devem frequentar uma escola que promova a saúde e o bem-estar (DGS, 2014).

O piso onde se encontra o CDRP possui cinco enfermarias, um refeitório, uma sala de atividades, uma sala de aula, duas salas para terapias e consultórios para a terapia da fala e para a psicologia, respetivamente. Este piso encontra-se em fase de remodelações e todas as valências, apesar de serem no mesmo piso, ficam bastante afastadas fisicamente do serviço de internamento, o que pode ser visto como um obstáculo e um pouco desmotivante para certas crianças em recuperação. O enfermeiro tinha aqui um papel importante de motivação da criança e do jovem de forma a que este obstáculo fosse ultrapassado e fosse

visto como um desafio que iria ser superado ao longo do internamento. Uma adolescente internada, aquando da aproximação da data da alta, referiu que aquele corredor inicialmente era aterrador e que como todos os enfermeiros a motivavam a caminhar em vez de usar a cadeira de rodas, naquele momento o tamanho do corredor já não era um assunto problemático mas sim um objetivo alcançado.

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, os acidentes são uma causa importante de morte e de incapacidade temporária e permanente em crianças e jovens, existindo um elevado número de crianças com deficiência ou risco de atraso de desenvolvimento, necessitando de intervenção precoce e da implementação dos Centros de Desenvolvimento (OE, 2011c). Este documento salienta a importância de a família ser parte integrante da criança e do jovem e, desta forma, o EEESIP intervir com a criança, jovem e família no sentido de promover a maximização da saúde, crescimento e desenvolvimento infantil, evidenciando os Cuidados Centrados na Família (CCF).

No CDRP a parceria de cuidados é trabalhada diariamente e sempre que possível, sendo que a capacitação dos pais e cuidadores para a prestação de cuidados, o mais independente possível, é um dos principais objetivos de todos os planos de cuidados. No entanto, a parceria de cuidados e os CCF são fundamentais para a prestação de cuidados em pediatria, esta relação é sustentada, essencialmente, por valores e crenças de que a família, e sobretudo os pais, são os melhores prestadores de cuidados das crianças, respeitando e valorizando a sua experiência nos cuidados dos filhos bem como o seu contributo na prestação desses cuidados (OE, 2011).

A capacitação da família inicia-se no primeiro dia do internamento, uma vez que esta é chamada a colaborar na elaboração do plano de cuidados da criança em parceria com a equipa multidisciplinar. Através desta parceria, os profissionais pretendem entender as maiores dificuldades da criança e do jovem, quer em termos físicos como cognitivos, e trabalhar de forma a promover a máxima funcionalidade destas. Em articulação com a equipa de enfermagem, e sendo esta uma equipa constituída por diferentes elementos com diferentes especialidades, todos partilham um conjunto de competências comuns,

aplicáveis em todos os contextos de prestação cuidados de saúde (OE, 2011 a) com o objetivo principal da maximização e da melhoria dos cuidados de saúde.

A família é sempre parte integrante dos cuidados do EEESIP, e no CDRP não é exceção. Os pais ou cuidadores podem ficar junto da criança ou do jovem durante todo o internamento, e estas apenas ficam afastados deles durante as terapias, as atividades escolares ou de lazer. Aos pais é pedido que se integrem o máximo possível nas rotinas do serviço de forma a participarem e a envolverem-se nestas, para que compreendam os objetivos das intervenções de enfermagem e dos terapeutas e para que, no momento da alta, estejam o mais autónomos possível. “Considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar do EEESIP, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime da parentalidade” (OE, 2011, p. 3).

Aliado à parceria com a família ou cuidadores existe a parceria com a escola e que vai ao encontro aos Planos e Metas Curriculares do Ensino, para cada ano escolar e que estão de acordo com as competências individuais de cada criança. As crianças e os jovens internados mantêm atividades letivas com professores designados pelo Ministério da Educação, e os quais cumprem os conteúdos programáticos estipulados. Desta forma, e uma vez que os internamentos destas crianças e jovens são sempre prolongados e sem uma data de alta prevista, estas devem manter-se o mais atualizadas possível no que diz respeito aos programas escolares do seu ano letivo. Por outro lado, e após a alta, a escola deve também ser alertada para a existência destas crianças e para a necessidade que existiu do internamento e, assim, articular-se com esta qual o desenvolvimento cognitivo da criança no momento da alta.

O Plano Nacional de Saúde Escolar (DGS, 2014), diz que deve existir uma parceria entre a Saúde e a Educação numa perspetiva multidisciplinar e intersectorial, para que exista uma abordagem holística da saúde na escola, que fomente a capacitação da comunidade educativa, a saúde, a segurança, a sustentabilidade ambiental e a inclusão de crianças e jovens. O EEESIP é o elemento chave da comunicação entre a instituição hospitalar e a comunidade escolar de forma a que a segunda seja informada das limitações das crianças e jovens com necessidades especiais e para que permitam a inclusão e, assim,

exista a identificação e a remoção de barreiras físicas, sociais, de autonomia, socioeconómicas, de aprendizagem, de atitudes, de comunicação e de relacionamento interpessoal.

O EEESIP deste internamento é responsável por englobar as atividades diárias das crianças dentro do seu desenvolvimento infantil e de acordo com as competências cognitivas de cada uma, assim, é também da sua responsabilidade informar a comunidade das características de cada criança no momento da alta, e com ela desenvolver forma de integrar estas crianças e jovens de acordo com o elegível através do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). Através deste programa é possível sinalizar crianças com fatores de risco e, numa perspetiva centrada na família, solicitar o apoio multidisciplinar definindo um programa individual de vigilância e promoção da saúde e que facilite o desenvolvimento de capacidades e potencialidades (DGS, 2013).

Para além dos programas de saúde e escolares anteriormente enumerados, todas as crianças e jovens internados no CDRP cumprem também o Programa Nacional de Vacinação (PNV) em vigor, sendo que cada uma destas crianças têm um enfermeiro responsável que verifica o seu boletim de vacinas e orienta o cumprimento destas.

Durante estas três semanas realizei a consulta dos diversos processos das crianças e dos jovens admitidos no SRPD, verificando que as crianças aqui internadas têm diversos antecedentes: acidentes, doenças do foro neurológico, deficiências congénitas e multideficiências do foro físico, algumas delas associadas a sequelas da prematuridade. A consulta e análise dos processos, permitiu-me refletir sobre as consequências da prematuridade e como estas se podem exprimir física e cognitivamente. Por vezes, no meu trabalho diário com RN prematuros e suas famílias, é muito difícil transmitir aos pais que as consequências da prematuridade não terminam quando eles têm alta da UCIN e que irão permanecer com eles durante toda a vida, sendo estas crianças mais suscetíveis para certos problemas de saúde e psicológicos. A ausência de comunicação entre os pais e a equipa multidisciplinar leva a que estes problemas sejam enfrentados com mais insegurança e o medo do desconhecido leva estes pais a serem resilientes face às dificuldades encontradas no caminho dos seus filhos antigos prematuros. A ausência de conhecimento e informação

relativamente às sequelas da prematuridade afastam-me, também a mim, de comunicar com estes pais na UCIN de uma forma mais aberta e sincera, porém, após este estágio e o contato com este serviço considero que as minhas competências de comunicação como futura EEESIP irão melhorar no sentido de conseguir transmitir mais informação sobre o desconhecido.

A colaboração na prestação de cuidados à criança, jovem e família nos diferentes estádios de desenvolvimento no CDRP foi um desafio diário à aplicação das competências do EEESIP e à compreensão da aplicação destas neste contexto. A avaliação do crescimento e desenvolvimento destas crianças e jovens é particular e deve ser orientada de forma individual e adaptada às características físicas e cognitivas de cada criança, jovem e família de forma a que se atinja a máxima independência e se potencialize cada individualidade. Neste contexto, a potencialização de cada indivíduo orienta os planos de cuidados e desta forma, os enfermeiros têm a responsabilidade de promover e de realizar as atividades de vida diária que irão desenvolver novas competências adaptativas ou melhorar as já existentes.

O contato direto com crianças e jovens com necessidades especiais levou-me a reconhecer características importantes no EEESIP na forma como organiza o seu discurso; na forma como organiza o seu plano de cuidados; como interage com cada criança e jovem de forma individual e personalizada; na maneira como assiste cada criança, jovem e família para a promoção da maximização da sua saúde; na forma como desenvolve conhecimentos e competências específicas em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança e do jovem, adaptadas às características individuais de cada um e na forma como presta cuidados com o objetivo da melhoria contínua da qualidade e da gestão dos cuidados (OE, 2011; OE, 2018).

A prestação dos cuidados à pele das crianças e jovens internados foi um dos objetivos que não foi alcançado, pois não existiam feridas naquele momento. A manutenção da integridade cutânea é uma prática promotora da saúde, não existindo feridas promove-se a qualidade de vida durante o internamento e a melhoria dos cuidados prestados. No entanto, o centro onde se encontra inserido o CDRP possui um documento em uso para avaliação das feridas, que está orientado para a avaliação das lesões por pressão, sendo estas conhecidas por Úlceras por Pressão. Porém, este documento é utilizado como veículo para

avaliação de qualquer ferida nos serviços deste centro. A especificidade deste documento não lhe retira qualidade, assim sendo, todos os processos têm esta escala de avaliação e este vai sendo utilizado na avaliação diária da pele das crianças e jovens internados de forma a que se compreenda a evolução do estado da superfície cutânea ou da ferida, se esta existir.

A prática diária da promoção e manutenção da integridade cutânea é uma intervenção autónoma do enfermeiro, este deve mobilizar conhecimentos e técnicas próprias para avaliar as condições da pele e promover os ganhos em saúde. Este campo de estágio permitiu-me compreender que o EEESIP é um dos veículos essenciais para esta promoção, que traz qualidade de vida a cada criança, jovem e família.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Altimier, L., & Phillips, R. M. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core MEasures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 9-22.
- Direção-Geral de Saúde (2014). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2014*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Fox, M. (2011). Wound Care in the Neonatal Intensive Care Unit. *Neonatal Network*, 30, 291-303.
- Ordem dos Enfermeiros. Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros (2010) - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- Rodrigues, K., Leandro, A., Santos, K., Silva, T., Guilherme, F., & Santos, M. (2015). Identificação, tratamento e prevenção de feridas no neonato. *Rede de Cuidados em Saúde*, 9, (2).

**APÊNDICE IV**  
**Jornal de Aprendizagem**



**ESCOLA SUPERIOR DE  
ENFERMAGEM DE LISBOA**

**9º Curso Pós – Licenciatura e Mestrado em  
Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem  
de Saúde Infantil e Pediatria**

**JORNAL DE APRENDIZAGEM**

Serviço de Urgência Pediátrica  
Serviço de Internamento de Pediatria

**Discente:** Patrícia Teixeira Lopes n.º 929

**Docente:** Prof.ª Maria Alice Curado

Janeiro 2019

Neste Jornal de Aprendizagem irei refletir e interpretar as experiências vividas no Serviço de Internamento de Pediatria (SIP) e no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP). A junção destes dois contextos para esta reflexão surgiu da realização de atividades similares e desta forma a oportunidade do desenvolvimento das mesmas competências específicas do EE e do EEESIP.

A atuação e cuidado à criança e jovem com lesão cutânea em contexto hospitalar nas suas diferentes etapas do desenvolvimento, é uma experiência traumática para estas, o EEESIP tem aqui a oportunidade de promover competências do alívio da dor, da interpretação da ferida e do cuidado a esta, de forma a atuar de acordo com o seu conhecimento e competências. Ao longo destes dois percursos de estágio observei diferentes formas de atuação perante o cuidado à ferida e proponho-me realizar uma reflexão crítica tendo em conta os fundamentos da enfermagem pediátrica e os padrões de qualidade dos cuidados especializados.

No SUP onde estive três semanas de estágio, assisti a duas situações diferentes no que ao cuidado à criança e jovem com lesão da pele. Uma criança de 8 anos deu entrada no SUP por ter batido contra um baloiço na escola e ter uma ferida na região frontal da cabeça, que estava aberta e sangrante. À chegada à triagem a enfermeira teve a oportunidade de realizar a primeira avaliação do estado de consciência desta criança e da avaliação geral de saúde. Esta era uma criança saudável, com bom aproveitamento escolar, bom desenvolvimento físico e cognitivo e que sendo uma criança muito ativa e com mais irmãos em casa, não era a primeira vez que vinha ao SUP com uma ferida do mesmo género, desta forma, já estava familiarizado com o circuito e com o processo do tratamento à ferida. Esta criança foi cuidada pela equipa médica de cirurgia plástica e com o apoio de uma EEESIP que ajudou na aplicação de cola e na realização do penso e no alívio e controlo da dor. Esta criança encontrava-se bem-disposta, colaborante, foi-lhe proposto o uso do protóxido de azoto (Livopam®) que esta recusou por dizer não ter dor, e uma vez que apenas foi aplicada cola e realizado o penso, a criança que esteve sempre com a mãe a acompanhar, colaborou e manteve a boa disposição ao longo do procedimento.

Outra situação que tive a oportunidade de presenciar foi uma situação bastante semelhante, sendo que era uma criança de 7 anos que tinha batido com a cabeça, no recreio da escola e que veio ao SUP para ser avaliada. A ferida esta também sangrante, aberta e era na região occipital esquerda. À chegada à triagem esta criança vinha a chorar, com facis de dor, a avaliação física e cognitiva do seu desenvolvimento era normal, e esta era a primeira vez desta criança nesta situação num SUP, desta forma, encontrava-se assustada e com receio e com desconfiança de todos os profissionais. Mais uma vez foi chamada a equipa médica de cirurgia plástica, que avaliou a criança e a ferida, sendo que esta era mais profunda e necessitava de ser suturada. Foi então explicado à criança e à mãe o que iria acontecer e quais eram as opções disponíveis para o alívio da dor durante o procedimento. Nesta situação, foi o enfermeiro especialista que explicou todo o procedimento à criança, traduzindo tudo para uma linguagem clara e de fácil compreensão, explicando que existia um gás que era aplicado com uma máscara e que ele apenas tinha de respirar e que ao fim de três minutos fazia efeito e só depois disso a médica iniciaria o seu procedimento. Após algum tempo onde se esclareceram dúvidas e se mostrou materiais, a criança aceitou a técnica e o uso de protóxido de azoto e o procedimento foi realizado.

No internamento de pediatria as feridas mais frequentes eram as feridas cirúrgicas e os pensos a estas eram realizados de acordo com a avaliação do enfermeiro responsável pela criança ou segundo orientações específicas da equipa médica de cirurgia. O hospital onde realizei o meu estágio de internamento de pediatria forma os enfermeiros para que usem todas as medidas farmacológicas ou não farmacológicas de alívio e controlo da dor. Este serviço tem duas salas de tratamento e cada uma tem uma televisão, balas de protóxido de azoto, brinquedos disponíveis, maca e cadeiras para os pais. Uma das crianças que necessitou de realizar penso após cirurgia, foi-lhe comunicado e explicado todo o procedimento no quarto, posteriormente foi-lhe mostrada a sala de tratamento e após reflexão da criança e do esclarecimento de dúvidas, esta dirigiu-se à sala para ser efetuado o penso sob o efeito do protóxido de azoto, que decorreu sem intercorrências e a criança de 9 anos não sentiu dor durante o procedimento.

O EEESIP trabalha em parceria com a criança e família, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa...) para promover o mais elevado estado de saúde possível (OE, 2018), desta forma, é o responsável direto por identificar necessidades decorrentes do estado de saúde de cada criança, jovem e família. Nos casos descritos, e do que me foi possível observar ao longo dos dois diferentes contextos, o enfermeiro especialista era o elemento chave para que os procedimentos dolorosos fossem realizados sob efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas do controlo e alívio da dor minimizando o impacto destes procedimentos. Porém, é importante questionar se todos os enfermeiros que prestam cuidados a crianças e jovens nestas condições identificam estas mesmas necessidades e se, quando confrontados com a necessidade de uso de formas de alívio da dor as usam da melhor forma e em seu favor e em prol da criança e do jovem.

Identificar a dor como sendo dor aguda, dor crónica ou recorrente é essencial para que se possa atuar de acordo com a tipologia da dor. Sendo este projeto orientado para a ferida, irei focar-me na dor aguda que está relacionada com tratamentos médicos, procedimentos cirúrgicos, lesões, infeções ou agravamento da doença (Jacob, 2014) e qual o impacto que estes momentos stressantes podem ter no decorrer do internamento e no desenvolvimento das crianças e jovens.

Nas situações descritas, foi importante a colaboração dos pais, de forma a que através da partilha de informação sobre procedimentos e recursos disponíveis, se dotassem os pais de conhecimentos relativos aos procedimentos, promovendo e reforçando as suas competências parentais através da transmissão de orientações antecipatórias relativas às estratégias a implementar e de que forma poderiam participar e estar envolvidos durante o procedimento. O envolvimento dos pais na prática dos cuidados à criança, coloca a sua tónica no desenvolvimento do processo de parceria com os mesmos, a qual requer uma interação integral com a família, de forma a proporcionar as condições favorecedoras de um desenvolvimento global da criança e um processo de parceria que requer participação ativa e acordo de todos os parceiros na procura de objetivos comuns (Mendes & Martins, 2012).

A hospitalização vem alterar a rotina da criança e da família internada, sendo uma fonte de *stress* e ansiedade para a maioria destas díades (Barros, 1999). Durante o internamento ou durante a estadia no SUP, os CCF devem estar presentes e devem ser orientadores para a prestação de cuidados de enfermagem holísticos. A criança e família devem receber informação, apoio psicossocial, estar num ambiente adequado e terem a oportunidade de se exprimirem tendo em conta a sua idade e o estágio do seu desenvolvimento (Lissauer & Clayden, 2007).

Por outro lado, o enfermeiro cuidador deve estabelecer uma boa comunicação com a criança, jovem e família e este deve ser favorecido ao longo da permanência num serviço de internamento ou no SUP. O primeiro contato no SUP é realizado na triagem, aqui o enfermeiro tem a primeira oportunidade de promover a confiança na equipa multidisciplinar, de dar oportunidade à criança, jovem e família de expressarem os seus receios e preocupações, de forma a estabelecerem uma relação de confiança, colaboração e partilha (Fernando, 2012). No serviço de internamento de pediatria, a admissão e o acolhimento ao serviço promovem a comunicação entre a criança e família e são o ponto inicial para uma relação de confiança que se irá estabelecer entre eles, ou que se pretende que se estabeleça. Diogo (2017), diz que a proximidade na relação enfermeiro-cliente permite conhecer o cliente e as suas necessidades, promovendo a humanização de cuidados. O envolvimento afetivo entre os enfermeiros e a criança, jovem e familiares, cujos benefícios é a qualidade da relação (enquanto cuidado) decorrentes da proximidade e de uma melhor compreensão que, por sua vez, vai contribuir para desenvolver a própria relação (Diogo, 2006, citado por Diogo, 2012). Esta relação que se estabelece vai beneficiar e facilitar a permanência da criança, tanto no internamento como na ida ao SUP.

O envolvimento das famílias ou dos cuidadores durante a hospitalização ou durante a permanência no SUP é fundamental em pediatria. Os CCF são o pilar essencial para a melhoria contínua da prestação dos cuidados de saúde em pediatria e o EEESIP deve ser o precursor para fornecer orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da

criança e do jovem (OE, 2018). Assim, o envolvimento dos pais e dos cuidadores, contribui para promover o envolvimento destes nos cuidados, proporcionando momentos de partilha, de aprendizagem e de conhecimentos favorecendo, assim, a efetividade dos CCF.

Porém, a individualidade da criança e do jovem deve ser tida em consideração e o enfermeiro generalista ou especialistas deve estar alerta para a individualidade de cada um. Tendo em consideração os diferentes casos expostos anteriormente, cada criança experienciou a dor e os cuidados à ferida de forma diferente e com perspetivas diferentes, em dois contextos diferentes. Vários podem ser os fatores a considerar quando se reflete sobre a atitude de cada criança e jovem perante uma situação de *stress*, a idade, o seu desenvolvimento, a sua personalidade e as experiências anteriormente vividas devem ser tidas em conta na abordagem de cada um. Segundo o RPQCEESCJ (OE, 2011c), na prática de cuidados, os enfermeiros especialistas necessitam de focalizar a sua intervenção na interdependência criança/jovem/família e ambiente, considerando os fatores protetores e *stressores* associados às suas vivências.

As vivências experienciadas por cada criança e jovem, são da responsabilidade de cada enfermeiro que a pratica, assim sendo, torna-se primordial que a comunicação e a relação entre enfermeiro-cliente sejam efetivas, com o intuito de implementar intervenções a nível do envolvimento parental, da negociação dos cuidados e nos cuidados em parceria (OE, 2011). Torna-se, então, evidente que o EEESIP deve possuir competências para comunicar com a família e criança, tendo em conta o seu estágio de desenvolvimento e a sua cultura (OE, 2018).

O EEESIP é, em ambos os contextos, maioritariamente o responsável de turno, o responsável pela gestão da equipa, supervisão de cuidados e/ou delegação dos mesmos, garantindo a segurança e a qualidade. Desta forma, deve usar as suas competências específicas na gestão de cuidados, na priorização dos mesmos e na implementação de intervenções aos problemas identificados e prevenindo focos de instabilidade e complicações para a saúde da criança. Nos dois contextos de estágio, era o EEESIP que geria a equipa e desta forma atribuía os enfermeiros de acordo com as necessidades, mas era

também ele que identificava as dificuldades do serviço e mobilizava os seus conhecimentos e a sua equipa de forma a dar respostas a estas necessidades.

A experiência e o julgamento crítico de cada enfermeiro especialista permitem-lhes antecipar dificuldades e reconhecer a complexidade da situação do cliente e as modificações que vão ocorrendo como resposta às diversas intervenções implementadas, adaptando-as às suas necessidades (Benner, Kyriakidis & Stannard, 2011). A necessidade de cuidar da criança com ferida, com foco no alívio e prevenção da dor sentida durante o procedimento, é essencial nesta reflexão, e considero que os EEESIP com quem me cruzei no percurso desta cadeira eram essenciais à promoção do alívio e do controlo da dor e eram os organizadores de grupos que formavam a equipa multidisciplinar neste sentido. Várias foram as vezes em que me deparei com a equipa médica a solicitar a ajuda destes enfermeiros especialistas no controlo da dor porque necessitavam de efetuar um procedimento invasivo ou não invasivo a uma criança e jovem e, sabendo de antemão que estes procedimentos poderiam ser causadores de dor ou de *stress*, trabalhavam em conjunto com a equipa de enfermagem para prestarem cuidados não traumáticos.

A promoção e a manutenção da integridade cutânea é uma intervenção autónoma de enfermagem, este deve mobilizar conhecimentos e técnicas para avaliara as condições da pele e identificar fatores de risco para estas lesões. Em conjunto com a equipa multidisciplinar o EEESIP é responsável por proporcionar um ambiente que promova a integridade cutânea e a manutenção desta. Fox (2011), identifica duas tipologias de feridas: as feridas cirúrgicas e as não cirúrgicas, sendo que estas últimas podem ser resultantes de causas térmicas, infeções, mecânicas ou químicas. Nos casos apresentados, uma das feridas era cirúrgica e as outras duas eram feridas causadas por lesões mecânicas que nestes dois casos foi o trauma.

Após a identificação da ferida o enfermeiro deve ter algumas considerações antes de iniciar o tratamento. Os pensos realizados devem ter em conta a proteção cutânea e o uso de coberturas ideais que devem ser capazes de garantir: cicatrização e a formação de uma barreira física de proteção entre o meio externo e a lesão (Rodrigues, et al., 2015). Cada tratamento selecionado deve considerar cada ferida e as recomendações de cada material, desta forma, para a ferida cirúrgica foi tido em conta as indicações do cirurgião. O enfermeiro

especialista é dotado de competências que lhe permitem diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança e do jovem (OE, 2010). Neste caso específico a ferida foi considerada a doença das crianças e o EEESIP foi capaz de mobilizar as competências necessárias de forma a intervir na promoção da integridade cutânea e no alívio e controlo da dor.

Os dois percursos de estágio foram realizados em dois centros hospitalares diferentes, desta forma, seria de esperar algumas diferenças no que diz respeito à prática do cuidado à criança com ferida e à manutenção da integridade cutânea. Porém, nos dois centros hospitalares é sentida a falta de protocolos que permitam ao enfermeiro intervir atempadamente na ferida sem antes esta ser avaliada pela equipa médica de cirurgia ou plástica, adiando os cuidados que podem ser prestados à criança ou jovem com lesão da pele. No entanto, a equipa de enfermagem vai ganhando autonomia à medida que se vai iniciando a formulação de protocolos. Verifiquei que nos dois contextos, existem já grupos de trabalho formados e que se encontram a elaborar normas de procedimentos e protocolos para a atuação na ferida não cirúrgica, desta forma, pretendem conseguir iniciar a intervenção à criança e jovem com ferida até a equipa médica avaliar e não sendo necessário esperar para realizar a limpeza e proteção da ferida de forma a diminuir a infeção que esta pode vir a ter.

O percurso académico ao longo destes dois contextos permitiu-me refletir e observar de mais perto a atuação do EEESIP no cuidado direto à criança e jovem com ferida e na manutenção da integridade cutânea. A intervenção e presença do enfermeiro especialista permite a facilitação da intervenção à criança e jovem com ferida de forma a que as necessidades da criança, do jovem e família sejam tidas em consideração durante todo o procedimento. Após a conclusão destes estágios senti que a enfermagem trabalha conjuntamente com a restante equipa de forma a promover uma melhor estadia da criança, jovem e família durante a hospitalização e o seu trabalho diário é no sentido da melhoria dos cuidados de saúde prestados em pediatria.

## Referências Bibliográficas:

- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care a thinking in action approach*. New York: Springer Publishing Company.
- Diogo, P. (2012). *Trabalho emocional com as emoções em Enfermagem Pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Diogo, P. (2017). Relação Terapêutica e Emoções: Envolvimento versus Distanciamento Emocional dos Enfermeiros. *Pensar Enfermagem*, 21(1), 20-30.
- Fox, M. (2011). Wound Care in the Neonatal Intensive Care Unit. *Neonatal Network*, 30, 291-303.
- Jacob, E. (2014). Apreciação e Gestão da Dor na Criança. In Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (aut). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M. J. G. Paixão, Trad.) (9a ed.) (vol 2, pp. 1025-1060). Loures: Lusociência.
- Lissauer, T., & Clayden, G. (2007). *Manual ilustrado de pediatria*. (3a Ed.). São Paulo: Elsevier Editora.
- Mendes, M. G., & Martins, M. M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, Série, 6, 113-121.
- Ordem dos Enfermeiros (2010) - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- Rodrigues, K., Leandro, A., Santos, K., Silva, T., Guilherme, F., & Santos, M. (2015). Identificação, tratamento e prevenção de feridas no neonato. *Rede de Cuidados em Saúde*, 9, (2).
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (aut). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M. J. G. Paixão, Trad.) (9a ed.) (vol 2, pp. 1025-1060). Loures: Lusociência.

**APÊNDICE V**  
**Síntese Reflexiva**  
**Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**

## SÍNTESE REFLEXIVA

### Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

A UCIN onde realizei este último estágio é o local onde exerço funções e onde tive a possibilidade de desenvolver mais profundamente o meu Projeto de Estágio, durante um período de cinco semanas consecutivas. Esta unidade tem a capacidade física de receber treze RN, no entanto, e devido à falta de recursos humanos por parte da equipa de enfermagem, apenas têm capacidade neste momento para receber onze utentes. As unidades são individualizadas, mas separadas por uma estrutura envidraçada que, por um lado permite alguma privacidade e por outro facilita a observação por parte da equipa da unidade. Cada boxe está munida de tecnologia de ponta, porém o espaço físico não é semelhante em todas as unidades, e assim existem boxes com capacidade para mais aparelhos (e aqui colocam-se os RN mais instáveis e a necessitar de cuidados mais complexos) e todas elas permitem que se coloque um cadeirão para a realização do método canguru. O isolamento físico das boxes, permite separar o barulho circundante da unidade e possibilita que os níveis de *stress* associados ao barulho sejam menores. Os CCF e a envolvência dos pais nos cuidados ao seu filho internado são uma prioridade para a equipa, sendo que os pais não são considerados visitas, são bem-vindos a qualquer altura e a equipa de enfermagem tenta sempre coordenar com eles a sua colaboração e envolvência nos cuidados, promovendo os cuidados individualizados e promotores do desenvolvimento do RN.

Esta UCIN está dividida em dois espaços físicos diferenciados, sendo a parte onde estagiei a parte dos cuidados intensivos e existindo outra parte onde se encontram os cuidados intermédios e o berçário. A existência destes dois espaços físicos distintos promove a excelência dos cuidados prestados de forma especializada em cada área. Nos cuidados intensivos temos capacidade para realizar todo o tipo de intervenções de nível um, à exceção de Suporte Respiratório Extra-Corporal (ECMO) ou intervenções cirúrgicas, sendo que, existindo necessidade destes cuidados, os RN são encaminhados para os hospitais de referência para continuidade de cuidados. Sendo esta unidade uma unidade de um hospital de referência e central, durante os primeiros quinze dias

de cada mês alguns elementos da equipa de enfermagem e médica fazem turnos no Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP), pertencente ao INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica). Este serviço é um serviço especializado no transporte de recém-nascidos e de doentes pediátricos em estado crítico, estando equipadas com material necessário para a estabilização e transporte de doentes entre os 0 e os 18 anos, realizando apenas transportes secundários (entre hospitais) e deslocando os doentes para hospitais onde existam unidades diferenciadas com capacidade para o seu tratamento ([www.inem.pt](http://www.inem.pt)).

A capacidade de admitir novos doentes vindos de outros hospitais, é verificada a cada início de turno pela equipa de INEM, e anteriormente ao transporte, de forma a garantir a vaga, confirmar o transporte e a permitir a continuidade de cuidados e os cuidados especializados. O EEESIP presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança e jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. Nesta unidade a parceria de cuidados é uma constante na atividade diária da unidade e os pais são englobados nos cuidados a partir do momento em que a situação clínica do RN assim o permita, porém, os pais são sempre convidados a participar nos cuidados e o enfermeiro fica presente se a estabilidade do RN não permitir que a interação seja muito longa e, assim, o enfermeiro vai avaliando a situação clínica deste e vai adaptando os cuidados necessários.

A reflexão sobre casos mais críticos não é uma prática corrente nesta unidade e muitas são as aprendizagens que perdemos devida a esta falha. Porém, este projeto permitiu que individualmente estas reflexões fossem fazendo parte da minha prática e há um caso específico que vale a pena considerar para a reflexão e para compreender o que falhou e de que forma se pode melhorar futuramente.

O caso em questão é de uns gémeos monocoriônicos, gravidez espontânea, vigiada e com diagnóstico de Síndrome de Transfusão Feto-Fetal (STFF), sendo que a primeira avaliação no hospital distrital onde a mãe recorreu tinha como diagnóstico ausência de batimentos fetais e se encontrava morto. À chegada ao nosso hospital esta senhora foi levada para o Bloco Operatório (BO) de emergência devido a desacelerações no CTG (Cardiotocografia) e à confirmação de STFF. Os gémeos nasceram os dois com vitalidade e foram

transferidos para a UCIN, ambos entubados. O primeiro gêmeo, o bebê A., seria o que estaria em morte fetal e que por ter nascido com Índice de Apgar 3/5/6 foi ventilado no BO e transferido para a unidade para que se iniciassem todos os procedimentos e acolhimento. O bebê A. à chegada tinha equimoses generalizadas no corpo e apresentava feridas diversas na região do trocânter direito, na região interna cotovelo esquerdo e em ambos os maléolos.

A primeira abordagem a este RN pré-termo com ferida foi tentar compreender se estas teriam evolução e qual o nível da dor sentido pelo RN. A promoção de integridade cutânea é uma prática autônoma do enfermeiro e através desta, ele mobiliza conhecimentos e técnicas para a avaliação da pele de forma a identificar fatores de risco para lesões na pele e quais as melhores formas para a sua prevenção. A avaliação da pele a cada turno permitiu compreender que estas feridas estavam a ter uma evolução negativa e que necessitavam de tratamento. Aliado a esta evolução negativa das feridas, encontrava-se um conjunto de sinais de dor que seriam mais tarde controlados.

De acordo com a mais recente investigação, os RN internados na UCIN estão sujeitos a cerca de 16 procedimentos doloroso em média todos os dias, a maioria deles sem medidas de controlo e alívio da dor (Lago, et al., 2009). Devido à extensão das feridas e ao estado geral do RN, foi acordado com a equipa médica iniciar perfusão de morfina de forma a aliviar a dor e a controlar, também, o estado geral de ansiedade do bebe A.

A necessidade de tratamento das feridas existentes tornou-se indispensável, uma vez que estas não apresentavam sinais de melhoras significativas e uma vez que a pele, segundo Gibbins et al. (2008), é o ponto chave das várias interações e é uma extensão da superfície do cérebro. Para estes autores, ao retirarmos o foco dos cuidados do sistema nervoso central para os cuidados à superfície partilhada, a pele, reconhece-se a importância da interação de todos os sistemas do corpo em desenvolvimento e os cuidados individualizados em interação com a complexidade do ambiente tecnológico de uma UCIN.

Considerando os tratamentos disponíveis na unidade para o cuidado à ferida neonatal, surgiu aqui uma oportunidade de iniciar um estudo de caso onde seria aplicado o Mel como principal substância ativa. Após leitura de vários

artigos e do conhecimento da existência deste material, iniciou-se a aplicação do gel de mel nas feridas presentes neste RN.

O mel é considerado um agente anti-inflamatório importante e com propriedades significativas de cicatrização, porém, este elemento tem sido pouco estudado na população neonatal (Dorling, Lee, Leslie, & McInnes, 2014). Outra das principais características identificada nestes produtos é o efeito osmótico perante bactérias e a sua propriedade de desbridamento em feridas com a presença de necrose (Mitchel, 2018). Avaliando as feridas presentes no RN em questão, considerou-se que a aplicação do Gel de mel seria uma mais valia para a melhoria destas feridas e para a promoção da integridade cutânea. Este produto foi prescrito pela equipa médica e a sua aplicação foi iniciada.

O produto selecionado para a aplicação foi Medihoney® Wound Gel pois de acordo com a empresa (<http://outside-us.dermasciences.com/medihoney>) este é um produto que pode ser usado em todas as crianças. Após selecionado o produto, iniciou-se a aplicação e tendo em conta que nenhuma ferida apresentava exsudado ou material necrótico estabeleceu-se, em concordância com a equipa médica, que estes pensos seriam refeitos ao fim de 72 horas, durante o período da manhã, de forma a que a evolução destas feridas pudesse ser acompanhada por toda a equipa multidisciplinar. A necessidade da frequência da mudança dos pensos baseou-se no fato de a marca, também ela não ser muito específica neste aspeto, referindo que os pensos devem ser mudados de acordo com a avaliação do profissional de saúde que acompanha a evolução da ferida e de acordo com a presença ou não de conteúdo drenado (<http://outside-us.dermasciences.com/medihoney>).

Durante a permanência do bebé A. na unidade fui responsável por estes pensos apenas uma vez, não tendo tido oportunidade de documentar a evolução destas feridas nem da melhoria da pele após o início do uso do gel de mel. Porém, após algumas confrontações de ideias com colegas que estiveram responsáveis por este RN e que tiveram de fazer estes pensos mais do que uma vez, e após a leitura de registos, conclui que a evolução estaria a ser positiva e que as feridas se encontravam quase cicatrizadas. Infelizmente este bebé faleceu devido a outro problema adjacente e o estudo de caso acabou por ter de ser interrompido.

No decorrer do internamento, foi sendo explicado aos pais a necessidade de tratamento destas feridas e da importância da sua participação no cuidado a estas. A adaptação à parentalidade é um processo de transição no ciclo de vida individual e familiar, salientando as características únicas de irreversibilidade (Cruz, 2013). O nascimento de um filho permite ao casal desenvolver uma nova dimensão, a de pais (Pereira, 2009) e o nascimento de um filho prematuro ou que seja admitido na UCIN dificulta este processo de vinculação e transição para a parentalidade. Estes pais eram o espelho da dificuldade sentida na adaptação a este novo papel de ser pais. Inicialmente este seria um bebé que iria nascer sem sinais vitais e que não seria para investir se isto acontecesse no momento do nascimento, o que aconteceu foi o oposto, este RN nasceu vivo e eles adaptaram a sua realidade à presença de dois bebés. A evolução de saúde do primeiro gémeo nunca foi positiva, todos os diagnósticos indicavam para ausência de atividade cerebral e após confirmação, foi comunicado aos pais a decisão de iniciar cuidados paliativos, acontecendo uma nova confrontação com a perda e com a morte. Os sentimentos experienciados pelos pais de RN internados na UCIN são descritos por diversos autores. Sentimentos como a ansiedade, *stress*, depressão e perda de controlo são referidos por Obeidat, Bond e Callister (2009), referindo ainda que estes podem ser minimizados através do apoio emocional, da partilha de informação e do envolvimento dos pais nos cuidados.

A filosofia dos CCF está presente nesta unidade, bem como a filosofia dos Cuidados não Traumáticos e dos Cuidados Individualizados. A gestão e a implementação destas filosofias advêm do fato de existir uma integração dos novos elementos das equipas neste sentido, fazendo salientar a promoção da vinculação entre pais e RN, promovendo o método Canguru, partilhando informação, ajustando os cuidados de acordo com a necessidade individual de cada RN e englobando os pais nestes cuidados, sempre que possível. Por outro lado, a interação e a convivência, da equipa de enfermagem com os pais permite construir uma relação de experiência emocional única e intensa que acarreta o envolvimento de todos os intervenientes no sentido de melhoria de cuidados e de englobar as filosofias inerentes à instituição. O cuidar do RN torna-se um processo relacional, um meio de comunicação e de expressão de sentimentos, que satisfaz o cliente e o profissional (Diogo & Rodrigues, 2012). A prestação de

cuidados individualizados permite desenvolver uma identidade de cuidados individuais de forma a que se proporcione a expressão de emoções e estabelecimento de uma relação terapêutica (Vilelas, 2013). No caso descrito, os pais foram uma presença contínua na unidade e na prestação de cuidados a seu filho, foram fazendo parte da dinâmica diária dos cuidados e foram interagindo com o seu bebé sempre que era possível e sempre que estavam presentes.

Tendo em conta o conhecimento da existência da possibilidade de terem um enfermeiro de referência, estes pais puderam escolher o seu enfermeiro de referência de forma livre e após conhecimento de alguns elementos da equipa. A existência na unidade de um enfermeiro de referência permite que os cuidados prestados devam existir com uma resposta diferenciada, integrada, holística e permanente sendo que devem estar adequados às necessidades, preferências, desejos e expectativas da criança e família (Brown, 2014; WHO, 2014). Esta referência é essencial na dinâmica da UCIN, através dela a comunicação é facilitada, vai-se promovendo a vinculação e a parentalidade e as dúvidas podem ir sendo colocadas de forma estruturada e a resposta irá ser dada por um profissional que conhece cada caso aprofundadamente e que saberá o que é importante dizer e como o dizer, de forma a que a família compreenda. Foi através deste enfermeiro de referência que se organizou o batizado, com a presença dos pais e avós, foi também com ele e na sua presença que se viu este bebé morrer, ao colo da mãe e na presença do pai, e foi ele que, a pedido dos pais, fez todo o ritual pós-morte e que orientou os pais para o encaminhamento psicológico de forma a conseguirem ultrapassar esta perda e este momento.

Este caso em particular, permitiu-me refletir sobre os cuidados holísticos prestados na minha unidade e na forma como a equipa está dinamizada para que os CCF estejam presentes em todos os momentos, quer sejam eles momentos positivos quer sejam momentos negativos ou menos bons. A coordenação da equipa com o enfermeiro de referência deste bebé permitiu que esta família, perante toda a fragilidade associada à perda de um filho, vivesse momentos de partilha de cuidados e de tomada de decisões que levaram à vivência de momentos que ficaram para sempre nas suas memórias. A articulação com toda a equipa multidisciplinar permitiu também que esta família tivesse um acompanhamento psicológico desde o início o que, de acordo com o

que os pais foram expressando posteriormente, foi fundamental para a vivência positiva deste caso. Porém, na opinião destes pais, eles consideraram que o investimento no cuidado ao seu filho foi sempre exemplar, segundo eles nunca deixámos de cuidar das feridas apesar de sabermos que o bebé se encontrava em cuidados paliativos, a administração de morfina esteve sempre em curso e a presença deles foi sempre incentivada em todos os momentos.

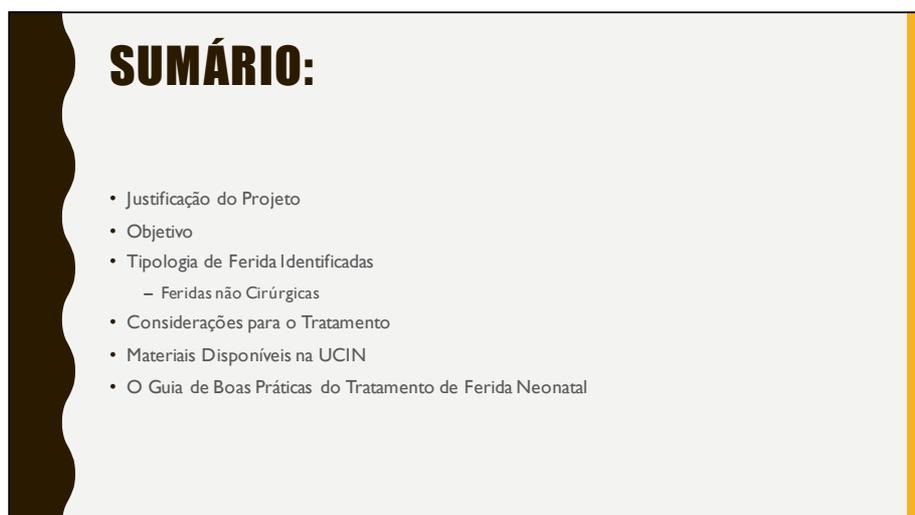
O *feedback* que ainda hoje a equipa vai tendo destes pais faz-nos sentir que trabalhamos diariamente para que as famílias sejam parte integrante dos nossos cuidados e que isso é essencial e é realçado por elas.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Altimier, L., & Phillips, R. M. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 9-22.
- Als, H. (1982). Towards a Synactive Theory of Development: Promise for the Assessment and Support of Infant Individuality. *Infant Mental Health Journal*, 3(4), 229- 243.
- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. (2013). Neonatal Skin Care – Evidence based clinical practice guidelines (3rd Edition). Washington, DC, USA: Autor.
- Brow, T. L. (2014). Especificidades nas Intervenções de Enfermagem em Pediatria. In Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (aut). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M. J. G. Paixão, Trad.) (9a ed.) (p. 1061-1118). Loures: Lusociência.
- Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Porto: Livpsic.
- Diogo, P., & Rodrigues, L. (2012). O Trabalho Emocional: Reflexão e investigação em cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 16(1), 62-71.

- Dorling, J., Lee, V., Leslie, A., & McInnes, D. (2014). Active manuka honey dressings in babies requiring admission to NICU; assessing the feasibility of a randomised trial. *Bliss*.
- Gibbins, S., Hoath, S. B., 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.
- Brown, T. (2014) Especificidades nas Intervenções de Enfermagem em Pediatria. In Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (aut). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (M. J. G. Paixão, Trad.) (9a ed.) (vol 2, p. 1061-1207). Loures: Lusociência
- Lago, P., Garetti, E., Merazzi, D., Pieragostini, L., Ancora, A., Pirelli, A., & Belleni, C. (2009). Guidelines for procedural pain in the newborn. *Acta Paediatrica*. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1651-2227.2009.01291.x>
- Pereira, P. (2009). *Frutos do Amor: quando dois passam a três*. Vialonga: Coisas de Ler.
- Mitchel, T. (2018). Use of Manuka honey for autolytic debridement in necrotic and sloughy wounds, *JCN*,32(4), 38-43.
- Obeidat, H.M., Bond, E.A., & Callister, L.C. (2009). The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit. *The Journal of Perinatal Education*, 18(3), 23-29.
- Vilelas, J. (2013). O trabalho emocional no ato de cuidar em enfermagem: uma revisão do conceito. *Salutis Scientia – Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, 5, 41-50.

**APÊNDICE VI**  
**Power Point - Apresentação de Formação em Serviço**  
**Guia de Boas Práticas do Tratamento de Ferida Neonatal**



## JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO:

Indicadores de avaliação, mostram o aumento do número de feridas em neonatologia.



A manutenção da integridade cutânea, enquanto prática promotora da saúde, é uma intervenção da esfera autónoma do enfermeiro.

Compreensão básica do desenvolvimento neurosensorial do recém-nascido.



Intervir na promoção dos cuidados da ferida, envolvendo a família e toda a equipa multidisciplinar.

Identificação da tipologia de feridas neonatais e tratamentos.

• **Objetivo:** Desenvolver processos de cuidados potenciadores da promoção da integridade cutânea do recém-nascido, criança, jovem e família em situação de saúde e doença, nas diferentes etapas do desenvolvimento e em diferentes contextos.

Objetivo a): Adquirir conhecimentos sobre a importância da integridade cutânea no neurodesenvolvimento do neonato.

Objetivo b): Identificar os diferentes tipos de ferida, e as mais comuns, em contexto de Neonatologia.

Objetivo c): Identificar os cuidados mais adequados à tipologia da ferida neonatal.

Objetivo d): Desenvolver um Guia de Boas Práticas do Tratamento de Feridas Neonatal.

## TIPOLOGIA DE FERIDAS IDENTIFICADAS:

- Feridas cirúrgicas;
- Feridas não cirúrgicas:
  - Resultantes de causas: mecânicas, químicas, térmicas ou infeções (Fox, 2011);
  - Doenças de pele.

## FERIDAS NÃO CIRÚRGICAS

Mecanismos de lesão da pele:

- Lesões mecânicas: forças externas que são aplicadas na pele.
  - Por pressão;
  - Por cisalhamento (ex.: abrasões);
  - Por esfoliação (ex.: remoção de adesivos);
  - Por trauma (ex.: feridas provocadas por eletrodos, por forceps, etc.).
- Lesões térmicas: lesões resultantes do contato com objetos quentes ou frios.
- Lesões químicas:
  - Irritação (ex.: provocada por uso de produtos químicos abrasivos);
  - Incontinência;
  - Extravasão (ex.: extravasamento de acessos venosos.)
- Infeção: microrganismos que contaminam a pele.
- Compromisso vascular: feridas provocadas por diminuição de circulação sanguínea.
- Disfunções do desenvolvimento: alterações genéticas.

(Fox, 2011)

## CONSIDERAÇÕES PARA O TRATAMENTO:

- Previamente ao tratamento: identificação e avaliação da ferida, usando escalas de avaliação disponíveis.
- Usar protetores cutâneos (pensos de hidrolóide, hidrogel);
- Uso de coberturas ideais que devem ser capazes de garantir: cicatrização e formar uma barreira física entre o meio externo e a lesão. Finalidade:
  - Manutenção de ambiente húmido;
  - Fácil aplicação e remoção;
  - Absorver o excesso de exsudado;
  - Ser impermeável a bactérias;
  - Proteger contra infecções cruzadas;
  - Devem ser hipalergénicas;
  - Devem permitir a troca gasosa;
  - Devem ajudar na hemostase.

(Rodrigues, et al., 2015)

Patrícia Teixeira Lopes

7

## TRATAMENTOS:

	Recomendações	Duração
<b>Cobertura seca</b>	Recomendada para lesões com cicatrização de primeira intenção, para proteção do meio externo e locais de inserção de drenos.	24 horas.
<b>Pomadas</b>	Tratamento tópico para difusão no meio, apresentada no seu princípio ativo puro ou em combinação com antibióticos ou enzimas (para favorecimento do desbridamento da ferida).	Renovado a cada 24 horas.
<b>Hidrolóides</b>	Utilizado no tratamento de lesões limpas e na prevenção e tratamento de lesões provocadas por úlceras de pressão.	Período máximo de 7 dias.
<b>Hidrogel</b>	Utilizado no tratamento de feridas não infetadas, queimaduras, remoção de crostas e tecido desvitalizado e necrosado por meio de desbridamento autolítico.	Renovar entre 24 horas a 72 horas.
<b>Membranas semi-permeáveis</b>	Indicada para prevenção de úlceras por pressão, fixação de cateteres, proteção de pele íntegra e escoriações, cobertura de incisões cirúrgicas limpas e cobertura secundária em queimaduras.	

Fonte: Rodrigues, et al., 2015

Patrícia Teixeira Lopes

8

## Materiais Disponíveis na UCIN

Material	Recomendações	Duração
Penso de Hidroclóide	Utilizado no tratamento de lesões limpas e na prevenção e tratamento de lesões provocadas por úlceras de pressão. Uso em feridas com exsudado em pouca ou moderada quantidade.	Periodo máximo de 7 dias.
Hidrogel	Utilizado no tratamento de feridas não infetadas, queimaduras, extravasamento, remoção de crostas e tecido desvitalizado e necrosado por meio de desbridamento autolítico.	Renovar entre 24h a 72h.
Óxido de Zinco (Eryplast®) Vitamina A	Tratamento tópico para difusão no meio, apresentada em combinação com antibióticos ou enzimas (para favorecimento do desbridamento da ferida).	Renovado a cada 24 horas.
Gel de Mel/penso de mel	Tratamento das feridas crónicas, infetadas e com mau odor. Indicação para feridas com necrose, Úlceras por pressão e cirúrgicas. Para úlceras de perna (venosas, arteriais ou mistas) e pé diabético. Indicado também para feridas de queimaduras de primeiro e segunda grau.	Até 7 dias.

## O GUIA DE BOAS PRÁTICAS DO TRATAMENTO DE FERIDA NEONATAL

- Caixa com material disponível.
- Documento Orientador de Uso (disponível na sala de tratamento).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altimier, L., & Phillips, R. M. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 9-22.
- Fox, M. (2011). Wound Care in the Neonatal Intensive Care Unit. *Neonatal Network*, 30, 291-303.
- Ordem dos Enfermeiros. Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros (2010) - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf)
- Rodrigues, K., Leandro, A., Santos, K., Silva, T., Guilherme, F., & Santos, M. (2015). Identificação, tratamento e prevenção de feridas no neonato. *Rede de Cuidados em Saúde*, V. 9, n. 2.
- - <http://outside-us.dermasciences.com/medihoney-product-literature-europe-middle-east-africa> (acedido em 1/2/2019)

**OBRIGADA!!**

**APÊNDICE VII**  
**Documento Orientador**  
**Guia de Boas Práticas do Tratamento de Ferida Neonatal**

# **Guia de Boas Práticas do Tratamento de Ferida Neonatal**

Documento Orientador

Realizado por: Patrícia Teixeira Lopes  
Inês Souto

Fevereiro, 2019

## Índice

1. Introdução
  2. Justificação da Problemática
  3. Cuidar da Ferida em Neonatologia
    - 3.1 O Cuidar do RN com Ferida
  4. Materiais Disponíveis na UCIN
- Referências Bibliográficas

## 1. Introdução

A avaliação da integridade cutânea no RN pré-termo faz parte integrante dos cuidados diários a esta população e é da esfera autónoma do enfermeiro. A aplicação de escalas de avaliação da integridade cutânea e de lesão da pele é também ela parte dos cuidados diários prestados à população da UCIN, desta forma, o enfermeiro é responsável pela manutenção da integridade cutânea ou do cuidado à lesão da pele.

O presente relatório pretende identificar as diferentes tipologias de feridas existentes em Neonatologia, de forma a validar os materiais existentes e disponíveis para o cuidado ao RN com lesão cutânea, confrontado a mais evidência científica e fundamentando teoricamente a aquisição e utilização destes materiais.

Por outro lado, este relatório pretende que esteja em continua atualização para que exista, na UCIN, material teórico disponível para a consulta da equipa multidisciplinar sempre que se confronte com RN com lesão da pele e para que a informação esteja acessível a todos de forma a ser utilizada sempre que necessário.

Este trabalho inicia-se com justificação da problemática, que abrange sucintamente uma fundamentação teórica para a necessidade da realização deste trabalho; seguidamente tem um capítulo que faz referência ao cuidar do RN com ferida em Neonatologia e que está subdividido por capítulos que irão expor a tipologia das feridas. No último capítulo irei abordar os materiais utilizados na UCIN para cuidar do RN com integridade cutânea comprometida.

A falta de tempo para a conclusão total deste trabalho académico, implicou que aqui se apresente apenas o primeiro subcapítulo que aborda as feridas não cirúrgicas, assim sendo, este é um trabalho contínuo e dinâmico de forma a melhorar os cuidados prestados ao RN e às famílias da UCIN.

## 2. Justificação da Problemática

O aumento do número de indicadores de avaliação das feridas em Recém-nascidos (RN), indicam a necessidade de cuidar destas e de criar documentos suportados pela evidência científica.

Os RN internados na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) estão em risco de desenvolver lesão da pele, devido às suas características de desenvolvimento, situação de saúde e aos cuidados de Saúde a que estão submetidos. Um dos grupos com maior predisposição para lesões da pele são os RN pré-termo devido à sua pele ser caracteristicamente mais fina e gelatinosa e, desta forma, a prematuridade deste órgão oferecer menos proteção e/ou barreira às agressões externas (Tamez, 2013). Durante a permanência do RN numa UCIN, o cuidado diário da pele deve ser orientado para a manutenção da integridade das camadas da pele para que este órgão continue a exercer a sua função de proteção (Tamez, 2013).

Durante as práticas diárias de cuidados à pele, tais como: banho, desinfecções antimicrobianas, hidratação através da aplicação de cremes, e remoção e aplicação de adesivos médicos, a pele do RN está em risco de trauma ou interrupção da sua função de barreira (Gardner, 2011), o que acontece diariamente com RN internados nas UCIN e que requerem cuidados intensivos e especializados.

Os cuidados à pele são uma preocupação clínica para os enfermeiros que cuidam de RN, sejam eles de termo ou pré-termo e estando clinicamente estáveis ou não (AWHONN 2013). Compreender as diferenças anatómicas e fisiológicas da pele de um RN no período neonatal e de um pré-termo (comparando com a pele de um adulto) é fundamental para avaliar e integrar nova informação de forma a melhorar as práticas de cuidados à pele. A pele do RN passa por um processo de adaptação durante a transição do meio aquático uterino para o meio aeróbico depois do nascimento. A pele ajuda na termorregulação, serve de barreira contra toxinas e microrganismos, e é um reservatório para gordura e isolamento, e é a primeira ligação para a sensação táctil e comunicação com a mãe (AWHONN 2013, citando Lund & Kuller, 2007).

A manutenção da integridade cutânea, enquanto prática promotora da saúde, é uma intervenção da esfera autónoma do enfermeiro, que mobilizando

conhecimentos e técnicas próprias da profissão e da disciplina de enfermagem, permitem avaliar as condições de pele e identificar fatores de risco para lesões na pele com base na avaliação individual do RN. O enfermeiro é dotado de competências que lhe permitem 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 (OE, 2010). Este Documento Orientador, surge assim como forma de auxiliar a equipa de Enfermagem da UCIN desta Instituição, na prestação de cuidados ao RN com ferida, sendo estes cuidados sustentados pela evidência científica mais recente.

Este documento pretende identificar as diferentes tipologias de feridas existentes agrupando-as em capítulos respetivos, de forma a ser de fácil consulta aquando da prática clínica. Assim, posteriormente irei abordar o cuidar do RN pré-termo com ferida e identificar os materiais disponíveis na UCIN para o cuidado a estas.

### 3. Cuidar da Ferida em Neonatologia

Compreender o ato de cuidar é essencial para o entendimento da cadeira de Enfermagem e da sua essência. Hesbeen (2000), define cuidar como sendo um ato especial que se pode facultar a outra pessoa, numa situação particular da sua vida, com o principal objetivo de contribuir para o seu bem-estar. Para Basto (2009), Cuidar em Enfermagem não é mais do que a prática que se cria sobre a interação enfermeiro-utente com o propósito de contribuir para o seu bem-estar ou diminuir o seu sofrimento. Na perspetiva de Watson (2002), o cuidar é muito mais do que uma “emoção, atitude ou simples desejo”, cuidar é “a essência da enfermagem e o foco mais central e unificador da prática de enfermagem”, é o ideal moral de enfermagem que envolve vontade, valores, um compromisso para o cuidar, ações carinhosas e as suas consequências, com o objetivo de melhorar, proteger e preservar a dignidade humana.

No contexto do presente documento, o cuidar remete-se para o cuidado do RN com lesão cutânea e a promoção da integridade cutânea na UCIN. Assim, é essencial que se reflita sobre a necessidade de observação e avaliação da ferida e se melhore os cuidados a esta de forma a promovermos a prática dos cuidados de excelência.

Briggs (2001), refere a pouca informação existente disponível para a avaliação da pele dos neonatos, considerando que isto acontece por duas ordens de razão, uma devido à vulnerabilidade deste grupo populacional, e a outra devido à fragilidade da sua pele. Apesar desta autora identificar a disponibilidade da equipa de enfermagem para a melhoria dos cuidados à pele dos RN, ela reconhece que ao existirem *guidelines* e instrumentos de avaliação da integridade da pele, iria facilitar à equipa de enfermagem o planeamento e avaliação da pele dos RN de forma a intervir e planear ações, especialmente quando existem enfermeiros inexperientes.

A lacuna existente nesta área e a existência efetiva de situações de risco de lesão da pele e conseqüentemente do aparecimento da ferida no neonato, permitiu que ao longo deste percurso académico fosse identificando a tipologia de feridas mais comuns na UCIN e de que forma estamos a cuidar destas feridas. De acordo com a literatura existente, são identificadas duas tipologias de feridas:

as cirúrgicas e as não cirúrgicas. Neste relatório, irei concentrar-me nas feridas não cirúrgicas, uma vez que são as que mais existem nesta unidade.

### 3.1 O Cuidar do RN com Ferida

Segundo Fox (2011), compreender o processo complexo de reparação de uma ferida, permite ao interveniente compreender e determinar as expectativas realísticas para o tratamento e evolução da ferida. As lesões da pele devem ser classificadas de acordo com a sua fisiologia e estas podem ser resultantes de causas mecânicas, químicas, térmicas ou infeções (Fox, 2011) e doenças de pele.

Os mecanismos de lesão da pele permitem-nos avaliar a lesão e classificá-la. Assim, identificamos: as **lesões mecânicas**, causadas por forças externas e que são aplicadas na pele, tais como: por pressão, por cisalhamento, por esfoliação (remoção de adesivos médicos) ou trauma (ex.: elétrodos, fórceps); as **lesões térmicas**, que são resultantes do contato com objetos quentes ou frios; as **lesões químicas**, tais como as causadas por irritação (provocada por uso de produtos químicos abrasivos), incontinência e extravasão (ex.: extravasamento de acessos venosos); **lesões causadas por infeções**, microrganismos que contaminam a pele; **lesões por compromisso vascular**, que são causadas por diminuição de circulação sanguínea e **disfunções do desenvolvimento**, tais como alterações genéticas (Fox, 2011).

Após a identificação e avaliação da tipologia da ferida, através do uso das escalas de avaliação disponíveis, é essencial cuidar da mesma tendo como objetivo a sua reparação. Avaliar a ferida ajuda a determinar como se deve proceder no tratamento, bem como, na gestão dos fatores precipitantes (Fox, 2011). A escolha do tratamento ideal depende do grau de contaminação, da sua forma, dos fatores locais e sistémicos relacionados com o processo de cicatrização da presença e tipo de exsudado (Rodrigues, et al., 2015).

O penso ideal fornece um ambiente ideal para a obtenção do objetivo final, a integridade cutânea, e sem outras lesões ou dor (Fox, 2011). O uso de protetores cutâneos é um dos recursos atualmente utilizado para a prevenção e tratamento das lesões cutâneas nos RN, tais como os pensos de hidrogel (Rodrigues et al, 2015; Fox 2011). Para além de proteger a pele, o uso destes

materiais que cobrem a pele devem ser capazes de: garantir a cicatrização e formar uma barreira física entre o meio externo e a lesão com a finalidade da manutenção de ambiente húmido; devem ser de fácil aplicação e remoção; devem absorver o excesso de exsudado; ser impermeáveis a bactérias; proteger contra infeções cruzadas; devem ser hipoalergénicas; devem permitir as trocas gasosas e ajudar na hemóstase (Rodrigues et al., 2015).

Fox (2011), refere ainda a importância da avaliação da dor assim como a aplicação de protocolos de intervenção e prevenção da dor aquando do tratamento das feridas. A realização do penso deve ser sempre efetuado por duas pessoas de forma a que uma possa estar concentrada na ferida e outra no alívio e controlo da dor do RN. Por outro lado, esta autora alerta para o fato de se ter em consideração as recomendações dos fabricantes para a seleção dos pensos no que diz respeito à população neonatal, porém poucos identificam esta população, uma vez que existem poucos estudos de pensos para esta população.

O uso de escalas de avaliação do cuidado da pele e de lesão da pele são essenciais e primordiais para realizarmos uma identificação precisa da lesão e, assim, podermos intervir e cuidar desta da melhor forma. Duas das escalas usadas para este fim e validadas para os RN portugueses são: a *Neonatal Skin Condition Scale* (NSCS) e a *Neonatal Skin Risk Assessment Scale* (NSRAS).

O envolvimento da família no cuidado ao RN com lesão da pele é fundamental para o conforto do seu filho e para fazer com que eles se sintam como parte integrante dos cuidados na ótica dos CCF (Conway et al., 2006) são fatores essenciais para o envolvimento nos cuidados às feridas e seu tratamento. Os profissionais de saúde devem capacitar as famílias, individual e progressivamente, dando-lhes oportunidade para demonstrar as suas aptidões e competências e assim, adquirir outras que sejam pertinentes, para responder às necessidades da criança e do jovem, mantendo o controlo sobre as suas vidas (Hockenberry & Wilson, 2014). A capacitação e o envolvimento da família na prestação de cuidados à ferida do RN, é um momento de interação entre o RN e a família e um momento em que esta pode demonstrar as suas competências de forma a ir adquirindo outras que possam ser essenciais no que diz respeito à preparação para a alta.

A prevenção das feridas é essencial e os cuidados prestados devem ser individualizados, tal como a filosofia do NIDCAP se refere, e cada RN deve ser avaliado de acordo com a sua maturação e IG. Assim, é essencial identificar pontos de pressão e aliviá-los de forma a que possam ser evitadas as úlceras por pressão (UPP) e consequentemente as feridas resultantes destas.

Na Neonatologia, é necessário adequar a tecnologia disponível às necessidades do RN e da família, bem como devemos adotar medidas e estratégias que valorizem o cuidar e respeitem a vida humana em toda a sua dimensão, promovendo o cuidado individualizado ao RN e família (Neto & Rodrigues, 2010). Adaptar os cuidados a cada RN e família individualmente, é uma arte e é uma peça fundamental para a prestação de cuidados de enfermagem plena e trabalharmos no sentido da prestação de cuidados de excelência. Neste sentido, a prevenção da ocorrência das feridas é essencial para uma melhor prestação de cuidados e um favorecimento do neurodesenvolvimento do RN internado na UCIN. A intervenção do EEESIP deve ser organizada e orientada de forma a apoiar a família na prestação dos cuidados e na tomada de decisões ao longo da hospitalização do seu filho.

#### 4. Materiais Disponíveis na UCIN

Material	Recomendações	Duração
Penso de Hidroclóide	Utilizado no tratamento de lesões limpas e na prevenção e tratamento de lesões provocadas por úlceras de pressão. Uso em feridas com exsudado em pouca ou moderada quantidade.	Período máximo de 7 dias.
Hidrogel	Utilizado no tratamento de feridas não infetadas, queimaduras, extravasamento, remoção de crostas e tecido desvitalizado e necrosado por meio de desbridamento autolítico.	Renovar entre 24h a 72h.
Óxido de Zinco (Eryplast®)/ Vitamina A	Tratamento tópico para difusão no meio, apresentada em combinação com antibióticos ou enzimas (para favorecimento do desbridamento da ferida).	Renovado a cada 24 horas.
Gel de Mel/penso de mel	Tratamento das feridas crónicas, infetadas e com mau odor. Indicação para feridas com necrose, Úlceras por pressão e cirúrgicas. Para úlceras de perna (venosas, arteriais ou mistas) e pé diabético. Indicado também para feridas de queimaduras de primeiro e segunda grau.	Até 7 dias.

## Referências Bibliográficas

- Altimier, L., & Phillips, R. M. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core MEasures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 13, 9-22.
- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. (2013). Neonatal Skin Care – Evidence based clinical practice guidelines (3rd Edition). Washington, DC, USA: Autor.
- Conway, J., Johnson, B., Edgman-Levitan, S., Schlucter, J., Ford, D., Sodomka, P., & Simmons, L. (2006). *Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system: a roadmap for the future: a work in progress*. Bethesda, MD: Institute for Family-Centered Care.
- Hesbeen, W. (2000). Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva do cuidar. Loures: Lusociência.
- 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, 9<sup>th</sup>, 2011, New York: Elsevier).
- Fox, M. (2011). Wound Care in the Neonatal Intensive Care Unit. *Neonatal Network*, 30, 291-303.
- Gardner, S. L., Carter, B. S., Enzman-Hines, M. & Hernandez, J. A. (2011). *Marenstein & Gardner's Handbook of Neonatal Intensive Care* (Seventh Edition). St Louis, Missouri. Mosby Elsevier.
- Ordem do Enfermeiros. Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros (2010) - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Re>

[gulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica\\_ aprovadoAG20Nov2010.pdf](#)

- Rodrigues, K., Leandro, A., Santos, K., Silva, T., Guilherme, F., & Santos, M. (2015). Identificação, tratamento e prevenção de feridas no neonato. *Rede de Cuidados em Saúde*, 9, (2).
- Tamez, R. (2013). *Enfermagem na UTI Neonatal* (Quinta Edição). Rio de Janeiro, Brasil. Guanabara Koogan.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- <http://outside-us.dermasciences.com/medihoney-product-literature-europe-middle-east-africa> (acedido em 1/2/2019)

**APÊNDICE VIII**  
**Guia de Boas Práticas do Tratamento da Ferida Neonatal**

## Guia de Boas Práticas do Tratamento da Ferida Neonatal

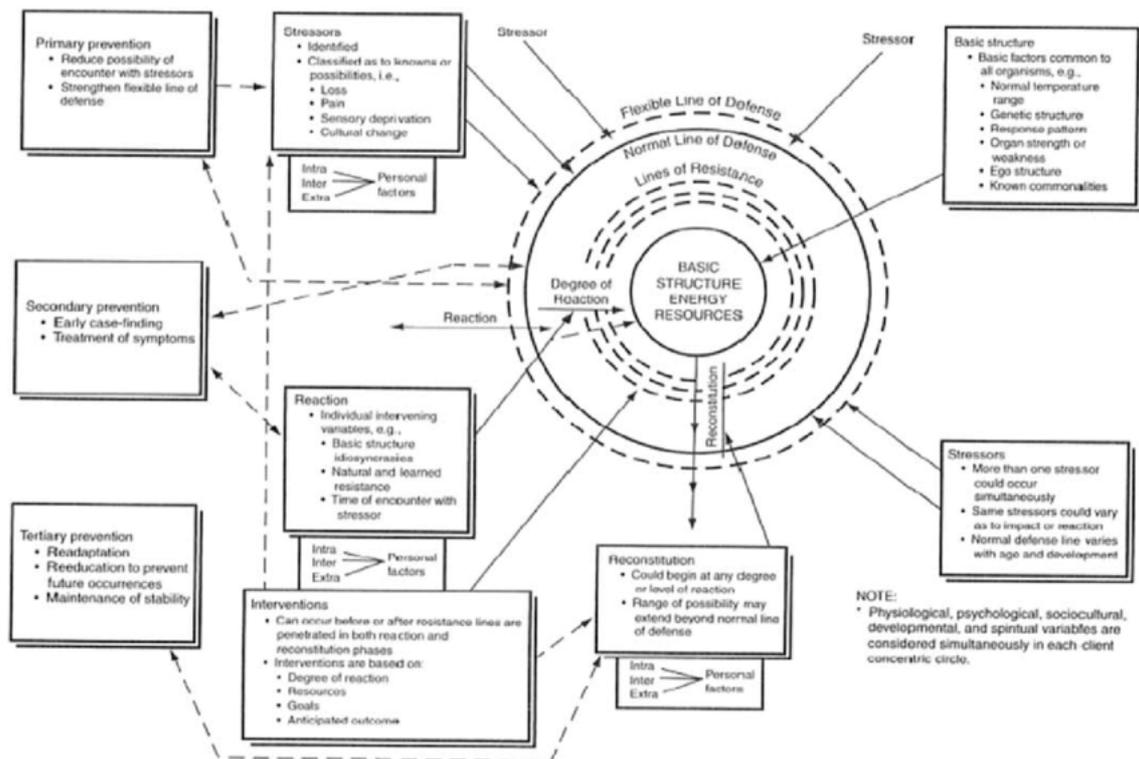
Material	Recomendações	Duração
Penso de Hidroclóide	Utilizado no tratamento de lesões limpas e na prevenção e tratamento de lesões provocadas por úlceras de pressão. Uso em feridas com exsudado em pouca ou moderada quantidade.	Período máximo de 7 dias.
Hidrogel	Utilizado no tratamento de feridas não infetadas, queimaduras, extravasamento, remoção de crostas e tecido desvitalizado e necrosado por meio de desbridamento autolítico.	Renovar entre 24h a 72h.
Óxido de Zinco (Eryplast®)/ Vitamina A	Tratamento tópico para difusão no meio, apresentada em combinação com antibióticos ou enzimas (para favorecimento do desbridamento da ferida).	Renovado a cada 24 horas.
Gel de Mel/penso de mel	Tratamento das feridas crônicas, infetadas e com mau odor. Indicação para feridas com necrose, Úlceras por pressão e cirúrgicas. Para úlceras de perna (venosas, arteriais ou mistas) e pé diabético. Indicado também para feridas de queimaduras de primeiro e segunda grau.	Até 7 dias.

### Referências bibliográficas:

- <http://outside-us.dermasciences.com/medihoney-product-literature-europe-middle-east-africa> (acedido em 1/2/2019)
- Fox, M. (2011). Wound Care in the Neonatal Intensive Care Unit. *Neonatal Network*, 30, 291-303.
- Rodrigues, K., Leandro, A., Santos, K., Silva, T., Guilherme, F., & Santos, M. (2015). Identificação, tratamento e prevenção de feridas no neonato. *Rede de Cuidados em Saúde*, V. 9, n. 2.

## **ANEXOS**

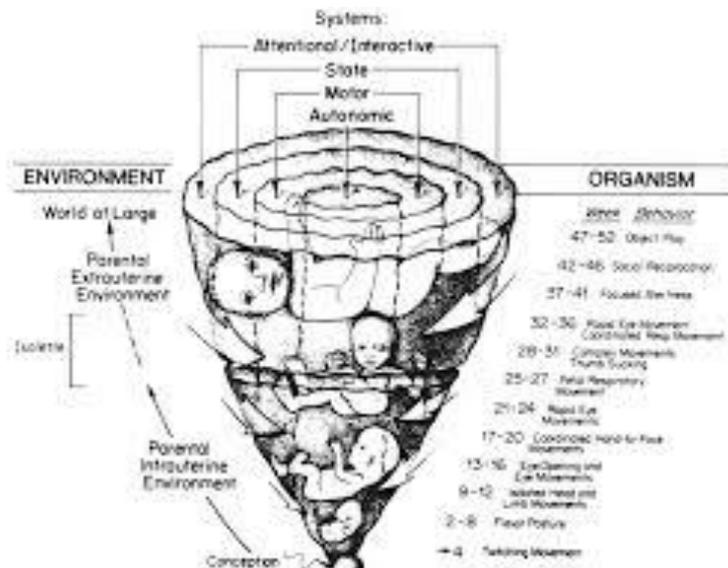
**ANEXO I**  
**Modelo de Sistemas de Betty Neuman**



Fonte:

- Neuman, B., & Fawcett, J. (2014). *The Neuman Systems Model*. (5<sup>th</sup> ed). Upper Saddle River, NJ: Pearson.

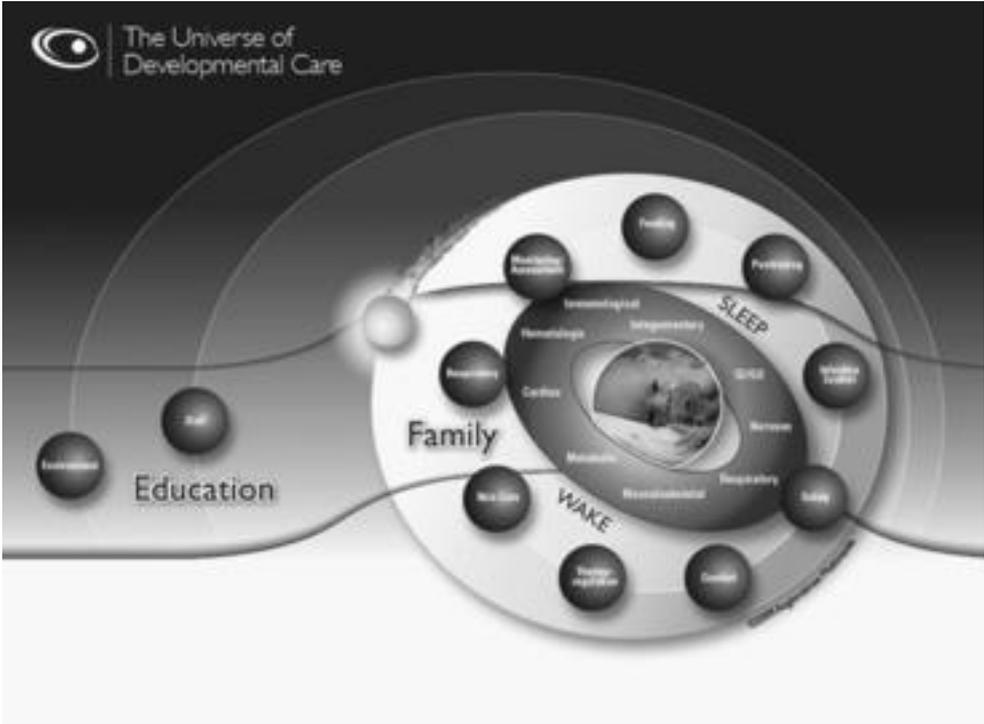
**ANEXO II**  
**Teoria Sinativa de Als**



**Fonte:**

- Als, H. (1982). Towards a Synactive Theory of Development: Promise for the Assessment and Support of Infant Individuality. *Infant Mental Health Journal*, 3(4), 229- 243.

**ANEXO III**  
**Modelo do Universo dos Cuidados para o Desenvolvimento**



Fonte:  
<https://nursekey.com/11-developmental-support/>

**ANEXO IV**  
**Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos**

Tabela 1

## Descritores da Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos

Itens	Opções de resposta			
Condição física geral	4. Idade Gestacional < 28 semanas	3. Idade gestacional > 28 semanas, mas < 33 semanas	2. Idade gestacional > 33 semanas, mas < 38 semanas	1. Idade gestacional > 38 semanas
Estado mental	4. <i>Completamente limitado.</i> Não responde a estímulos dolorosos, devido à redução do nível de consciência ou sedação ou ao desenvolvimento motor esperado para a idade gestacional (não se estremece, agarra ou geme, não há aumento da pressão arterial ou da frequência cardíaca).	3. <i>Muito limitado.</i> Responde apenas a estímulos dolorosos (estremece, agarra, geme, aumento da pressão arterial e frequência cardíaca).	2. <i>Ligeiramente limitado.</i> Letárgico/Hipotônico.	1. <i>Nenhuma limitação.</i> Desperto e Ativo.
Mobilidade	4. <i>Completamente imóvel.</i> Não faz qualquer alteração ligeira de posição do corpo ou das extremidades sem ajuda (com ou sem sedação).	3. <i>Muito limitada.</i> Capaz de fazer ligeiras alterações ocasionais do corpo ou das extremidades, mas incapaz de fazer alterações frequentes de forma independente.	2. <i>Ligeiramente limitada.</i> Capaz de fazer alterações frequentes, embora ligeiras, de posição do corpo ou extremidades de forma independente.	1. <i>Nenhuma limitação.</i> Capaz de fazer alterações frequentes e significativas de posição sem ajuda (por exemplo, virar a cabeça).
Atividade	4. <i>Completamente limitado à incubadora.</i> Está confinado à incubadora aquecida com humidade sem poder sair dela.	3. <i>Limitado à incubadora.</i> Está confinado à incubadora só saindo dela excepcionalmente.	2. <i>Ligeiramente limitada.</i> Numa incubadora, mas pode ir ao colo, canguru, etc.	1. <i>Nenhuma limitação.</i> Num berço aberto.
Nutrição	4. <i>Muito pobre.</i> Nada "Per os" (fluidos endovenosos exclusivos).	3. <i>Inadequada.</i> Não recebe a quantidade ideal de dieta líquida para as necessidades (fórmula / leite materno) tendo de ser suplementada com fluidos endovenosos.	2. <i>Adequada.</i> Alimentação por sonda gástrica que permite satisfazer as necessidades nutricionais para o crescimento.	1. <i>Excelente.</i> Biberão/Amamentação em todas as refeições que satisfazem as necessidades nutricionais para o crescimento.
Humidade	4. <i>Constantemente húmida.</i> A pele está húmida sempre que a criança é manipulada ou posicionada.	3. <i>Húmida.</i> A pele está frequentemente húmida. Os lençóis têm que ser trocados pelo menos uma vez de 8/8 horas, devido a frequentes dejeções semilíquidas e/ou vômitos, bolsados.	2. <i>Ocasionalmente húmida.</i> A pele está ocasionalmente húmida. Requer uma troca de lençóis extra aproximadamente uma vez por dia, devido a algumas dejeções e/ou vômitos, bolsados.	1. <i>Raramente húmida.</i> A pele está geralmente seca, os lençóis apenas requerem ser mudados a cada 24 horas.

**Fonte:**

- Martins, C. O. A. & Curado, M. 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, 43-52.