



escola superior de
enfermagem
de coimbra

**CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE
MESTREEM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIATRIA**

**Implementação de Medidas de Conforto a Recém-nascidos Internados no Serviço
de Neonatologia**

Ana da Veiga Tavares Borges

Coimbra, 2023



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

**CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTREEM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

**Implementação de Medidas de Conforto a Recém-nascidos Internados no
Serviço de Neonatologia**

- Relatório de Trabalho de Projeto -

Ana da Veiga Tavares Borges

Orientadora: Professora Doutora Ananda Maria Fernandes Professora
Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Relatório de Trabalho de Projeto, apresentado à Escola Superior de Enfermagem
de Coimbra para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Coimbra, 2023

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que eu era antes”.

Marthin Luther King

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho:

À minha Família, razão da minha existência,
Ao Celestino Pereira, meu parceiro da vida porque só com ele foi possível,
A todos os Recém-Nascidos, por serem a razão do meu ser profissional

AGRADECIMENTOS

Concluído este percurso muito importante para a minha vida profissional, gostaria de exprimir os meus agradecimentos a todos aqueles que direta ou indiretamente me deram apoio nesta longa jornada, que contribuíram para o término deste projeto.

Assim começo por exprimir a minha gratidão a todos os Professores do Curso de MESIP que me ensinaram e permitiram adquirir todo o conhecimento que hoje detenho.

O meu reconhecimento muito especial à Professora Doutora Ananda Fernandes, minha orientadora neste Relatório, pela disponibilidade e apoio incondicional, por ter aceitado o desafio de orientar este trabalho, contribuindo com propostas importantes e sobretudo pela sua sensibilidade e motivação que me transmitiu durante todo este percurso.

Agradeço a minha família, meus pais e meus irmãos, por tudo que fazem por mim e por serem responsáveis por muitas e maiores alegrias de minha vida, vai a minha profunda e eterna gratidão.

Um agradecimento muito especial ao Celestino Pereira, que foi e sempre será o meu melhor amigo, e toda a sua família pelo apoio e incentivo durante toda a minha formação.

Á Maria Silva minha professora, amiga e confidente pelo apoio e incentivo constante e principalmente pelo afeto especial e por sempre acreditar em mim.

Á Enfª Maria Auxilia por ser uma amiga tão querida, uma profissional experiente e competente, o meu profundo reconhecimento pelos conselhos, partilhas de conhecimentos e acima de tudo pelas críticas construtivas.

Á memória da Minha amiga Maria Luceni Rodrigues, a mais nova estrela que dos céus me ilumina, por todo o apoio que recebi no início da minha formação.

Aos meus colegas do Curso de MESIP, pela partilha de experiência e amizade.

Á toda a equipa de Neonatologia do Hospital pela valiosa contribuição durante a elaboração deste projeto, em especial a Enfª chefe do serviço pela confiança e disponibilidade em colaborar.

Á todos agradeço com amizade.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAP - American Academy of Pediatrics

CDC- Cuidados Centrados no Desenvolvimento

CNEPS - Comité Nacional de ética em pesquisa para a saúde

CNPD - Comissão Nacional de Proteção de Dados

DGS - Direção Geral de Saúde de Portugal

EDIN - Échelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né ESENF - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra IASP – International Association for the Study of Pain

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

PARIHS- Promoting Action on Research Implementation in Health Services

PBE- Prática Baseada em Evidencia

PDCA - Plan, Do, Check, Act

RN - Recém-nascido

RNPT- Recém-nascido Pré-termo

ODS - Objetivo de Desenvolvimento SustenNIDCAP- Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

OE - Ordem dos Enfermeiros de Portugal

OMS- Organização Mundial da Saúde

RGFCECGMCPLEE -Regulamento geral do funcionamento dos ciclos de estudos conducentes ao grau de Mestres e de Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem.

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

UNICEF- United Nations Children’s Fund

RESUMO

Em Cabo Verde a Saúde Infantil, particularmente a área de neonatologia, ainda é uma das áreas que carece de atenção específica por parte dos dirigentes da saúde. O presente Relatório de Trabalho de Projeto enquadra-se no âmbito do X curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, e teve como **objetivo** elaborar um projeto de implementação de medidas de conforto nos recém-nascidos internados na unidade dos cuidados intensivos neonatais de um Hospital Central em Cabo Verde. **Metodologia:** Fundamentado na ferramenta PDCA (Plan, Do, Check e Action), realizou-se o diagnóstico da situação através de um estudo descritivo simples com abordagem quantitativa, na unidade de neonatologia do Hospital. Para tal, recolhemos a informação através da aplicação do questionário ‘Quantum Caring Practice Self-Assessment’ à equipa multiprofissionais daquela unidade. A seguir à análise descritiva e discussão dos resultados foram planeadas as fases da implementação e da avaliação e elaborado o manual de apoio. **Resultados:** Os resultados evidenciam a necessidade de implementar medidas de conforto junto dos RNs internados através de diretrizes e normas que orientem os profissionais na prática de cuidados de conforto ao RN, apostando na formação e treinamento da equipa, iniciando primeiramente pelas áreas prioritárias nomeadamente a prevenção, avaliação e gestão da dor/stress no RN e o posicionamento terapêutico.

Espera-se que com a implementação dessas medidas, possamos contribuir tanto para a melhoria das práticas de cuidados de conforto ao RN, como para a melhoria dos indicadores de saúde infantil.

Palavras chaves: Enfermagem, Conforto, Recém-Nascido, Neonatologia, Melhoria continua.

ABSTRACT

In Cape Verde, Child Health, particularly the area of neonatology, is still one of the areas that lacks specific attention from health leaders.

This Project Work Report is part of the 10th Master's Degree Course in Child Health and Paediatric Nursing at the Nursing School of Coimbra, which aimed to develop a project for the implementation of comfort measures in newborns hospitalised in the neonatal intensive care unit of a Central Hospital in Cape Verde. Methodology: A simple descriptive study with a quantitative approach was carried out in the neonatology unit of the hospital, based on the PDCA (Plan, Do, Check and Action) tool. Based on the diagnosis of the situation, we collected information by applying the questionnaire 'Quantum Caring Practice Self-Assessment' to the multiprofessional team of that unit. Then we proceeded to its analysis and discussion of the results based on descriptive analysis. Results: The results showed that the best strategies to implement comfort measures with hospitalized RNs is to implement guidelines and standards that guide professionals in the practice of comfort care to the RN, to invest in the formation and training of the team, starting first by the priority areas namely the prevention, assessment and management of pain/stresse in the RN and therapeutic positioning.

It is hoped that with the implementation of these measures, we can contribute both to the improvement of RN comfort care practices and to the improvement of infant health indicators.

Key words: Nursing, Comfort, Newborn, Neonatology, Continuous Improvement.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Comportamentos de stresse/Comportamentos de estabilidade dos RNP

Tabela 2 - Caracterização Sociodemográfica dos Participantes

Tabela 3 - Caracterização da unidade de Neonatologia

Tabela 4- Frequência da Aplicação das medidas de Conforto: Prevenção e Alívio da Dor

Tabela 5- Frequência da Aplicação das medidas de Conforto: Avaliação da Dor

Tabela 6- Frequência da Aplicação das Medidas de Conforto: Posicionamento do RN

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo Universo de Cuidados para o Desenvolvimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1-ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	20
1.1. Teoria de conforto de Kolcaba vs Teoria Sinativa do Desenvolvimento.....	20
1.2 Promoção de Conforto ao RN	25
1.3. Universo dos Cuidados Desenvolvimentais: Medidas Centrais.....	26
1.3.1. Dor no RN: Avaliação, Prevenção e Alívio	28
1.3.2. Posicionamento terapêutico do RN internado	35
2. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO.....	38
2.1. Objetivos.....	38
2.2. Metodologia.....	38
2.2.1 - Tipo de Estudo	40
2.2.2 Contexto do Estudo	40
2.2.3 - Participantes	41
2.2.4 -Procedimentos Éticos Legais	43
2.2.5- Procedimento de recolha de dados.....	44
2.2.6 -Análise de Dados	42
2.3. Apresentação dos Resultados	46
2.3.1- Caracterização Sociodemográfica e Profissional da Amostra	46
2.3.2 Frequência da Aplicação das medidas de Conforto no RN.....	50
2.4. Discussão dos Resultados	56
2.4.1 Análise da frequência de Aplicação das Medidas de Conforto.....	58
2.5. Implicações para a Prática	62
3. PLANO DA EXECUÇÃO.....	64
3.1- Capacitação	68
4 –PLANO DA VERIFICAÇÃO	72
4.1- Auditoria	72
SÍNTESE FINAL	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
ANEXOS.....	88
ANEXO I- Questionário – ‘Quantum Caring Practice Self-Assessment’	88
ANEXO II - Escala da avaliação da Dor no Neonato- EDIN.....	97

APÊNDICES	99
APÊNDICE I- Consentimento Livre e Esclarecido	99
APÊNDICE II – Cronograma de Atividades.....	101
APÊNDICE III - Manual de Orientação para os cuidados de Conforto.....	102
APÊNDICE IV – Check List dos Materiais Necessários para Implementação.....	121
APÊNDICE V – Planeamento das Sessões de formação	121
APÊNDICE VI- Avaliação das sessões de formação.....	122
APÊNDICE VII.- Instrumento de auditoria	126

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, os avanços tecnológicos aliados às boas práticas permitiram o aumento da sobrevivência de recém-nascidos prematuros com peso e idade gestacional cada vez mais baixos.

Em Cabo Verde a Saúde Infantil, particularmente a área de neonatologia, ainda é uma das áreas que carece de atenção específica, verificando-se um decréscimo da taxa da mortalidade em recém-nascidos e crianças menores de 5 anos de 17,5 por 1.000 em 2015 para 14,6 por 1.000 em 2018. Em 2019, registou-se um aumento face ao ano anterior (17,8 óbitos de crianças com menores de 5 anos por 1000 nados-vivos), contrariando tendência anterior. Assim a meta a nível mundial é até 2030 reduzir mortes evitáveis em recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, diminuindo a mortalidade neonatal pelo menos para 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos pelo menos para 25 por 1.000 nados-vivos (INE, 2020; ODS, 2019).

A Organização Mundial da Saúde, (2021), recomenda como principais medidas para essa redução, uma atenção centralizada nos recursos humanos, reforçando suas capacidades, apostar na formação contínua, implementar práticas baseada nas evidências mais recentes que contribuam para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados (OMS, 2021).

O Relatório de Trabalho de Projeto aqui apresentado enquadra-se no âmbito do X curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sendo a finalidade da sua elaboração e posterior discussão pública o cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

De acordo com o Dec. Lei nº 107/2008 de 25 de junho, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre pode integrar uma dissertação de natureza científica, um estágio de natureza profissional objeto de relatório final, ou ainda um trabalho projeto realizado com a finalidade de inovação e/ou desenvolvimento no âmbito do domínio especializado do mestrado, com a apresentação de relatório final.

Neste sentido, a escolha do trabalho projeto teve como finalidade contribuir para inovar os cuidados de enfermagem na unidade dos cuidados intensivos neonatais do Hospital

onde exerço a minha atividade profissional.

Segundo o Regulamento geral do funcionamento dos ciclos de estudos conducentes ao grau de Mestres e de Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem RGFCECGMCPLEE/2.0_2017), um dos objetivos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria é demonstrar possuir conhecimentos aprofundados e saber aplicá-los em investigação e na compreensão e resolução de problemas em situações novas e em contextos alargados relacionados com a área da SIP.

Assim sendo, o tema “**Implementação de Medidas de Conforto no RN internado numa unidade de Cuidados Intensivos Neonatais em Cabo Verde**” surgiu pensando na resolução da problemática dos cuidados de conforto do RN internado no serviço de neonatologia.

Mesmo seguindo a metodologia do trabalho projeto, este relatório deve conter uma componente de investigação, visando a realização de um trabalho de carácter científico. A temática apresentada constitui nos dias de hoje um dos temas mais estudados e valorizados nas unidades de saúde a nível internacional, porém no nosso contexto em Cabo Verde ainda existe escassez de estudos relativamente aos cuidados de conforto no RN. Espera-se que a realização deste trabalho traga benefícios para os RNs internados na unidade, melhoria prestação dos cuidados de enfermagem e uma evolução positiva dos indicadores de saúde infantil.

O Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista determina que o mesmo concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua de qualidade dos cuidados, reconhecendo que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avalia a qualidade e partindo dos resultados, implementar programas de melhoria contínua (OE,2019).

Uma das várias áreas de atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP) é a gestão do bem-estar da criança/RN. Aquele de acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte

à família/pessoa significativa (OE, 2019). Sendo assim torna-se essencial refletirmos um pouco sobre o papel principal do EEESIP na promoção do conforto do RN internado numa unidade neonatal. O EEESIP presta igualmente cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2018).

As intervenções promotoras de conforto no RN são para os EEESIP uma enorme preocupação, pelo que devem procurar melhorar e implementar estratégias de prevenção e diminuição do desconforto, dirigindo os seus cuidados para a gestão do bem-estar do RN e família em situações complexas. Por estarem a lidar com situações de alta complexidade todos os dias, os EEESIP devem sempre estar atualizados em termos de conhecimentos científicos para que possam prestar cuidados com qualidade e segurança.

Para a elaboração e desenvolvimento deste projeto foi utilizada a metodologia de trabalho do projeto que consiste na adoção de um conjunto de procedimentos, técnicas e instrumentos com vista a atingir os objetivos do projeto. Esta metodologia vai além da investigação sobre a problemática identificada, consiste numa tentativa de intervenção sobre esse problema a fim de encontrar soluções aplicáveis ao contexto da prática profissional (Ramos, 2007).

Uma vez que a nossa finalidade é contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados nos RNs internados na unidade, seguimos nesta perspetiva a lógica de Deming (Ciclo PDCA, 1986) que é uma ferramenta utilizada para a melhoria contínua de processos, para a resolução de problemas nomeadamente quando estes não são vistos com clareza (Dias et al., 2021). Para o defensor desta metodologia, Kotler (1996), não se tornam a repetir os problemas que foram identificados, corrigidos e eliminados.

É uma ferramenta simples de fácil utilização que orienta ciclo de melhoria contínua e que se divide em quatro etapas básicas: **Plan** (Planear), **Do** (Executar), **Check** (Verificar) e **Act** (Agir/Ação) (Dias *et al.*, 2021).

Estes mesmo autores citando Simões e Ribeiro, (2005), referem que o PCDA é um método para análise e solução de problemas que pode ajudar a organização a solucionar problemas através de análises, planeamentos e ações corretivas ou preventivas que irão formar uma filosofia de melhoria contínua necessária para o alcance das metas.

Nesta lógica de ideias, tendo em consideração o limite temporal da realização do trabalho de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, apresentamos neste relatório os resultados da concretização da etapa do **Planeamento** (Plan) assim como o plano das

etapas da **Execução (Do) e Verificação (Check)**, que permitirão completar o ciclo de melhoria, se tal for a determinação das chefias do serviço.

Identificação do Problema

Na perspetiva de Leite et. al. (2003), o trabalho de Projeto é centrado no estudo de problemas no seu contexto social. Este constitui uma divergência entre a situação real e a situação desejada, sendo que a sua identificação baseia-se na caracterização do problema, das experiências concretas, das causalidades, das tendências do problema, da perceção do problema e da formulação do problema (Leite et al., 2003).

Cabo Verde regista uma taxa anual de 6,2% de nascimentos prematuros, uma percentagem muito mais abaixo da média mundial, no entanto a taxa de mortalidade neonatal associada à prematuridade, situava-se “em 10,6% em 2019, registando um aumento de 2 pontos por mil em relação ao ano anterior” (INE, 2020, p. 49), constituindo uma enorme preocupação das autoridades de saúde local, admitindo a necessidade de trabalhar para a redução da morte em bebês prematuros

A unidade dos cuidados intensivos neonatais do Hospital Central, em Cabo Verde, é ainda um serviço recente que tem procurado alcançar as condições para a melhoria da prestação de cuidados aos recém-nascidos de acordo com as evidências científicas mais recentes.

A nível dos cuidados centrados no desenvolvimento do Recém-Nascido (RN), verifica-se ainda um défice na utilização destas práticas que até agora são pouco conhecidas.

Nesta perspetiva constatamos que existe uma necessidade de padronizar as práticas de cuidados centrados no desenvolvimento, incluindo as medidas promotoras de conforto aos RN. Verifica-se também que para garantir o conforto e bem-estar dos RN internados na unidade há necessidade da redução das luzes e do ruído ambiental na unidade, diminuindo alarmes sonoros dos monitores e também a organização dos cuidados a prestar no recém-nascido entre os profissionais médicos e enfermeiros, evitando constantes manipulações do RN. A avaliação da dor ainda não é feita de forma sistemática como recomendam as evidências científicas, já que ainda não está implementada no serviço qualquer escala para essa avaliação.

A Direção Geral da Saúde em Portugal (DGS), desde 2003 considera a dor como o 5º sinal vital, pelo que recomenda a sua avaliação e registo regular da intensidade em todos

os serviços prestadores de cuidados de saúde seguindo as normas orientadoras de boas práticas (DGS, 2003). Em 2010 foram publicadas orientações técnicas específicas para a avaliação da dor nas crianças, com registo sistemático da intensidade da dor (DGS, 2010). Em 2012 foram elaboradas mais 3 orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (dos 0 aos 28 dias, do 1^a mês aos 18 anos e orientações para as crianças com doença oncológica). Um ano mais tarde foi publicada pela Ordem dos Enfermeiros de Portugal o Guia Orientados de Boas Práticas, orientando a utilização das estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança.

Num estudo observacional sobre a Epidemiologia de procedimentos dolorosos em neonatos, realizado por Cruz *et al.*, 2015, constataram que a frequência dos procedimentos dolorosos numa UCIN é muito elevada e na sua maioria com uma gestão inadequada da dor.

Segundo, Cruz (2020), a realização de procedimentos dolorosos nos RN, bem como a permanência de elevados níveis de estimulação física, de luminosidade e ruído nas unidades de cuidados, aumentam o episódio de mudanças na estrutura e fisiologia do sistema nervoso central, sendo que a “experiência de dor no período neonatal afeta não só o número de células cerebrais e conexões entre elas, mas também a forma como essas conexões são realizadas” (Cruz, 2020, p.24). Além disso a dor no período neonatal e o stress relacionado com a mesma, pode desencadear problemas no crescimento pós-natal, neurodesenvolvimento alterações morfológicas do desenvolvimento cerebral, temperamento afetivo negativo, comportamentos motores e cognitivos negativos em idade escolar (Coughlin, 2016).

Contudo, a DGS recomenda que o controlo da dor no RN inclui a dor aguda causada por procedimentos invasivos, a dor persistente ou prolongada decorrente da doença ou tratamentos médicos, e a dor pós-operatória e este controlo deve se basear nas seguintes orientações: “controlar a luz e o ruído ambiental, agrupar os cuidados para permitir intervalos de repouso, respeitando os ciclos de sono-vigília, colocar o recém-nascido numa posição confortável mobilizando-o regularmente bem como realizar manipulação mínima nos recém-nascidos gravemente doentes” (DGS, 2012, p. 2).

A dor persistente também está ligada a ventilação mecânica, que de acordo com as Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos da DGS, o seu controlo faz-se com base na aplicação dos protocolos e algoritmos de atuação dos serviços, devendo o profissional levar em consideração a dor esperada e a intensidade da dor observada

(DGS, 2012). Estas orientações indicam-nos ainda que a avaliação da dor persistente deve ser realizada juntamente com os outros sinais vitais, 20 minutos após a utilização de medidas analgésicas (sensoriais e farmacológicas), mantendo a mesma regularidade necessária para assegurar um controlo eficaz, na presença de sinais de desconforto (DGS, 2012).

Por estar numa idade crucial do seu desenvolvimento, a dor não tratada no RN tem consequências imediatas e a longo prazo. As consequências a curto prazo estão relacionadas com as alterações da frequência cardíaca e da tensão arterial, aumento da pressão intracraniana, diminuição da saturação de O₂ e da frequência respiratória bem como alterações no seu padrão etc. Ao passo que as consequências a longo, influencia nomeadamente o défice cognitivos, alterações na aprendizagem, deficiências motoras, défices de atenção, alterações comportamentais, alterações no padrão de resposta à dor na infância (Araújo, 2016; Cruz, 2020.) Estas alterações fisiológicas e comportamentais podem levar ao aumento da morbidade e mortalidade neonatais e alterações nociceptivas, cognitivas, comportamentais e psiquiátricas (Araújo, 2016), sendo que é fundamental gerir os estímulos ambientais, reduzir a manipulação e envolver os pais nos cuidados, perspetivando os cuidados de apoio ao desenvolvimento do RN (DGS, 2012).

De acordo com, González e Torres, (2005), há alguns anos atrás, os profissionais de saúde acreditavam que os recém-nascidos não sentiam dor e justificavam este facto pela imaturidade do seu sistema nervoso, o que lhes proporcionaria uma vigorosa insensibilidade à dor. Entretanto verifica-se que as evidências científicas atualmente, reconhecem que as vias neurológicas e as conexões cerebrais envolvidas nos processos sensoriais podem ser identificadas a partir da 24^a semana de gestação. Contradizendo assim com este facto a crença de que os recém-nascidos não sentem dor (González & Torres, 2005).

De acordo com Santos *et al.* (2020), o posicionamento inadequado do RN provoca um desequilíbrio na mecânica respiratória que leva alterações dos níveis de oxigenação arterial, e pode causar anormalidades posturais, assim como deformidades ósseas do crânio ou da face, tornando assim crucial alternância dos decúbitos para melhoria da função pulmonar, estimulação neuro sensorial e psicomotora, prevenção de escaras e de deformações músculo-esqueléticas.

A escolha desta temática de Cuidados de Conforto, primeiramente prende-se com alguma motivação de carácter pessoal, que está diretamente relacionada com todo o meu percurso profissional e a pretensão de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos recém-nascidos internados naquela unidade neonatal.

Contudo, embora a Academia Americana de Pediatria (AAP), preconize que todas as UCINs devem ter diretrizes e normas com base nas evidências científicas sobre a gestão da dor nos neonatos, a Unidade Neonatal em Cabo Verde carece ainda de um protocolo específico que oriente os profissionais e padronize as práticas de gestão da dor e do posicionamento dos RN internados naquela unidade, por serem intervenções de grande importância nas unidades de neonatologia, necessitando do treinamento e formação da equipa considerando a sua importância para o conforto do RN.

A pertinência deste tema é referida na literatura por Hockenberry e Wilson (2014). Segundo eles, a utilização de medidas de conforto no recém-nascido internado contribui para a minimização do stress no mesmo, além de ajudar na melhoria da organização do RN, permitindo a melhoria da estabilidade fisiológica e a diminuição dos movimentos e sinais de desconforto.

Em outras palavras este trabalho é também justificado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no âmbito dos objetivos do desenvolvimento sustentável, quando refere que até 2030 pretende acabar com mortes evitáveis em crianças menores de 5 anos.

Em enfermagem o conforto ocupa um lugar central. Kolcaba (2003) refere que a promoção do conforto ao cliente/pessoa constitui uma das funções mais importantes da enfermagem, representando um elemento fundamental na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Outros autores referem que a promoção de conforto nos recém-nascidos constitui um ganho em saúde e em enfermagem neonatal, pois contribui fortemente para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos mesmos (Domingues & Ramos 2018).

A implementação dessas medidas na unidade dos cuidados intensivos neonatais do Hospital irá contribuir para a uniformização das práticas de enfermagem no que diz respeito à promoção de conforto nos recém-nascidos internados e consequentemente

diminuição do risco de sequelas no neurodesenvolvimento e uma evolução positiva dos indicadores de saúde infantil do nosso país.

Após a delimitação da área do estudo e da caracterização dos problemas identificados é o momento de delinear os principais objetivos para este estudo, ou seja, dizer o que pretendemos com a realização deste trabalho de projeto. Estes devem ser claros, precisos, centrados na resolução de problemas, formulada em enunciados declarativos e mensuráveis.

Optamos por delinear os objetivos em dois níveis: o geral e os específicos.

De acordo com Mão de Ferro, 1999 citado por Ruivo *et al.*, 2010, o primeiro nível indica o trabalho que se pretende realizar e os objetivos específicos dizem respeito aos principais tópicos a serem desenvolvidos no decorrer do projeto.

Neste sentido definimos como objetivo geral:

- ✚ Elaborar um projeto de implementação de medidas de conforto nos recém-nascidos internados na unidade dos cuidados intensivos neonatais de um Hospital Central em Cabo Verde.
- ✚ Assim sendo, para o cumprimento do objetivo geral, definimos os seguintes objetivos específicos contendo todas as etapas do projeto:
- ✚ Elaborar o Diagnóstico da situação atual;
- ✚ Identificar as principais medidas promotoras de conforto nos recém-nascidos a serem implementadas;
- ✚ Elaborar um manual de Orientação para os cuidados de conforto no recém-nascido consoante as medidas identificadas;
- ✚ Definir as melhores estratégias de capacitação da equipa para a utilização das medidas de conforto nos recém-nascidos internados;
- ✚ Elaborar um instrumento de auditoria que permita avaliar as práticas dos enfermeiros em contexto da promoção de conforto nos recém-nascidos;

O presente relatório inicia-se com a atual introdução, seguindo o enquadramento teórico que corresponde ao capítulo primeiro. Neste capítulo apresentamos uma breve relação entre a teoria de conforto de Kolcaba, referencial teórico que sustenta a nossa pesquisa e a teoria Sinativa do Desenvolvimento bem como alguns aspetos chave relacionados com

a temática cuidados e promoção de conforto no RN. Fala-se também neste capítulo sobre o modelo universo dos cuidados desenvolvimentais e as medidas centrais de cuidados para o desenvolvimento do RN, particularmente da avaliação e gestão da dor no RN e do posicionamento terapêutico.

O capítulo segundo corresponde ao Diagnóstico da situação que representa a componente da Investigação deste projeto. Neste capítulo apresentamos os objetivos do diagnóstico da situação seguido da metodologia utilizada para a concretização desse processo, por último apresentamos os resultados, a sua análise e discussão bem como as suas implicações. No capítulo terceiro, apresentamos o planeamento da execução, enfatizando as estratégias para a capacitação da equipa e a supervisão clínica com identificação das medidas corretivas.

O capítulo quarto corresponde ao plano da verificação, que tem como foco principal a avaliação do processo da implementação bem como os métodos de auditoria a ser utilizado.

Termino este relatório com apresentação de uma síntese final, fazendo uma análise reflexiva daquilo que foi o projeto, enfatizando as competências e aprendizagens adquiridas, bem como o contributo deste trabalho para a prática, os desafios encontrados durante a realização do presente trabalho.

Finalmente, apresentamos as principais obras citadas no decorrer da construção deste relatório, seguidas dos anexos e apêndices considerados fundamentais para a leitura e compreensão do trabalho.

O presente trabalho foi desenvolvido entre março de 2022 e janeiro de 2023 e a sua realização teve como suporte as recomendações do Guia de elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC), baseada nas orientações da American Psychological Association (APA) 7^a edição e o mesmo foi escrito conforme o novo acordo Ortográfico para a Língua Portuguesa.

1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No capítulo que se inicia apresentamos algumas teorias e conceitos-chave que contribuem para o suporte da nossa base teórica.

Para a realização e fundamentação deste enquadramento tomamos por base o modelo dos cuidados centrados no desenvolvimento, teoria de conforto de Kolcaba, fazendo relação com a teoria Sinativa do desenvolvimento de Als, tendo em consideração as evidências científicas atuais disponíveis. Relativamente aos cuidados de conforto, centramos a nossa preocupação na problemática da avaliação e gestão da dor no RN e o posicionamento terapêutico, sendo estas as necessidades mais urgentes no serviço.

1.1. Teoria de conforto de Kolcaba vs Teoria Sinativa do Desenvolvimento

A teoria de conforto de Kolcaba é uma teoria de médio alcance que derivou da teoria de cuidado humano de Watson e assenta em quatro pressupostos fundamentais: os seres humanos têm respostas holísticas a estímulos complexos; o conforto é um resultado holístico desejado; os seres humanos procuram satisfazer ou ver satisfeitas as suas necessidades básicas de conforto e a integridade institucional é baseada num sistema que valoriza os cuidados centrados na pessoa (Kolcaba, 2001; Cardoso et al., 2019).

Kolcaba definiu os conceitos metaparadigmáticos em: Enfermagem, ambiente, saúde e Pessoa.

Na sua perspetiva a **enfermagem** é “a apreciação proposital das necessidades de conforto, a conceção das medidas de conforto para abordar essas necessidades”. Definiu a pessoa como indivíduo que recebe os cuidados que podem ser indivíduos, famílias, instituição ou quaisquer comunidades que precisam dos cuidados de saúde. O **ambiente** refere-se a aspetos da família, doente ou comunidade manipulados pelos enfermeiros ou qualquer outro elemento prestador de cuidados para promoção do conforto e ela definiu a **saúde** como o bom funcionamento de acordo com os relatos da pessoa ou grupo (Domingues & Ramos 2018; Kolcaba 2002; Mestrinho 2015).

Esta teoria é constituída por dois grandes aspetos: os três estados de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) e os quatro domínios no qual se pode vivenciar o conforto (físico, psicoespiritual, social e ambiental).

Relativamente aos estados de conforto, Kolcaba e DiMarco, (2005), consideram o alívio como o estado em que a satisfação de uma necessidade está realizada e a pessoa mantém a sua habitual atividade. A **tranquilidade** traduz-se no estado de calma e satisfação ou ainda ausência da dor, promove um funcionamento adequado da pessoa e a **transcendência** ou a renovação tem haver com a capacidade da pessoa para planear controlar e resolver os seus problemas.

No que concerne aos contextos em que o conforto é experienciado a autora refere que o **contexto físico** está relacionado com os fenómenos corporais, o **contexto sociocultural** refere às relações familiares sociais e interpessoais o **contexto psicossocial** tem haver com a auto estima, autoconceito e a sexualidade, por último o contexto **ambiental** que está relacionado com os aspetos ambientais como a luz, barulho, temperatura e elementos naturais ou artificiais do meio (Domingues & Ramos 2018; Kolcaba, 2003).

Esta teórica considerou as medidas de conforto como as intervenções de enfermagem que contribuem para a satisfação das necessidades de conforto das pessoas. Ela ainda determinou três tipos de medidas de conforto: técnicas, de coaching e alimento de conforto (Kolcaba, 2003). Segundo a autora, as **medidas técnicas** estão relacionadas com as intervenções que tencionam a preservação do equilíbrio (homeostasia) e o controlo da dor, como por exemplo: monitorização de sinais vitais, administração de terapêutica. As **medidas de coaching** traduzem-se no ensino e treino, disponibilidade para fornecer informação, com vista à redução da ansiedade e auxiliar no planeamento de forma objetiva a sua recuperação ou uma morte digna e culturalmente sensível. A última medida ela designou de **alimento de conforto para a alma**, sendo que esta abrange as medidas de conforto que tem como objetivo o conforto ao nível da transcendência tanto da pessoa como da família que podem ser a massagem, a musicoterapia, o cuidado com o ambiente promovendo a paz e a tranquilidade (Kolcaba, 2003). Assim para contextualizarmos a teoria de Conforto de Kolcaba em cuidados neonatais devemos ter em consideração os conceitos fundamentais supracitados acima. Relativamente ao contexto físico, podemos salientar a diminuição da temperatura, o aparecimento da dor ou quaisquer outras alterações fisiológicas no RN, sendo que podemos utilizar as medidas técnicas que contribuí para o alívio e tranquilidade. No que se refere ao contexto

sociocultural ressaltamos a necessidade de instruir os pais dos RNs para a utilização das medidas não farmacológicas para promover conforto ao filho. Com relação ao contexto psicossocial, gostaríamos de evidenciar a capacidade dos pais em apoiar o RN durante procedimentos dolorosos. Neste caso a utilização das medidas “alimento de conforto para a alma” e a promoção do empoderamento dos pais são fundamentais. Por outro lado, o contato pele a pele, o toque positivo e a massagem são medidas de alimento para a alma, medidas essa que contribuem para que tanto os pais como os RN consigam superar qualquer vivência do desconforto e atingir o Por outro lado, os sinais do stresse ou comportamentos de retraimento indicam o estado do desconforto e stresse, pelo que neste caso as estimulações excessivas devem ser suspensas paulatinamente obrigando os profissionais a aguardar o momento mais adequado para intervir, daí a importância de conhecer e saber identificar os sinais neuro-comportamentais do RNPT (Silva, 2006; Als, 2009; Almohalla & Guerra, 2011).

Para uma melhor interpretação dos comportamentos de aproximação e retraimento elaboramos a tabela abaixo (Tabela 1), caracterizando os comportamentos da estabilidade ou estado do conforto e comportamentos de stresse ou desconfortos manifestados pelo RN. estado de transcendência. No que concerne ao contexto ambiental, contrariamente o ambiente ruidoso contribui para o estado de desconforto do RN pelo que as evidências científica recomendam a manutenção do ambiente terapêutico seguro para o conforto e bem-estar do RN. Assim segundo, Kolcaba (2005), a condição primordial para a utilização desta teoria é a avaliação das necessidades da criança e família atendendo o contexto de cuidados que as mesmas se encontram.

A teoria Sinativa do desenvolvimento foi desenvolvida por Heidelise Als em 1982 e caracteriza a organização do RN e seu desenvolvimento relativamente ao equilíbrio entre a interação do mesmo com o ambiente e os subsistemas neuro-comportamentais (Als, 1982). Na altura a autora fez uma comparação dos comportamentos dos RN de termos e prematuros, tendo em consideração as mudanças neurodesenvolvimentais que diferenciavam entre si a partir da escala de avaliação de Brazelton, sendo que foi possível observar que os prematuros apresentaram-se mais desorganizações em termos comportamentais do que os nascidos a termo, pela evidência de comportamentos sinalizadores de sua desorganização (Als, 1982, 1986).

A teoria é designada por teoria de organização Sinativa, porque durante cada estágio de desenvolvimento os subsistemas desenvolvem-se independentemente e simultaneamente

estão em constante interação um com o outro e com o meio ambiente (Silva, 2006). Esta teoria nasceu das observações feitas por Heidelise Als e esclarece nos que o RN é procriado num sistema ativo caracterizada por vários subsistemas especialmente Subsistema autônomo (ou fisiológico); Subsistema motor; Subsistema de organização de estados; Subsistema de atenção e interação (dentro do sistema de estados); Subsistema de autorregulação e equilíbrio (Als, 1982, 1986; Freitas, 2014). Deste modo ao submeter o RN a sucessiva sobrecarga sensorial, este por sua vez terá vários obstáculos na gestão da sua energia para conseguir autorregular se em todos os subsistemas (Als, 2015).

Assim o subsistema autônomo esta relacionado com o centro do funcionamento do organismo como por exemplo a coloração da pele, o padrão respiratório e sinais viscerais (movimentos intestinais, náusea e soluços), como também os sinais motores (contorcimento da face, extremidades ou do corpo) (Als, 1986; Freitas, 2014; Hockenberry & Wilson, 2014).

Com relação ao subsistema motor este tem a ver com a postura, tônus muscular, os movimentos e atividade corporal (Als, 2015; Freitas, 2009).

O subsistema dos estados de comportamentos relaciona se com a qualidade de cada estado, sua variabilidade, estabilidade de transição e manifestações do comportamento dominante às variações dos estados de alerta /consciência e sono (Freitas, 2009; Hockenberry & Wilson, 2014).

O subsistema de atenção e interação corresponde a capacidade de manter a atenção e interagir com os profissionais cuidadores e o meio para aprender as informações necessárias ao seu desenvolvimento (Freitas, 2009; Otoni & Grave, 2014).

O subsistema de autorregulação e equilíbrio são estratégias para manter se organizado com a suas funções reguladoras, que varia entre o estado de desorganização e organização equilibrando os demais subsistemas a um padrão de instabilidade comportamental do organismo (Freitas, 2009; Otoni & Grave, 2014). Assim percebe se que cada subsistema fornece-nos informações importantes, através dos sinais comunicativos de cada um, o que nospermite estruturar e adaptar os cuidados e as interações prevenindo assim sinais de desconforto, stress e/ou dor (Santos, 2006; Als, 2009).

Do ponto de vista da abordagem síncrono-ativa as modificações dos comportamentos do recém-nascido prematuro (RNPT), relativamente aos fatores estimulantes provenientes do meio são evidenciados através dos sinais autorreguladores/comportamentos de

aproximação e sinais do Stresse/comportamentos de retraimento (Silva, 2006; Als, 2009). Segundo estas autoras sinais de autorregulação ou comportamentos de aproximação significa que o RN se encontram estado de conforto sendo estes sinais indicação de que o mesmo esta a receber estimulação e interação adequada convidando o profissional a intervir com ele (Silva, 2006; Als, 2009; Almohalla & Guerra, 2011).

Tabela 1

Comportamentos de stresse/retraimento e Comportamentos de estabilidade/Aproximação dos RNP

Comportamentos de stresse/ Retraimento	Comportamentos de estabilidade/Aproximação
<ul style="list-style-type: none"> • Respiração regular, suave e estável; • Coloração rosada e estável; • Boa saturação de oxigênio; • Ausência de soluços; • Mãos na boca • Tronco encaixado em flexão; • Movimentos suaves e controlados; • Busca de sucção e sucção efetiva; • Contatos das mãos e pés com superfícies; • Agarrar, segurar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Respiração irregular, apneia, dificuldade respiratória; • Incapaz de reagir aos estímulos ambientais; • Apresenta se desconfortado quando submetido a vários estímulos; • Coloração marmoreada, pálida ou cianosada; • Soluços; • Tremores, contrações musculares • Membros em extensão, Flacidez; • Saturação de oxigênio <92%.

Fonte:Hockenberry & Wilson (2015)

A autora Heidelise Als, também desenvolveu o Programa de Avaliação e Cuidados Individualizados Voltados para o Desenvolvimento do Neonato (NIDCAP), juntamente com a sua equipa, que hoje em dia conta com mais de 12 centros de treinamento tanto nos Estados Unidos da América como a nível da Europa (Silva, 2006; Als, 2015).

Na sua perspetiva o objetivo da criação deste programa foi reduzir as repercussões negativas do ambiente da Unidade dos cuidados Intensivos sobre o RN prematuro, sendo este projetado para responder às necessidades de implementação dos cuidados para o desenvolvimento (Als, 2015).

Este representa um programa de intervenção neonatal possuindo inúmeras vantagens da sua aplicação para os cuidados de conforto nomeadamente a melhoria da estabilidade fisiológica, emocional e cognitiva do RNPT; a diminuição do período de internamento e

da ventilação mecânica; a promoção do crescimento e desenvolvimento do RN; redução do aparecimento das doenças crônicas e a promoção do vínculo materno (Als et al., 2004; Tavares, 2020). Assim podemos verificar que as duas teorias acima apresentadas estão interligadas, uma vez que ambas abordam o conceito de conforto embora em contextos diferentes. A luz da teoria de Kolcaba o conforto é mais do que a ausência de dor ou outro desconforto físico enquanto que a teoria Sinativa do desenvolvimento descreve a o comportamento e organização do recém-nascido bem como o desenvolvimento deste relativamente ao equilíbrio entre a interação da criança com o ambiente e os subsistemas neuro comportamentais.

1.2 Promoção de Conforto ao RN

A promoção do conforto no RN encontra-se muitas vezes relacionada com o alívio da dor e o enfermeiro deve orientar os seus cuidados para as suas necessidades, que envolve a promoção do conforto e estabilidade, de forma a reduzir o stress causado por intervenções ambientais e terapêuticas, identificando os fatores de desconforto e valorizar a sua minimização (OE, 2013). A “**promoção**” é segundo (CIPE, 2010), ação de assistir, ajudar a começar a progredir alguma coisa. O “**conforto**” é por sua vez a sensação de tranquilidade físico bem-estar corporal (CIPE, 2010).

De acordo com Batalha, (2010); OE, (2013); Roldão, (2017), as principais intervenções que promovem conforto no RN consistem na organização de cuidados a prestar ao mesmo, evitando manipulações constantes, a manutenção de um longo período de sono, a necessidade da redução das luzes e do ruído ambiental bem como a diminuição do alarme dos monitores contribuindo para a promoção do silêncio.

Outra intervenção importante que foi recomendada pela Academia Americana de Pediatria é a utilização da sacarose ou outras substâncias adoçadas em RNs internados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, durante a realização de procedimentos como a punção venosa para o alívio da dor aguda e a sucção não nutritiva que contribui para inibição da hiperatividade e diminuição do desconforto do RN (AAP, 2016).

Existem ainda outras intervenções no âmbito da promoção de conforto no RN e as mesmas estão relacionadas com o posicionamento adequado utilizando ninhos de contenção que facilita a organização do estado de comportamento do RN, embeço e colo, a promoção de contacto físico (Método Canguru) contribuindo para a redução do choro e sinais de stress nos RNs prematuros (Batalha, 2010; Linhares & Doca (2010).

1.3. Universo dos Cuidados Desenvolvimentais: Medidas Centrais

Em 2008, Hoath, Coughlin, Gibbins e Franck, desenvolveram o “Modelo Universo dos Cuidados para o Desenvolvimento (UCD)” decorrente do conhecimento da Enfermagem, o que nos possibilita observar as dimensões dos cuidados desenvolvimentais. Este modelo foi concebido com base na teoria Sinativa do desenvolvimento, apoiada num novo enquadramento das práticas de cuidados baseadas na evidência, que caracteriza um ambiente de cuidados centrado no RN, por ser um modelo de apoio ao desenvolvimento adequado à idade do RNPT (Coughlin, 2014; Gibbins et al., 2008 e 2010).

Na perspetiva dos mesmos autores este modelo integra um sistema dinâmico e complexo, no qual o cérebro e o ambiente geram um espaço de neurodesenvolvimento dividida com a pele, sendo esta última o elemento responsável por todas as interações que o RN estabelece com o ambiente, abrangendo a mutualidade com a família e os cuidadores (Coughlin, 2014; Gibbins et al., 2010). Assim, o modelo do UCD, representa um retrato gráfico (**Figura 1**), idêntico ao sistemasolar, colocando o RN como foco central dos cuidados.



Figura 1 - Modelo Universo de Cuidados para o Desenvolvimento

Fonte: Coughlin, 2014

Neste modelo o RN é centralizado como um organismo dinâmico, constituído por sistemas fisiológicos internos, influenciados por um ciclo de sono-vigília necessário e uma superfície de cuidados externos. É representada por uma perturbação dentro da órbita

fisiológica que necessita de intervenção médica e cuidados de enfermagem (Ferraz et al., 2022). Numa órbita próxima do RN, encontra-se a família, que representa os Cuidados Centrados na Família (CCF), indicando a interação do ambiente familiar com o RN. Este posicionamento reconhece o papel crucial da família na experiência do RN internado, como também na influência que tem na prestação de cuidados, salientando o fato de que a família é parceira nos cuidados (Coughlin, 2014; Carvalho 2021; Ferraz et al., 2022). Os profissionais são representados por uma órbita defensora, em volta da díade família-RN (Coughlin, 2014; Carvalho 2021). A órbita externa pertence ao ambiente terapêutico e é composto por ambiente organizacionais, físico e humano (Gibbins et al., 2010; Ferraz et al., 2022).

Foi com base no modelo Universo de Cuidados para o Desenvolvimento, que Coughlin e colaboradores definiram cinco medidas fundamentais, sendo que cada uma dessas medidas caracteriza o universo dos cuidados, tendo em consideração as necessidades do RN e suas famílias. Dentre as medidas centrais podemos destacar: o ambiente terapêutico; prevenção, avaliação e gestão da dor e stresse; proteção do sono; suporte ao desenvolvimento das atividades de vida diária adequadas à idade, incluindo o posicionamento, os cuidados à pele e alimentação oral e os Cuidados Centrados na Família (Gibbins et al., 2010; Coughlin, 2014; 2016; Goudarzi et al., 2015), sendo que cada uma dessas medidas evidencia orientações nos cuidados ao RN perspetivando um cuidado Holístico.

Todas essas medidas centrais têm repercussões na qualidade dos cuidados a prestar no RN. **O ambiente terapêutico** abrange todo o ambiente físico, humano e organizacional que interfere na prestação de cuidados ao RN (Coughlin, 2014 e 2016; Ferraz *et al.*, 2022); a exposição do RN à **dor** e stresse tem consequências a nível físico, psicológico e comportamental (Coughlin, 2016; Ferraz *et al.*, 2022); a qualidade e proteção do sono no RN é fundamental no desenvolvimento sináptico, aprendizagem e memória (Watson & Buzsaki, 2015); as atividades de vida diária que incluem o posicionamento, a alimentação do RN e os cuidados à pele influenciam os fatores fisiológicos, o sono e repouso, crescimento e maturação neurológica, comportamental, músculo-esquelética, postural e dos movimentos do RN (Coughlin 2014, 2016; Ferraz, *et al.*, 2022). Relativamente aos cuidados centrados na família, sabe-se que nesta filosofia as necessidades das famílias e crianças são centrais nesse processo (Coughlin, 2016).

1.3.1. Dor no RN: Avaliação, Prevenção e Alívio

De acordo com a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) a dor como é experiência sensorial e emocional desagradável, associada ou semelhante a um dano real ou potencial dos tecidos (IASP).

A International Council of Nurses, definiu a dor como sendo:

“(...) Percepção comprometida: aumento da sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação” (ICN, 2016, p.54).

Na sua estrutura este constitui um dos focos da prática de enfermagem e uma área de atenção especial.

Este é considerado um acontecimento com múltiplas dimensões que resulta da lesão tecidual concreta ou potencial que venha a ocorrer provocando em todos os casos, tipos e intensidades de dor, sofrimento na pessoa que experimenta o fenómeno (DGS, 2013).

Em contexto de neonatologia é possível dividir a dor em RN em dois grandes grupos (dor aguda e dor persistente ou prolongada), sendo que a etiologia, avaliação e abordagem são diferenciadas (DGS, 2012; Silva, 2022).

A dor aguda de início súbito e de duração limitada, resulta da realização de procedimentos invasivos tanto terapêuticos como diagnósticos (Silva, 2022). A dor persistente ou prolongada, está relacionada com determinadas patologias, principalmente de foro inflamatório, como por exemplo a enterocolite necrosante, mas ainda pode incluir outra situação como a ventilação invasiva e dor pós-operatória (DGS, 2012; Silva, 2022). A dor Pós-operatória enquadra-se no grupo da dor persistente por ter uma duração mais prolongada.

Ao longo de muitos anos julgou-se a incapacidade dos RN sentirem a dor devido a sua

imaturidade do sistema nervoso central, contudo as evidências indicam que a capacidade de sentir dor se inicia durante a vida intrauterina, entre as 24 e as 28 semanas de gestação e que o feto consegue dar resposta aos estímulos a partir da 28ª semana de gestação (Batalha, 2006; Moreno 2012).

A partir da década de 1990, após severas observações foi verificado que a dor não baseava-se unicamente na mielinização e ficou comprovado que o RN possuía todos os componentes, principalmente cerebrais, necessários para transmissão do estímulo doloroso (Moreno, 2012).

Evidências recentes apontam que nos RN existem uma densidade maior dos recetores da dor cutâneo comparando com a crianças e adultos, as distâncias entre os axónios são mais curtas, a quantidade e qualidade dos neurotransmissores inibidores descendentes é muito mais pequeno, pelo que somente a partir dos três meses de vida que opióides endógenos e vias inibidoras medulares conseguem adquirir o normal funcionamento (Batalha, 2006; Chaves, 2017).

No período neonatal a capacidade de manifestar dor e a sua intensidade é praticamente nula, pois os mecanismos de controlo descendentes ainda não estão completamente desenvolvidos, fazendo com que a transmissão e percepção da dor seja maior e potenciada, justificando assim o fato de que o RN é 'hiperálgico' (Anand et al., 2001 Cit. por Batalha, 2006).

Nesta fase as experiências da dor podem ter repercussões fisiológicas, comportamentais e até alterações no desenvolvimento do sistema nervoso (Batalha, 2006; Moreno, 2012). Essas alterações comportamentais podem ser movimentos corporais, expressões faciais próprias de dor e choro, podendo ainda aparecer respostas comportamentais complexas como por exemplo irritabilidade, diminuição do apetite e alterações do padrão de sono (Batalha, 2010; Hockenberry & Wilson, 2014;)

Para uma melhor abordagem da problemática da dor e a adequar melhor ao nosso contexto de cuidados separamos os conceitos avaliação e gestão, pelo que nos próximos parágrafos abordaremos estes dois conceitos que são fundamentais na qualidade dos cuidados de saúde.

Avaliação da Dor no RN

Atualmente a gestão adequada da dor nas unidades de saúde é um dos aspetos mais importante e é considerada a nível internacional, como padrão de qualidade, que em todos os serviços há necessidade de implementar programas de melhoria contínua da avaliação da dor nas crianças. (DGS, 2010). É condição primordial para uma prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e promover conforto e bem-estar do RN e família (Hockenberry & Wilson, 2014).

A avaliação da dor é o primeiro passo para a gestão eficaz da mesma. Esta consiste numa oportunidade primordial de identificar a presença da dor e quantificá-la numericamente ou em termos qualitativos, permite identificar e reconhecer a criança com dor, objetivar um fenómeno por natureza subjetivo, uniformizar a linguagem dentro da equipa de saúde facilitando a tomada de decisões homogéneas, adaptar de forma personalizada o seu controlo e avaliar a eficácia das intervenções e sua correção em tempo útil (DGS, 2010; Chaves 2017). Silva (2022), corroborando com as recomendações propostas pela DGS, indica que dor como o quinto sinal vital requer uma avaliação de forma sistemática e regular. O seu controlo adequado é considerado um padrão de qualidade dos serviços prestadores de cuidados de saúde (DGS, 2012; Silva, 2022).

A nível de neonatologia investigações recentes apontam conjunto de recomendações a ter em consideração para a gestão eficaz da dor no RN sendo que podemos salientar as seguintes:

Avaliar de forma continua a dor e stresse no neonato, para garantir a prevenção e gestão; utilizar instrumentos adequados da avaliação da dor antes durante e depois do procedimento doloroso observando o efeito dos métodos de alívio da dor utilizado; formar e treinar equipa para o reconhecimento da dor no RN valorizando a sua prevenção; realizar auditorias das práticas de avaliação e prevenção da dor responsabilizando os membros da equipa (Coughlin 2016; AAP, 2006; Ferraz, et. al, 2022).

A avaliação da dor deve ser feita com base nos instrumentos/escalas de avaliação validados para a idade da criança. A escolha da escala de avaliação a utilizar é importante, pois hoje em dia mediante muitas opções torna-se um pouco confuso escolher a mais adequada para utilizar no RN.

Numa investigação realizada por Mel (2014), distinguiu cerca de 29 escalas já validadas

para avaliar a dor em RN prematuros e de Termo, sendo que 13 dessas escalas são unidimensionais porque permite avaliar a dor tendo em consideração somente um indicador e outras 16 escalas são multidimensionais, uma vez que dá importância a fatores fisiológicos e comportamentais para a avaliação da dor contribuindo para uma avaliação mais extensiva.

Dentre essas escalas a Direção Geral de saúde destaca a NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) com a mais apropriada para prematuros e recém-nascidos de termo, a EDIN (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né) a de referência para Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, o PIPP (Premature Infant Pain Profile) como mais útil para a avaliação da dor em procedimentos e a N-PASS (Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale) a mais adequada para avaliar dor do recém-nascidos em ventilação assistida (DGS, 2010).

Batalha et al., 2005, referem que a escala padrão a utilizar exige preparação da equipa, mínimo de recursos financeiros e de fácil interpretação consumindo menos tempo e que permite quantificar a dor tanto em intensidade como em duração e adequada na idade recém-nascido, ao contexto clínico e ao tipo de dor.

Assim sendo a escala mais apropriada para implementar na unidade de neonatologia é a EDIN (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né (**Anexo II**)). Por ser de fácil utilização e compreensão e porque também pode ser aplicado da 25^a semana de gestação até ao ano de idade, sendo a viabilidade da nossa população a partir da 26^a semana. Composta por cinco indicadores de avaliação comportamentais, esta escala é de referência para Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e permite avaliar todos os tipos de dor (dor aguda e prolongada), sendo de fácil utilização, pode ser aplicado em prematuros ou em recém-nascidos de termo até aos três meses de vida. Permite nos avaliar a dor com base na expressão do rosto, movimentos corporais, qualidade do sono, qualidade da interação/contacto com os enfermeiros (sociabilidade) e a facilidade da criança em ser reconfortada (consolabilidade) (DGS, 2010; Pédiadol, 2015). Cada indicador constituinte deste instrumento é avaliado numa escala de zero a três pontos, de modo que o score total varia de zero a quinze pontos. Assim a pontuação zero significa ausência da dor, um a quatro dor ligeira, cinco a oito a dor moderada, nove a doze dor intensa e treze ou mais a dor muito intensa, sendo que a única condição exigida para a utilização desta escala é a formação e treinamento da equipa para observação de RN e RNPT (DGS, 2010; Pédiadol, 2015; Chaves, 2017).

Prevenção e Alívio da Dor no RN

A Ordem dos Enfermeiros de Portugal considera o controlo da dor como sendo um processo ativo de estratégias e intervenções coordenadas, que visa a prevenção, o alívio e tratamento da dor (OE, 2013).

A prevenção e alívio da dor é um dever de todos os profissionais de saúde e direitos de todas as crianças e constitui a ferramenta fundamental para qualidade da sobrevivência dos RN (DGS, 2010). É uma das melhores estratégias para garantir essa sobrevivência é através da utilização de intervenções não farmacológicas nomeadamente no uso de analgesia adequada, na realização do procedimento doloroso somente quando for extremamente necessário a limitação dos estímulos agressivos nas crianças (APA, 2016; Moreno 2012). E para o sucesso no alívio da dor é fundamental a avaliação e reavaliação sistemática da mesma (DGS, 2010). A intervenção dos enfermeiros na prevenção e alívio da dor esta sujeito a avaliação da mesma, pelo que uma dor só é tratada quando identificada, da mesma forma que se não avaliarmos a dor não teremos uma apreciação confiável da necessidade de intervenção e ainda da eficácia dessas intervenções (Nascimento, 2010). As recomendações da DGS proposta pela ordem dos enfermeiros de Portugal são claras quando refere “avaliar a dor de forma regular e sistemática, desde o primeiro contacto, pelo menos uma vez por turno ou de acordo com protocolos instituídos” (OE, 2008, p.17). A avaliação cuidadosa e individualizada e em todos os aspetos da sua manifestação é a condição principal para o alívio adequado da dor no RN, pois este representa a maior barreira para o tratamento neste período (Guinsburg & Balda, 2009).

A prevenção e alívio da dor enquadra se dentro de uma das mais abrangentes filosofias de cuidados Pediátricos os “cuidados Atraumáticos”. Estes são definidos como sendo “cuidados terapêuticos fornecidos por profissionais através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pela criança e seus familiares, em qualquer local, do sistema de cuidados de saúde” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.11).

A minimização e eliminação desse desconforto faz com base nas medidas farmacológicas e não farmacológicas, comprovadas cientificamente as suas eficácias na prevenção e alívio da dor no RN (Lima & Carmo, 2010; Moreno, 2012).

Relativamente as medidas farmacológicas estes estão associados ao uso de diversas drogas e as mesmas são definidas consoante as necessidades individuais de cada RN, peso e idade gestacional, incluindo a intensidade do estímulo doloroso (Batalha, 2010). Assim sendo é essencial o ajustamento da dosagem terapêutica e adequar o mesmo ao peso do RN atendendo ao rápido crescimento e desenvolvimento nesta fase, que as variações da “farmacocinética e farmacodinâmica dos analgésicos estão de acordo com o desenvolvimento da criança. As quantidades analgésicas nas crianças são influenciadas pela diferença no metabolismo, filtração e distribuição das drogas.” (Batalha, 2010, p. 49).

No que concerne as opções farmacológicas, as evidências recentes apontam como as mais indicadas na prevenção e alívio da dor no RN os seguintes:

Para dor Ligeira – Analgésico do degrau I (não opióides – ácido acetilsalicílico, Paracetamol, Anti-inflamatórios não esteroides como o diclofenaco e ibuprofeno (Simons et al.,2006; Cruz, 2020; Batalha, 2010).

Para dor moderada -- Analgésicos do degrau I ou II (Opióides Fracos como o Tramadol) (Cruz, 2020; Batalha, 2010; DGS, 2012).

Para dor muito intensa recomenda-se o uso de Analgésicos do degrau III (Opióides fortes – Morfina, Fentanilo) (Batalha, 2010; DGS, 2012).

A Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria, recomenda ainda outros fármacos além dos mencionados acima, sobretudo os anestésicos gerais e locais, sedativos, benzodiazepinas e anticonvulsivantes, sendo que a finalidade da sua utilização não é propriamente o alívio da dor, mais sim a redução da morbidade ligada ao stresse e a melhoria das condições de segurança, nomeadamente com a diminuição da saída acidental de tubos endotraqueais e/ou de cateteres (Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2006 cit por Cruz,2020).

Prefere se a administração destes fármacos por via oral, pois é menos doloroso e mais fácil, entretanto a maioria dos RN internados tem um acesso venoso periférico o que torna a via intravenosa a mais utilizadas e eficazes (Batalha, 2010). Deve se evitar as vias intramusculares e subcutâneas ou utilizar no último recurso, visto que a administração é dolorosa, além de não garantir a absorção fidedigna pode ainda levar ao aparecimento de hematomas e abcessos (Batalha, 2010).

Em relação as medidas não farmacológicas, estas referem-se as intervenções autónomas ou interdependentes que são seguras, não-invasivas e de baixo custo e que podem ser utilizadas pelos enfermeiros para o tratamento e alívio da dor ou do desconforto no RN.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, define no artigo 9º as intervenções autónomas ou interdependentes como sendo “ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidades de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na acessória, com os contributos na investigação em enfermagem.” (OE, 2018 P.02).

Assim o enfermeiro deve aplicar conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem. Garantir a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor. Aplicar conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor como nos refere as alíneas E2.2.1., E2.2.2., E2.2.3 do regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil (OE, 2018).O mesmo documento ainda expõe que o enfermeiro deve “Providenciar cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, devendo recorrer a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência.” (OE, 2018, p.2), bem como “demonstrar conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/jovem.” (OE, 2010, p. 4). Sendo o objetivo das intervenções não farmacológicas a promoção do conforto, as evidencias recomendam implementação de medidas comportamentais e ambientais na prática clínica, com por exemplo a diminuição da luminosidade, do ruído ambiental e alarmes sonoros limitando o aparecimento de stresse promovendo o conforto e estabilidade do recém-nascido, a diminuição do número de manipulações do RN e o agrupamento de cuidados possibilitando longos períodos de sono e repouso, a utilização da massagem terapêutica (OE, 2013). Para além dessas intervenções existem ainda outras medidas não farmacológicas que podem ser utilizadas com a mesma finalidade “prevenção e alívio da dor”, sendo que podemos destacar as seguintes:

- Utilização de soluções adocicadas por via oral, como a sacarose que produz a libertação de opióides endógenos conferindo um efeito analgésico. Esta ainda é mais eficaz quando associado a sucção não nutritiva (AAP, 2016);

A promoção do aleitamento materno e encorajar os pais a estarem presentes durante procedimentos dolorosos (Benoit et.al, 2017).

Evitar procedimentos repetidos após várias tentativas sem sucesso (Motta & Cunha, 2015) e evitar contatos desnecessários tanto nas incubadoras como manipulações demasiadas do RN (OE, 2013);

O posicionamento adequado utilizando ninhos de contenção que facilita a organização do estado de comportamento do RN, embalo e colo, a promoção de contacto físico (Método Canguru) contribuindo para a redução do choro e sinais de stresse nos RNs prematuros (Batalha, 2010; Linhares & Doca, 2010).

1.3.2 - Posicionamento terapêutico do RN internado

Durante o período intrauterino o RN reside num ambiente líquido com contenção do padrão flexor, não sofrendo ação de gravidade. Transitando para o ambiente extrauterino o RN tem necessidade de adaptar a este ambiente para uma melhor qualidade de vida aumentando assim a sua sobrevivência (Paiva, 2022).

Evidencias recentes mostraram que a diminuição dos ruídos, redução da luminosidade, diminuição do stresse, manipulação mínima e posicionamento terapêutico adequado são alguns dos cuidados importantes que se devem levar em consideração em relação ao conforto e bem-estar do RN (Paiva, 2022; Cruz 2018).

Durante a gestação os RN recebem muitos estímulos táteis e cinestésicos por meio da parede uterina e do líquido amniótico, com o nascimento estes começam a perder esses componentes de contato com a mãe, acabando por receber estímulos negativos como dor, procedimentos estresseantes e barulhos, levando ao aparecimento de efeitos destrutivos para o desenvolvimento neuro-psicomotor. Sendo assim, o posicionamento terapêutico consiste numa das intervenções mais básicas utilizadas para facilitar suporte postural, estabilidade neuro-motora e neuro-comportamental, estabilidade músculo-esquelética (Cruz 2018; Hunter, 2010). Estes mesmos autores consideram que o posicionamento terapêutico é uma estratégia de intervenção que permite o desenvolvimento cerebral, promoção da função fisiológica, da integridade da pele, da regulação térmica, da densidade óssea, do sono, tendo como objetivo ajudar na auto-organização, inibição das posturas prejudiciais, alinhamento biomecânico facilitando as experiências sensório-motoras adequadas (Hunter, 2010).

Por isso o posicionamento terapêutico tem uma grande importância e repercussão no

RN principalmente os nascidos antes do tempo, por pertencerem ao grupo que possui alterações no processo de crescimento e desenvolvimento. Estas alterações estão relacionadas com a pouca orientação à linha média, a menor tolerância à manipulação, reflexos com menor visibilidade e alterações do tônus muscular influenciando a aquisição de competências motoras no decorrer do desenvolvimento (Nel & Terrie, 2013; Pascoa, 2019).

Nos RN prematuros o Posicionamento terapêutico visa promover o suporte postural e de movimento que estes requerem para o desenvolvimento do sistema musculoesquelético idênticas a do RN de termo (Altimier & Phillips, 2013).

De acordo com Santos *et al.*, 2017, posicionar adequadamente o RN e de forma regular contribui para a melhoria da sua autorregulação, proporcionando o controlo do estado e vigília, surgindo menos episódios de stress, o que favorece a maior conservação de energia resultando em crescimento e o desenvolvimento adequado.

Por outro lado, o posicionamento adequado tem uma interferência importante na biomecânica da caixa torácica, servindo com um suporte da musculatura respiratória, visando promover maior força de contração muscular, proporcionando menor esforço respiratório e menor desvantagem mecânica ao sistema respiratório (Santos *et al.*, 2020).

Evidências indicam a necessidade da mudança do decúbito no RN para prevenir o aparecimento de úlceras por pressão diminuindo diversidade da estimulação sensorial, promovendo segurança, organização comportamental, satisfação emocional e autorregulação do RNPT (Sousa *et al.*, 2016; Cruz 2018).

A posição mais recomendada na literatura é a em flexão ligeira e o mesmo deve ser mantido durante todos os procedimentos. Pode-se utilizar todos os decúbitos, mas nos prematuros o mais recomendado são os decúbitos laterais e ventral devido à insuficiência da força muscular e pela necessidade de conforto e estabilidade fisiológica que o mesmo requer (Freitas, 2014).

Posicionar o RN em decúbito lateral possibilita o contacto visual com as mãos, simplificando o trabalho da musculatura intercostal do lado que o RN se encontra apoiado (Camargo *et al.*, 2017; Tavares, 2020). Outro aspeto importante e que é parte integrante do posicionamento é a contenção que nos ajuda a garantir uma posição fletida suave diminuindo períodos de desorganização a quando do reposicionamento favorecendo a auto-organização postural promovendo assim sentimentos de segurança Hospital e à do ambiente intrauterino (Hockenberry & Wilson, 2014).

Os principais objetivos do posicionamento terapêutico compreende se principalmente em estimular o padrão respiratório, de mobilidade e de eliminação; prevenir complicações circulatórias e músculo-esqueléticas; desenvolver o sistema neuromuscular; diminuir contracturas e prevenir deformidades; promover o esvaziamento gástrico; prevenir úlceras pressão e hemorragia intracraniana; mobilizar secreções brônquicas; providenciar conforto e bem-estar; Promover o alinhamento corporal (Cruz 2018; Fonseca & Barros, 2016).

Numa investigação recentemente realizada por Tosso e colaboradores, constataram que ao posicionar os RN em decúbitos e posturas distintas os mesmos experimentam diferenças nas forças de pressão nas articulações e músculos influenciando positivamente o desenvolvimento dos mecanorreceptores na preparação para o movimento coordenado (Toso *et al.*, 2015).

Os mesmos investigadores recomendam a implementação de protocolos de posicionamento padrão bem estruturados, facilitando o trabalho da equipa de prestação de cuidados e contribuindo para diminuição do stress fisiológico e motor do RN.

Os princípios fundamentais para o posicionamento e manipulação do RN foram identificados no estudo recentemente realizado dentre as quais podemos destacar o mais adequado para o nosso contexto de cuidados:

- ✓ Avaliar o ciclo de sono-vigília do RN afim de planear o momento adequado para o reposicionamento (Coughlin *et al.*, 2010);
- ✓ A manipulação deve ser feita paulatinamente, articulando os movimentos, com as extremidades do RN em flexão e contenção (Coughlin, 2014, 2017; Pascoa, 2019);
- ✓ Promover o contacto das mãos com a boca, para autoconsolo, permitindo movimento espontâneo dos dispositivos utilizados para o posicionamento fornecendo contenção tátil e permitir a perceção do próprio corpo (Altimier & Phillips, 2013; Pascoa, 2019);
- ✓ Os suportes de posicionamento devem ser retirados aos poucos conforme o RN em decúbito dorsal demonstrar flexão fisiológica da parte superior do corpo (Pascoa, 2019; Altimier & Phillips, 2013); e Incentivar o posicionamento do RN em decúbito ventral nas atividades diárias do RN e capacitar o pais sobre as técnicas posicionamento (Coughlin, 2014, 2017; Cruz 2018);

2. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Uma vez que se trata de um trabalho projeto e seguindo a sua metodologia que é centralizada numa investigação com base na identificação e resolução do problema atual, torna-se essencial conhecer a situação do serviço.

O diagnóstico de situação é na perspetiva de Ruivo (2007), a primeira etapa da metodologia de trabalho projeto e a sua realização visa descrever a real situação do serviço e desenvolver um plano de intervenção sobre a problemática identificada.

Assim, neste capítulo, mediante o problema anteriormente identificado, apresentamos o estudo realizado durante o período do diagnóstico de situação que corresponde a componente científica do presente trabalho.

De salientar que o diagnóstico da situação, realizado teve como a finalidade conhecer melhor a situação do serviço no que concerne aos cuidados de conforto e obter informações que nos ajudam a definir melhor a nossa área de intervenção.

Neste seguimento apresentamos a seguir os principais objetivos do diagnóstico da situação, a metodologia utilizada para a sua concretização, os principais resultados obtidos seguidas da discussão e principais implicações.

2.1. Objetivos

De acordo com Ruivo et al., 2010, os objetivos são representações antecipatórias centralizadas na ação que se pretende realizar e são elementos essenciais para a realização do planeamento.

Assim sendo, para o diagnóstico da situação definimos os seguintes objetivos:

- Identificar frequência da utilização das medidas promotoras de conforto no RN internado;

2.2. Metodologia

Para o cumprimento dos objetivos acima supracitados, neste subcapítulo esclarecemos os aspetos metodológicos utilizados no nosso estudo e que representaram a base fundamental para o processo da nossa investigação.

A metodologia é determinada pela problemática e pela pesquisa de estudos já feitos e é a partir desta que se pode ajustar qualquer opção metodológica.

Na perspetiva de Sousa e Baptista (2011), a metodologia de investigação é um processo de escolha de métodos que mais se adequa aos objetivos que pretendemos atingir e são esses métodos selecionados pelo investigador que sustentam a investigação.

Assim apresentamos aqui o tipo de estudo realizado, os participantes que fazem parte do nosso estudo, a amostra e técnica de amostragem utilizadas para a recolha de informação, que instrumento da recolha de dados utilizamos, os procedimentos éticos legais tivemos em consideração.

2.2.1 - Tipo de Estudo

Relativamente ao tipo de estudo optamos por estudo descritivo simples com abordagem quantitativa

É um estudo descritivo porque primeiramente pretendemos obter mais informações acerca da utilização das medidas promotoras de conforto no RN uma vez que existem poucos trabalhos de investigação relacionados com a temática na unidade.

É de abordagem quantitativa tendo em consideração o tipo de operações estatísticas realizadas, pretendemos compreender e verificar numericamente as informações recolhidas.

O estudo de natureza quantitativa é, segundo Polit e Beck (2011), processo minucioso da análise de dados observáveis e quantificáveis, permitindo o tratamento estatístico dos dados, fornecendo informações em relação às variáveis escolhidas.

Ainda segundo estas autoras, a investigação quantitativa possui o seu pressuposto no paradigma positivista uma vez que tem a sua origem nas ciências físicas, na qual a verdade é absoluta a visão do mundo é racional e científica (Polit & Beck, 2011).

2.2.2 Contexto do Estudo

O presente projeto foi desenvolvido na unidade de neonatologia de um Hospital Central em Cabo Verde. Trata-se de um serviço de referência nacional do nosso país, situa-se no edifício da Maternidade do mesmo Hospital, especificamente no segundo andar, entrou em funcionamento em Maio de 2011. Prestam cuidados do nível II aos RNs gravemente doentes, que necessitem de cuidados especiais e/ou prematuros vindos sala de partos, bloco operatório de cesariana, ou proveniente das outras regiões do país.

No que concerne aos diagnósticos da entrada do RN no serviço, são inúmeros, entretanto o mais prevalente são as malformações e cardiopatias congénitas, síndrome de dificuldades respiratórias seguidas da prematuridade. De acordo com os dados estatísticos em 2020 só neste Hospital nasceram cerca de 240 Recém-nascidos prematuros.

Em termos da estrutura física a unidade conta com duas alas de trabalho, a da UCI e a do alojamento conjunto. Atualmente esta unidade tem capacidade para receber mais de 20 RNs na UCI e conta com equipamentos que garantem minimamente uma boa monitorização dos RN, possui 4 equipamentos de ventilação invasiva e 4 não invasiva, mesa de reanimação com fonte de calor radiante, balas de oxigênios, aspiradores e monitores cardíacos distribuídos por cada incubadora. No que concerne a ala do alojamento conjunto, os RN ficam internados junto da mãe com acompanhamento da equipa de Neonatologia.

Com relação as visitas as mães permanecem internadas nos diferentes serviços da maternidade e podem visitar os filhos diariamente entre às 8h30 e 0h30, quanto aos pais e avós, este tem visitas diárias 15h durante 10 a 15 minutos. Os restantes familiares só poderão visitar a criança quando este for para o alojamento conjunto com a mãe.

Os cuidados aos RNs são garantidos nos turnos de 8 horas estando em cada turno 3 enfermeiros. Na unidade ainda não tem um rácio da distribuição pelo que na sala da UCI ficam normalmente 2 enfermeiros a assumir os cuidados e no alojamento conjunto fica somente um enfermeiro. Relativamente a recursos Humanos, o serviço conta com 14 enfermeiros, dentre estes 3 possuem o grau de mestrado, 5 médicos com especialidades em pediatria/neonatologia e 4 assistentes de serviços gerais.

Quanto as passagens de serviços, estes são feitas diariamente em reuniões entre médicos e enfermeiros de serviço na sala de trabalho junto da incubadora do RN.

As visitas medicas também acontecem sempre nos turnos da manhã, e normalmente estão quatro médicos, um para alojamento conjunto, um para bloco e sala de partos e dois médicos para UCI.

2.2.3 - Participantes

A prática dos cuidados centrados no desenvolvimento e a promoção de conforto num RN internado numa unidade de neonatologia são da responsabilidade de todos os profissionais envolvidos nos cuidados diários dos mesmos, por esse motivo e para o sucesso na implementação do nosso projeto de melhoria contínua sugerimos que a nossa população alvo seria todos os profissionais que estão envolvidos diretamente com cuidados dos RNs internados incluindo Médicos e enfermeiros.

Excluimos assim do nosso estudo os outros profissionais que trabalham na unidade de

neonatologia (Ajudantes de Serviços Gerais), pela complexidade do questionário aplicado e porque também nesta fase inicial pretendemos centrar a nossa preocupação na problemática dos cuidados de conforto no RN em sua dimensão a avaliação e gestão da dor no RN e o posicionamento.

O tipo de amostragem utilizada é não probabilístico. Fortin, (2009), define a amostragem não probabilística como sendo a que o investigador já tem o conhecimento das suas características dentro da população.

O critério de inclusão definido para o nosso estudo foi:

- ✓ Exercer funções na unidade de neonatologia do Hospital e que estivessem em serviço durante o período da colheita de dados;

Assim, no universo de 20 profissionais envolvidos diretamente nos cuidados diários do RNs internados tivemos uma amostra de 17 pessoas que corresponde a 85% da população total do estudo.

2.2.4 -Procedimentos Éticos Legais

Todo e qualquer trabalho de investigação que se realiza ligado a seres humanos devem ter em consideração os aspetos éticos, tendo em vista que é importante analisar a responsabilidade do investigador relativamente ao respeito pela proteção dos direitos da pessoa(Fortin *et al.*, 2009).

Assim sendo, como todos os trabalhos de investigação este irá se apoiar nos critérios éticos que são questões importantes no momento da realização de uma investigação.

Neste sentido para a realização do diagnóstico da situação e aplicação do questionário primeiramente tivemos em consideração o pedido de autorização ao conselho de administração do Hospital, seguida do parecer favorável da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd), o parecer da Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde (CNEPS) e por último, mas não menos importante o consentimento informado livre e esclarecido dos participantes.

No dia 20 de Março de 2022 realizamos um pedido formalizado ao presidente do conselho de Administração do Hospital, explicando brevemente a finalidade da realização do projeto. Recebemos a pré- autorização para realização do estudo no dia 12 de abril do mesmo ano, com as devidas orientações de submeter o projeto à CNPD e à CNEPS.

A 13 de Abril submetemos o projeto à CNPD e tivemos o parecer favorável no dia 02 de junho. No dia 12 de junho de 2022, formalizamos o pedido de autorização para implementação do projeto à CNEP, cumprindo todos os requisitos exigidos pela deliberação n°50/2022, sendo que recebemos o parecer favorável no dia 29 de Agosto do mesmo ano.

Para garantir a confidencialidade e anonimato dos dados, distribuámos os questionários aos participantes sem qualquer tipo de identificação, o mesmo era acompanhado do consentimento informado (**Apêndice I**) previamente assinado pela investigadora. Após o preenchimento dos questionários solicitamos aos inquiridos que os colocassem numa pasta fechada destinada para esse fim.

2.2.5. Procedimento de recolha de dados

Após as devidas autorizações, iniciamos a aplicação dos questionários aos enfermeiros e médicos a exercer funções na unidade de Neonatologia do Hospital. Esta ocorreu durante todo o mês de setembro de 2022. Para proceder à recolha de informação tivemos antes uma reunião com a enfermeira chefe, sendo que neste encontro aproveitámos para verificar a validade facial do instrumento da recolha de dados aplicando o questionário a três enfermeiras que estavam deservido. Assim sendo decidiu-se realizar uma pequena alteração do instrumento adaptando o mesmo ao nosso contexto de cuidados. Por isso optamos por modificar as respostas “**Não sei ou N/A**” deixando apenas o N/A- não se aplica.

Antes da distribuição do questionário aos participantes, foram explicados detalhadamente mais uma vez os objetivos da realização projeto garantindo o total anonimato e confidencialidade da informação recolhida.

2.2.5.1. Instrumento da recolha de dados

De acordo com Fortin *et al.* (2009), a decisão de que instrumento da recolha de dados devemos utilizar numa investigação, depende de vários fatores nomeadamente do objetivo do estudo, da questão de investigação, das hipóteses se existir, do nível de conhecimento do investigador sobre as variáveis e principalmente das particularidades da população.

Neste sentido no que concerne ao instrumento da recolha de dados, tendo em conta o contexto da realização do trabalho e os objetivos traçados para este projeto, adaptamos ao questionário “Quantum Caring Practice Self-Assessment”(Anexo II) criada pela enfermeira Mary Coughlin (traduzido e validado para português europeu por Ferraz, 2017), que para além de nos permitir avaliar a frequência da utilização das medidas centrais de cuidados para o desenvolvimentais ao RN internado, permite-nos também identificar as áreas prioritárias que necessitam de formações.

Trata se de um questionário constituído por duas partes, sendo que a primeira corresponde às características sociodemográficas e profissionais dos participantes, nomeadamente a idade, o sexo, a profissão, o grau de formação académica, a formação especializada, o tempo de exercício profissional em UCN, o número de camas,

se realiza ventilação invasiva ou não, a existência de um programa/protocolo específico de CCD, e a formação profissional em CCD.

Na segunda parte do questionário integra 73 questões relacionadas com a frequência da aplicação das cinco medidas centrais dos cuidados de suporte ao desenvolvimento do recém-nascido prematuro: Ambiente Terapêutico (o ambiente físico, humano e dos sistemas), Avaliação e Gestão da Dor e do Stresse, Proteção do Sono, Atividades da Vida Diária para o Desenvolvimento (posicionamento, alimentação, cuidados à pele) e Cuidados Centrados na Família).

2.2.5.2. Análise de Dados

No que concerne a análise de dados esta foi realizada com base na análise estatística utilizando a ferramenta do Excel.

Após a recolha de dados estes foram armazenadas na plataforma do google forms e posteriormente foram transferidos para uma base de dados em Excel criado para efetuar as devidas estatísticas descritivas utilizando frequências absolutas, percentuais e medidas de tendência central (média moda e mediana), tendo em consideração os objetivos traçados para esta investigação.

Quando os participantes consideraram que as alternativas de resposta não contemplavam a sua situação escreveram manualmente a mesma.

Esta análise descritiva ainda engloba a caracterização sociodemográfica e profissional dos elementos constituintes da amostra e as respostas dos profissionais sobre a utilização das medidas promotoras de conforto no RN internado.

De realçar que neste estudo apresentamos apenas os dados relacionados com a avaliação e gestão da dor no RN (itens de 16 a 25 do questionário “Quantum Caring Practice Self-Assessment”) e a atividade de vida diária Posicionamento (itens de 36 a 41 do questionário acima referida), por serem as temáticas centrais do nosso projeto.

Os dados recolhidos serão apresentados com recurso a tabelas de forma a sistematizar e facilitar a análise da informação.

2.3. Apresentação dos Resultados

Apresentamos aqui neste capítulo os principais resultados obtidos durante diagnóstico de situação.

Realçamos que estes serão apresentados por meio de tabelas permitindo uma melhor leitura e interpretação, sendo que inicialmente apresentamos os resultados referentes à primeira parte do questionário aplicado que nos permite fazer uma breve caracterização sociodemográfica e profissional da amostra do nosso estudo.

Posteriormente a caracterização da amostra, apresentamos a análise descritiva da frequência da aplicação das medidas conforto no RN, permitindo estabelecer melhor a área de intervenção.

Lembramos que serão apresentados apenas os dados relacionados com a avaliação e gestão da dor e o posicionamento, sendo que o N corresponde a frequência absoluta e a (%) a frequência relativa.

2.3.1- Caracterização Sociodemográfica e Profissional da Amostra

Para a caracterização da nossa amostra que foi constituída por 17 profissionais a exercer funções na unidade de neonatologia do Hospital, levamos em consideração as seguintes variáveis: a idade, o sexo, a formação académica, a formação especializada, os anos da experiência profissional em neonatologia, o número de camas disponíveis na unidade a existência de protocolo específico dos do CDC e a formação profissional em CDC.

No que concerne a sexo, tivemos uma amostra predominantemente composta por mulheres (94,1%), tendo apenas 1 participante do sexo masculino.

Relativamente à idade dos participantes do nosso estudo verifica-se que a maioria tem entre 30 a 40 anos (64,7%), sendo que a idade média é de 32,8 anos. Constatamos ainda que a idade mais frequente (moda) entre esses profissionais é de 35 anos e uma mediana de 35,90 anos.

Com relação à profissão dos participantes verificamos que a maior parte dos profissionais que participaram no estudo são enfermeiros que corresponde a 76,5% do total da nossa amostra.

Quanto ao tempo do exercício profissional dos participantes do nosso estudo consoante podemos verificar na tabela acima, constata-se que a maioria dos profissionais trabalham em cuidados neonatais entre os três a dez anos (52,9%), 35,3% trabalham a mais de dez anos nesta unidade, sendo que a média é de 10,17 anos.

No que se refere a formação académica averiguamos que a maioria dos participantes possuem grau de licenciatura (52,91%), 11,8% possuem mestrados e somente 5,9% possuem o grau de doutoramento.

No que diz respeito a formação especializada através da análise da tabela acima podemos verificar que 64,7% dos participantes possuem especialidades nas diferentes áreas como a pós-graduação em cuidados intensivos pediátrico e Neonatal, Especialidade em pediatria médica e em Neonatologia, porém nenhum dos participantes do nosso estudo possuem formação na área de saúde infantil e pediatria e saúde Materna e Obstetrícia.

Variável	N	%	
Sexo	Feminino	16	94,1
	Masculino	1	5,9
Idade	20 – 30 anos	2	11,8
	30 – 40 anos	11	64,7
	40-50anos	2	11,8
	Mais de 50 anos	2	11,8
	Idade Media = 32,8 anos; Md= 35,90 anos; Mo = 35 anos		
Profissão	Médicos	4	23,5
	Enfermeiros	13	76,5
Experiência Profissional em Neonatologia	Menos 3 anos	1	5,9
	3 a 10 anos	9	52,9
	Mais de 10 anos	6	35,3
	Mais de 20 anos	1	5,9
	Media = 10,17 anos; Md= 8,05 anos; Mo = 8,04 anos		
Formação Académica	Licenciado	14	82,3
	Mestre	2	11,8
	Doutorado	1	5,9
Formação Especializada	Sim	11	64,7
	Não	6	35,3
Total	17	100	

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica e profissional dos inquiridos

Analisando a tabela abaixo pode-se verificar que na unidade de neonatologia onde o projeto foi desenvolvido existe mais do que 10 camas e realiza-se ventilação invasiva. Ao serem abordados sobre a existência de protocolo específico de cuidados centrados no desenvolvimento do RN prematuro, do total da nossa amostra obtivemos apenas 16 respostas e podemos verificar que 87,5% destes participantes consideram que há necessidade de implementar protocolos específicos de CDC na unidade e 12,2% consideram que já existe esse protocolo na unidade.

No que se refere à formação profissional sobre os cuidados centrados no desenvolvimento apenas 14 participantes responderam essa questão, sendo que desses participantes 73,3% responderam que não possuem nenhuma formação profissional sobre cuidados Desenvolvimentais, 20% responderam que já assistiram formações em serviço sobre cuidados centrados no desenvolvimento e restante 6% afirmam ter assistido formação em serviço sobre NIDCAP.

Tabela 3 - Caracterização da unidade de Neonatologia

Variável	N	%
É realizada ventilação invasiva?		
Sim	17	100,0
Não	0	0,0
Qual o número de camas?		
≤ 10 camas	0	0,0
>10 camas	17	100,0
Total	17	100,00
Está implementado algum programa ou protocolo específico de CCD?		
Não	14	87,5
NIDCAP	0	0,0
Protocolo específico de CCD do RNP	2	12,5
Other...	0	0,0
Total	16	100,00
Já alguma vez realizou formação profissional sobre CCD?		
Não	11	73,3
Trainer de NIDCAP	0	0,0
Formação em serviço sobre NIDCAP	1	6,7
Formação em serviço sobre CCD	2	20,0
Total	14	100,0

2.3.2 Frequência da Aplicação das medidas de Conforto no RN

Esta análise refletiu sobre a Frequência da Aplicação das medidas de Conforto no RN, o que nos permite determinar as áreas prioritárias e planejar melhor as nossas intervenções.

Analisando agora a tabela abaixo, verifica-se que 41,2% dos inquiridos **nunca fazem a gestão dos** procedimentos dolorosos e stresseantes eficazmente, ao passo que 29,4% destes participantes as vezes fazem essa gestão.

Quando abordamos os participantes se “Quando os pais estão presentes, são convidado e encorajados a apoiar o seu bebé durante o procedimento” 41,2% destes assumiram que **nunca** realizaram este procedimento, sendo que apenas 17,6 % desses profissionais **frequentemente** levam em consideração a presença da família e a convida a apoiar o bebé durante o procedimento.

No que concerne, à modificação dos cuidados ao RN mediante o aparecimento de sinais de stresse comportamental, 58,8% dos nossos participantes afirmaram que **às vezes** levam em consideração este fato, existindo apenas 17,6% dos profissionais que **frequentemente** fazem isso.

A tabela abaixo evidencia-nos que 41,2% dos participantes **nunca** analisam, revisam ou modificam as intervenções geradoras de dor e stresse com base nas necessidades individuais do RN, no entanto 23,5% destes participantes assumiram que **às vezes** realizam este procedimento. Verificamos também através da análise da tabela abaixo que a maioria dos participantes (52,9%) **nunca** fazem o registo das intervenções não farmacológicas com precisão, enquanto que 23,5% fazem esses registos **às vezes**.

Certificamos igualmente na tabela abaixo que a maioria dos participantes (52,9%) **nunca** utilizam o contacto pele-a-pele como intervenção não farmacológica para gerir a dor durante procedimentos, sendo que apenas 29,4% **às vezes** usam essa técnica na gestão e alívio da dor em RN.

Ainda assim podemos verificar que **ocasionalmente** (52,9%) a prevenção da dor e stresse é um objetivo expresso nas passagens de serviço diárias.

Tabela 4- Frequência da Aplicação das medidas de Conforto: Prevenção e Alívio da Dor

Medidas de Conforto	Nunca		Ocasional- mente		As vezes		Frequente- mente		Sempre		N/A		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Todos os procedimentos dolorosos e stressantes são geridos de forma eficaz.	7	41,2	2	11,8	5	29,4	3	17,6	0	0	0	0	17	100
Quando os pais estão presentes, são convidados e encorajados a apoiar o seu bebé durante o procedimento	7	41,2	3	17,6	5	29,4	2	11,8	0	0	0	0	17	100
Os cuidados ao RN são modificados de acordo com os seus sinais de stress comportamental.	2	11,8	1	5,8	10	58,8	3	17,6	1	5,9	0	0	17	100
As intervenções geradoras de dor e stress são analisadas, revistas e modificadas com base nas necessidades individuais de cada RN	7	41,2	3	17,6	4	23,5	3	17,6	0	0	0	0	17	100
Todas as intervenções não- farmacológicas de controlada dor/stress são registadas com precisão	9	52,9	1	5,9	4	23,5	1	5,9	2	11,8	0	0	17	100
O contacto pele-a-pele é utilizado como intervenção não farmacológica para gerir a dor durante procedimentos	9	52,9	3	17,6	5	29,4	0	0	0	0	0	0	17	100
A prevenção da dor e stress é um objetivo expresso nas passagens deserviço diárias	4	23,5	9	52,9	4	23,5	0	0	0	0	0	0	17	100

Analisando a tabela abaixo podemos constatar que uma boa percentagem (64,7%) dos participantes do nosso estudo afirmaram que **nunca** utilizaram escalas da avaliação da dor apropriada para a idade do RN e 58,8% afirmam igualmente que nunca utilizaram corretamente uma escala da avaliação da dor.

Verifica-se também que 58,8% dos profissionais **nunca** fazem uma avaliação contínua da dor durante ou após procedimento doloroso, não obstante 17,6% desses participantes assumem que fazem essa avaliação **ocasionalmente**.

Tabela 5-Freqüência da Aplicação das medidas de Conforto: Avaliação da Dor

Medidas de Conforto	Nunca		Ocasional-mente		As vezes		Frequente-mente		Sempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Todos os procedimentos dolorosos e stressantes são geridos de forma eficaz.	7	41,2	2	11,8	5	29,4	3	17,6	0	0
Quando os pais estão presentes, são convidados a encorajados a apoiar o seu bebé durante o procedimento	7	41,2	3	17,6	5	29,4	2	11,8	0	0
Os cuidados ao RN são modificados de acordo com os seus sinais de stresse comportamental.	2	11,8	1	5,8	10	58,8	3	17,6	1	5,9
As intervenções geradoras de dor e stresse são analisadas, revistas e modificadas com base nas necessidades individuais de cada RN	7	41,2	3	17,6	4	23,5	3	17,6	0	0
Todas as intervenções não-farmacológicas de controlo da dor/stresse são registadas com precisão	9	52,9	1	5,9	4	23,5	1	5,9	2	11,8

O contacto pele-a-pele é utilizado como intervenção não farmacológica para gerir a dor durante procedimentos	9	52,9	3	17,6	5	29,4	0	0	0	0	0
A prevenção da dor e stresse é um objetivo expresso nas passagens de serviço diárias	4	23,5	9	52,9	4	23,5	0	0	0	0	0

No que se refere a atividades de vida diária, particularmente ao posicionamento do RN internado, quando questionamos a maioria dos participantes do estudo, afirmam que **as vezes** realizam o posicionamento do Recém-Nascido em flexão com contenção e alinhamento postural, que corresponde 35,3% do total de amostra, sendo que apenas 11,8% dos nossos inquiridos disseram realizar **sempre** esse procedimento.

Não obstante, 52,9% dos profissionais disseram que **nunca** participaram de uma formação em serviço sobre posicionamento do RN e apenas 29,4% alegam que **ocasionalmente** participam da formação em serviço sobre o posicionamento.

Da análise da tabela ainda podemos constatar que 71% dos inquiridos **ocasionalmente** mantêm RN em flexão e alinhamento postural durante a prestação dos cuidados. Verifica-se também que 35% dos participantes do nosso estudo **ocasionalmente**, posicionam o RN com cabeça e o pescoço na linha média não superior a 45 graus.

Todavia podemos observar que, mais de 70% dos profissionais nunca colocam o RN em Swaddling para pesar ou para realizar o banho.

Tabela 6-Frequência da Aplicação das Medidas de Conforto: Posicionamento do RN

Medidas de Conforto	Nunca		Ocasional- mente		As vezes		Frequente -mente		Sempre		N/A		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Os recém-nascidos são posicionados em flexão, com contençãoe alinhamento postural	1	5,9	4	23,5	6	35,5	4	23,5	2	11,8	0	0	17	100
A equipa recebe, periodicamente, formação em serviçosobre o posicionamento do RN numa UCN.	9	52,9	5	29,4	3	17,6	0	0	0	0	0	0	17	100
Durante os cuidados, os recém-nascidos são mantidos em flexão e alinhamento postural	1	5,9	12	70,6	3	17,6	1	17,6	0	0	0	0	17	100
A orientação da cabeça e do pescoço é mantida na linha média com rotação da cabeça não superior a45 graus para cada lado	0	0	6	35,3	2	11,8	4	23,5	5	29,4	0	0	17	100
Os recém-nascidos são contidos (colocados em swaddling) para a monitorização de peso	12	70,6	0	0	0	0	0	0	0	0	5	29,4	17	100
Os recém-nascidos são contidos (colocados em swaddling) para tomar banho	12	70,6	0	0	0	0	0	0	0	0	5	29,4	17	100

2.4. Discussão dos Resultados

Depois da apresentação e análise dos resultados obtidos no decorrer do diagnóstico da situação, apresentamos agora neste capítulo a sua discussão considerando o referencial teórico que anteriormente delineamos. Neste sentido, para uma melhor interpretação damos preferência aos resultados mais significativos atendendo os objetivos estipulados inicialmente.

No que diz respeito a nossa amostra, no total de 20 profissionais, tivemos uma soma de 17 questionários preenchidos, o que representa uma adesão muito positiva por parte de toda a equipa, sem contar com o engajamento por parte de todos, constituindo um dos pontos fortes para o desenvolvimento e implementação desse projeto, pois isso significa o reconhecimento por parte da equipa multiprofissional da necessidade de melhoria.

Relativamente a característica sociodemográfica e profissional verifica-se que neste estudo tivemos uma amostra maioritariamente composta por mulheres, o que certamente se justifica pelo fato de que o nosso sistema de saúde ser constituída na sua maioria por profissionais do sexo feminino. Por outro lado, este fato deve-se aos condicionamentos culturais e sociais relacionados com a área da saúde particularmente a classe de enfermagem que é uma profissão tipicamente das mulheres.

No que se refere à idade dos participantes do nosso estudo, verifica-se que a maioria tem entre 30 a 40 anos e trabalham no serviço entre os três e dez anos, pelo que se pode constatar que a unidade de neonatologia além de ser recente é caracterizada por uma equipa jovem na sua maioria com grau de licenciatura. No que diz respeito a profissão dos participantes verifica-se que a maioria são enfermeiros.

Esta unidade por ser de referência nacional e para atender as demandas de toda a população da região Norte sul do país possui uma lotação superior a dez incubadora/berços e obrigatoriamente realiza ventilação mecânica invasiva, pela complexidade dos casos que dão entrada no serviço. No ano de 2020 o escritório conjunto da UNICEF e Fundo das Nações Unidas para a População forneceram um conjunto de equipamentos médicos de neonatologia que visa reforçar a qualidade dos cuidados neonatais e a conseqüente, contribuir para a diminuição da mortalidade

neonatal precoce e ainda fortalecer a qualidade do atendimento aos recém-nascidos em Cabo Verde.

Com relação a existência de protocolo específico no serviço ou NIDCAP e da formação profissional sobre os cuidados centrados no desenvolvimento do RN prematuro, verifica-se que esta é uma filosofia ainda pouco conhecida no contexto de cuidados neonatal do nosso país, os profissionais reconhecem a necessidade de protocolo específico e do investimento na formação contínua.

O instrumento da recolha de dados utilizado tem a sua origem num contexto diferente do nosso pelo que a sua adaptação a nossa realidade tornou-se um pouco complexo, apesar de ajudar bastante na identificação das áreas prioritárias.

2.4.1. Análise da frequência de Aplicação das Medidas de Conforto

Mesmo existindo intervenções farmacológicas e não farmacológicas eficazmente reconhecida a nível internacional para o tratamento e minimização das consequências da dor no RN, a integração destas evidências na prática de cuidados é ainda um pouco demorado Cruz, (2020). A dor não tratada proporciona ao RN alterações das respostas e aparecimento de episódios da dor no futuro bem como surgimento de problemas neurobiológicos, comportamentais, emocionais e de aprendizagem tanto na idade escolar como em fases mais avançada da vida. (Cruz, 2020).

Os resultados do diagnóstico da situação mostraram que as melhores estratégias para implementar medidas de conforto junto dos RNs internados é implementar diretrizes e normas que orientam os profissionais na prática de cuidados de conforto ao RN, apostar na formação e treinamento da equipa, iniciando primeiramente pelas áreas prioritárias aqui definida a prevenção, avaliação e gestão da dor/stresse no RN, dando depois continuidade com a implementação de escalas validadas e apropriadas à idade do mesmo.

Nesta lógica e corroborando com que diz as evidências científicas, para que haja uma gestão adequada da dor no RN há necessidade de um treinamento contínuo da equipa envolvidos nos cuidados com o RN e implementação em todas as unidades, de um programa específico de avaliação e gestão da dor (DGS, 2010; Guedj *et al.*, 2014).

Sendo este um desafio complexo e da responsabilidade de todos, a sua prática torna-se num requisito crucial para a melhoria da prestação de cuidados aos RNs e consequentemente promoção do bem-estar/conforto tanto do RN como das suas famílias (Hockenberry & Wilson, 2014).

No que se refere ao posicionamento do RN os resultados indicam a necessidade de elaborar e implementar um protocolo específico de posicionamento do RN, baseado nas mais recentes evidências científicas disponíveis. Este constitui numa intervenção que tem demonstrado melhoria nos resultados posturais e musculoesqueléticos do RN.

O posicionamento por ser uma intervenção de rotina em todas as unidades de neonatologia, torna-se uma preocupação permanente, porque engloba toda a dinâmica corpórea do RN, afetando as funções fisiológicas basilares, como a respiração, a função cardíaca e a circulação cerebral (Patron et al., 2015). Assim sendo, concordando com a ideia desses autores é essencial a formação e conscientização de toda a equipa envolvida nos cuidados ao RN, com relação ao posicionamento adequado em que momento os aplicar, quanto tempo estes devem demorar, considerando os seus benefícios e restrições (Patron et al., 2015).

Pela análise dos pontos chaves do tópico: Prevenção, Avaliação e gestão da dor no RN, verifica-se que as intervenções geradoras de dor e stresse nunca são analisadas, revistas e modificadas com base nas necessidades individuais de cada RN, contradizendo com as recomendações das evidências científicas indicando que para prevenir a dor no RN torna se necessário analisar e modificar as nossa ações limitando a realização de procedimentos dolorosos rotineiras realizados na UCI (AAP, 2016), neste sentido, Ferraz et al., (2022), recomenda uma revisão cuidada da necessidade clínica de análises de rotina ou de exames radiográficos do RN, evitar repetir procedimentos sem sucesso (deve sempre evitar realizar várias picadas) (Meek, 2012; Ferraz et al., 2022).

Da mesma forma é perceptível que nem todos os procedimentos dolorosos e stresseantes são geridos de forma eficaz pela maioria dos profissionais, contrariando mais uma vez a literatura que nos diz que ao realizar uma punção ou qualquer outro procedimento doloroso devemos oferecer ao RN sacarose e sucção não nutritiva antes do procedimento, inibindo a hiperatividade e moduladora do desconforto do RN que consequentemente reduz as respostas comportamentais, fisiológicas e hormonais (Hockenberry & Wilson, 2014; Motta & Cunha, 2015).

Santos (2011), recomenda realizar procedimentos dolorosos ou quaisquer outras intervenções geradoras de stresse por dois profissionais, assim enquanto um dos profissionais realiza procedimentos técnicos necessários o outro atende às necessidades do recém-nascido, centralizando a sua atenção na implementação de técnicas de conforto e de contenção facilitando a melhor prestação de cuidados.

No que se refere a participação dos pais nos cuidados ao RN durante procedimentos dolorosos quando os mesmos estão presentes a maioria dos profissionais assumem que nunca convidam ou encorajem os pais, contrariamente a literatura diz que embora ainda não seja evidenciado a sua eficácia na gestão da dor durante procedimentos dolorosos a ausência dos pais pode provocar stresse no RN e conseqüentemente aumento da sua percepção relativamente a dor (AAP, 2016). Pelo que é papel do enfermeiro encorajar os pais a participar nos cuidados.

Com relação à avaliação da dor de forma contínua durante/após procedimento doloroso, o guia Orientador de boas práticas sobre a dor, recomenda que a avaliação da dor deve ser feita de forma sistemática e consistente em todas as circunstâncias (OE, 2013). Contrariamente aos nossos resultados apontam que a maioria dos profissionais (58,8%), nunca realizam este procedimento, 64,7% referem nunca utilizam escalas apropriada a idade do RN e 58,8% referem nunca utilizar corretamente a escala, existindo no entanto uma explicação por essa razão uma vez que não está implementada no serviço nenhum protocolo, normas ou diretrizes que orientam os profissionais na avaliação da dor e ainda não existe nenhuma escala para avaliação da dor disponível do serviço .

A Academia Americana de Pediatria AAP (2016), preconiza que em todas as UCIN haja diretrizes e normas com base nas evidências científicas sobre a gestão da dor em RN, nomeadamente a utilização do instrumento da avaliação de forma consistente, antes durante e após procedimentos dolorosos, para monitorizar a eficácia das intervenções de alívio da dor, a avaliação contínua da necessidade de prevenção e tratamento da dor no decorrer do internamento do neonato, utilização de estratégias não farmacológicas de forma consistente como por exemplo uso de sacarose , sucção não nutritiva, leite materno, etc. Esta Academia ainda recomenda a promoção de educação e formação contínua aos profissionais em relação a identificação dos sinais de dor, bem como seu tratamento de acordo com evidências atualizadas.

Por outro lado, os resultados apontam que os profissionais esporadicamente modificam os cuidados a realizar mediante os sinais de stresse comportamental dos RNs. Batalha (2010), refere que na avaliação da dor os enfermeiros devem utilizar os fatores comportamentais do RN para determinar a frequência da sua avaliação. Estes fatores comportamentais incluem a expressão facial, o choro, o padrão de sono e a vigília, os movimentos corporais sendo que a qualidade desses comportamentos depende da

maturidade do RN e da sua idade gestacional (Chaves, 2017).

Relativamente à utilização do contato pele-a-pele com medida não farmacológica para gerir a dor no RN, constatamos através dos nossos resultados que a maioria dos participantes nunca utilizam esta técnica como forma de controlar a dor no RN sendo que apenas 17,6% desses profissionais utilizam regularmente esta técnica, contudo a maioria dos que utilizam essa estratégia para gerir no RN nunca fazem registos das suas intervenções. As evidências científicas mais recentes revelam que o contato pele-a-pele, sobretudo com a mãe, diminui os sinais fisiológicos e comportamentais produzidos pela dor durante um procedimento doloroso (Johnston et.al., 2017).

Os efeitos da utilização desta estratégia foram estudados, tendo comprovado que o seu uso contribui para a diminuição na desorganização e movimentos de extensão (Ferber & Makhoul, 2008).

Por outro lado, mesmo não existindo ainda no serviço nenhuma norma, protocolo ou escalas de avaliação da dor no RN, esta constitui uma preocupação da equipa, sendo esta inquietação expressada de vez em quando nas passagens de turnos das equipas. De acordo com (Silva, 2013) a preocupação com a dor no RN é a primeira indicação de que os profissionais reconhecem que os RNs sentem dor. A DGS recomenda a avaliação e o registo regular da intensidade da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde principalmente na unidade de neonatologia, seguindo as normas de boas práticas, tendo em conta que o seu controlo e tratamento adequado constitui uma prioridade na prestação de serviços de saúde de qualidade (DGS) 2010; Silva, 2013).

Passando agora para análise dos pontos chave dos aspetos relacionados com a atividade da vida diária, particularmente ao posicionamento do RN, verifica-se através dos resultados obtidos primeiramente que os profissionais que participaram no estudo raramente posicionam o RN em flexão com alinhamento postural e ocasionalmente mantém esta posição durante a prestação de cuidados. Ao contrário, as evidências mais recentes recomendam posicionar RN em flexão ligeira com alinhamento e conforto, aplicando esta posição durante a realização dos procedimentos (Freitas, 2014). Por outro lado, Hockenberry & Wilson (2014) referem que posicionamento adequado do RN com cabeça na orientação da linha média, tendo a sua mão junto da boca que permite realizar atividade de sucção e a flexão adequada dos membros favorece comportamentos de reconforto. Estes autores ainda reforçam que a permanência de

posição inadequada de forma constante pode levar ao aparecimento de deformações afetando a estabilidade e conforto.

Nossos resultados indicam que a maioria dos participantes ocasionalmente posicionam RN mantendo a cabeça e pescoço na linha média não superior a 45 graus. As evidências sugerem manter uma posição de flexão na linha média sem estender demais a cabeça e o pescoço do RN, realizar posicionamento neutro da cabeça do RN limitando a ocorrência de hemorragia intraventricular (Âncora *et al.*, 2010; Malusky & Donze, 2011). Recomenda-se ainda a utilização de auxiliares do posicionamento de maneira a proporcionar uma melhor resistência evitando sempre limitar o completo movimento do RN (Camargo *et al.*, 2017).

Relativamente à contenção do RN (colocar em Swadling) constatamos que esta é uma técnica ainda desconhecida no contexto de cuidados neonatais em Cabo Verde, nesse sentido a maioria dos participantes nunca a realizaram e alguns dos profissionais consideram que não se aplica no nosso contexto de cuidados. Contrariamente, esta é uma técnica muito recomendada pelas evidências recentes, dado que permite manter a simetria postural do RN, favorecendo o alimento da cabeça relativamente ao tronco (Zazen, 2013; Tosso *et al.*, 2015). Por outro lado, aplicação da Swadling pode conceder suporte postural melhorando desenvolvimento do esqueleto que contribui para o aparecimento de estímulos como proprioceptivos, táteis e visuais (Toso *et al.*, 2015). A utilização de Swadling durante o banho do RN permite a redução da perda de calor.

Os resultados obtidos nesta análise dos itens relacionados com posicionamento são comprometedores, pois a maioria dos profissionais que estão envolvidos diariamente nos cuidados com RN na UCIN, nunca receberam uma formação em serviço sobre posicionamento, este permite nos observar que o posicionamento ao RN é uma das áreas mais prioritárias que carece de um grande investimento na formação e treinamento dos profissionais tendo em consideração a importância deste para a saúde, bem-estar e conforto do RN.

2.1. Implicações para a Prática

Todo e qualquer trabalho de investigação tem implicações, este projeto não passa despercebido. Sendo que a primeira implicação tem haver com a natureza do trabalho, uma vez que é o primeiro a ser realizado em Cabo Verde e na unidade de Neonatologia, verifica se escassez de estudos relacionados com a temática mesmo esta ser muito estudada a nível internacional. Assim não foi possível comparar os dados obtidos.

Com a elaboração do presente estudo foi possível efetuar o diagnóstico da situação das práticas relacionadas com os Cuidados Desenvolvimentais, sendo este realizado num contexto específico e com os participantes que quiseram preencher o nosso questionário.

Os resultados indicam que a filosofia e a prática dos cuidados centrados no desenvolvimento do RN é ainda pouco conhecida na unidade de neonatologia em Cabo Verde, pelo que podemos constatar uma enorme necessidade de investimento nessa área permitindo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao RN.

O desenvolvimento deste estudo permitiu-nos identificar com que frequência se aplicam as medidas centrais de cuidados centrados no desenvolvimento do RN, e confirmar como as áreas prioritárias para as nossas intervenções os cuidados relacionados com a promoção de conforto no RN em sua dimensão avaliação, prevenção e gestão da dor, e posicionamento terapêutico do RN numa UCIN.

Sugerimos que as futuras investigações deem continuidade a esta temática estudando as outras áreas dos cuidados centrados no desenvolvimento e incluindo na amostra desde os médicos, enfermeiros até os ajudantes dos serviços gerais.

A implementação dessas medidas de conforto é de uma relevância específica para a unidade dos cuidados intensivos neonatais do Hospital onde o mesmo foi desenvolvido, contudo poderão ser úteis a outros serviços de cuidados neonatais em Cabo Verde.

Reconhecemos que existe uma necessidade urgente de implementar estas medidas de conforto e perspetivamos realizar futuramente e avaliar os resultados, completando assim todo o processo da investigação.

3. PLANO DA EXECUÇÃO

Sendo o planeamento uma das etapas cruciais da metodologia de Trabalho projeto, neste capítulo apresenta-se uma proposta detalhada, com base nos objetivos e metas que se pretende alcançar. Segundo Ruivo et al., (2010), esta fase é caracterizada pela recolha e verificação de informações e recursos, assim como identificação dos possíveis obstáculos que condicionam a realização do trabalho. Nesta etapa incluímos também as estratégias e atividades que se pretende desenvolver considerando os objetivos inicialmente delineados, bem como os indicadores da avaliação a ser utilizados, tendo em consideração os aspetos formais e éticos.

Iniciou-se a fase do Planeamento após o diagnóstico da situação e identificação das áreas prioritárias. Assim conhecendo as áreas prioritárias da nossa intervenção ficou definido que as medidas de conforto a serem implementadas seriam as orientações relacionadas com a temática Avaliação, Prevenção e Alívio da Dor e o Posicionamento terapêutico. Estas orientações serão implementadas com base nas evidências científicas mais recentes, no modelo universo dos cuidados centrados no desenvolvimento e filosofia dos cuidados centrados na família utilizando modelos teóricos do domínio da melhoria contínua de qualidade e da ciência de implementação.

Para o sucesso da implementação elaborou-se um Cronograma de atividades (**Apêndice II**) no sentido de orientar no desenvolvimento das atividades que pretendemos realizar no âmbito da implementação do presente projeto.

Definidas as áreas prioritárias, procedeu-se a revisão da literatura para a elaboração do Manual de Orientação para os Cuidados de Conforto (**Apêndice III**) consoante as necessidades identificadas, baseado em normas protocoladas referente a temática dor e posicionamento. Relembremos que o mesmo foi elaborado com base nos princípios do modelo universo dos cuidados desenvolvimentais e na filosofia dos cuidados centrados na família. O indicador de avaliação para esse objetivo é a aprovação do manual por parte do diretor clínico do Hospital e dos dirigentes do serviço de neonatologia do Hospital onde o projeto será implementado, a enfermeira chefe e Diretor do Serviço.

Terminada a elaboração do manual de orientação que irá contribuir para o sucesso da implementação das medidas de conforto, e estando o mesmo em conformidade com as medidas que se pretende implementar, sucedeu-se a definição das melhores estratégias para capacitar a equipa para a utilização das medidas de conforto nos recém-nascidos internados. Em reunião com toda a equipa essa decisão foi unanime por parte de todos e ficou estabelecido que a capacitação da mesma seria com base na formação continua no serviço fundamentada nas orientações do manual.

Assim sendo iniciamos a elaboração do plano de formação e capacitação da equipa tendo em consideração as áreas prioritárias e as orientações escritas no manual. Esta propositaserá apresentada a enfermeira chefe e discutidas as melhorias do plano com toda a equipa.

Relembramos que para a capacitação dos profissionais e implementação das medidas de conforto teremos em consideração os modelos teóricos do domínio da melhoria continua de qualidade e da ciência de implementação.

De acordo com Dickerson (2010), para promover uma prestação de cuidados mais incontestável e adequada torna se fundamental apostar na formação continua dos enfermeiros e as suas principais vantagens são a melhoria continua da prestação de cuidados, aquisição de competências do enfermeiro, renovação das atitudes profissionais.

Hoje em dia a maioria dos problemas que impossibilitam o processo da melhoria continua é a desigualdade entre alguns conhecimentos já existentes e a forma como esses conhecimentos são implementados na prática clínica (Meissner *et al.*, 2013). Neste sentido surgiu a ciência da implementação que tem como objetivo principal complementar as falhas e omissões que existem entre a pesquisa e a sua aplicabilidade na prática (Ezeanolue, 2014; Colditz, 2014). Esta pode ser definida como sendo estudos de métodos que facilitam o interesse pelos resultados da investigação e outras praticas baseada em evidencia, possibilitando a melhoria da qualidade e efetividade dos cuidados de saúde (Silva, 2017).

Na perspetiva de Bueno (2021), enquanto ciência a enfermagem tem como objetivo a divulgação de conhecimentos com base na pesquisa e criação de conceitos. Mesmo com o engajamento desses profissionais na criação e divulgação de conhecimentos existe uma

enorme necessidade de transpassar os resultados da pesquisa para a prática clínica contribuindo para a melhoria da qualidade de saúde da população. O enfermeiro enquanto o elemento facilitador é capaz de intervir em diversos níveis de implementação do conhecimento na área da saúde pelo seu desempenho e flexibilidade de atuar em diferentes contextos de cuidados (Bueno, 2021). Segundo Miranda *et al.* (2022), implementar nova prática em contexto da saúde abrange três grandes componentes: praticar e planejar a mudança, realizar a mudança e avaliar o impacto da sua utilização para o contexto em que foi aplicado.

Existem vários modelos a nível da literatura utilizados para a implementação da prática baseada em evidência (PBE), no entanto só em 1990 que foram registadas as primeiras publicações sobre esses modelos particularmente: Ottawa Model of Research Use (OMRU) e Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS) (Rycroft-Malone *et al.*, 2004), sendo este último considerado o modelo adequado a utilizar para implementar as medidas de conforto junto dos RN internados no serviço de neonatologia do Hospital.

Estruturalmente este modelo requer três grandes elementos que são determinantes essenciais para o sucesso da implementação da prática: **Evidência, Contexto e Facilitação** (Helfrich *et al.*, 2009).

A evidência corresponde a força e a natureza da mesma e como este é entendida pelos elementos interessados (Helfrich, *et al.*, 2009; Rycroft-Malone, *et al.*, 2004). Por sua vez o contexto diz respeito a qualidade do ambiente em que a pesquisa será implementada e este compreende três elementos essenciais: a cultura organizacional, a liderança e a avaliação (Helfrich, *et al.*, 2009; Kitson *et al.*, 2008). Dentro do contexto a cultura organizacional esta relacionada com os valores, crenças e atitudes existente entre os membros da equipa, a liderança refere-se aos integrantes do trabalho em equipa, a tomada de decisão, a eficácia das estruturas organizacionais e o empoderamento, enquanto que a avaliação tem a ver com a forma como os elementos integrantes da equipa avaliam a atuação (Kitson, *et al.*, 2008).

O último elemento do modelo PARIHS é a Facilitação. Este por sua vez é definido como estratégia para ajudar os elementos da equipa a modificar seus hábitos, atitudes, maneira de pensar e trabalhar e sobretudo perceber o que precisa ser modificado e encontrar a

maneira mais fácil disso acontecer (Helfrich *et al.*, 2009; Bahtsevani *et al.*, 2008).

No PARIHS existem dois grandes fatores que distinguem a facilitação de outras intervenções, primeiramente porque esta tem seu principal foco na capacitação dos elementos da equipa através de reflexão crítica, da empatia e do aconselhamento e em segundo lugar porque a facilitação claramente possibilita mais a comunicação (Helfrich *et al.*, 2009; Stetler *et al.*, 2006).

Assim a implementação de medidas de conforto nos RN internados no serviço de neonatologia, com base na ferramenta do ciclo PDCA e apoiada no modelo PHARIS pode levar a regularização e fortalecimento destas práticas nos cuidados ao RN. E neste caso tendo em consideração o nosso contexto eu enquanto enfermeira responsável pelo projeto e elemento facilitador posso contribuir para o sucesso da implementação dessas medidas de conforto

3.1- Capacitação

Neste subcapítulo apresentaremos o plano específico de como será a capacitação da equipa.

Esta etapa corresponde a fase da execução deste projeto. Nesta fase serão executadas todas as ações definidas no plano de formação e capacitação que implica a mobilização dos recursos humanos e materiais no tempo adequado (Ramos, 2007).

Os recursos são o conjunto de meios necessários para alcançar os objetivos. Deste modo, tendo em consideração os recursos necessários para a implementação deste projeto, dividimos estes em dois grandes grupos: recursos humanos e recursos materiais.

Relativamente aos recursos humanos, será constituído por toda a equipa multiprofissional incluindo a enfermeira chefe que estará envolvida neste processo até o término deste trabalho.

No que concerne aos recursos materiais será necessário computador, internet, manequins pediátricos, mesas e cadeiras, projetor, folhas de papel A4, canetas, lápis etc.

Para além dos recursos acima supracitados, também iremos precisar de outros materiais específicos que serão utilizados no âmbito da implementação das práticas de cuidados de conforto. Estes recursos estão detalhadamente explícitos no Check list (**Apêndice IV**) dos materiais necessários para implementação de projeto.

A Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e a Cultura (UNESCO), considera que a formação contínua e capacitação dos profissionais é uma das melhores estratégias para a melhoria da prestação dos cuidados prestados, pois com a formação e treinamento o profissional fica mais apto em atuar nas áreas críticas, com mais compromisso e competências técnicas (UNESCO, 2000). Segundo Guimarães (2015), treinar e formar profissionais da área de neonatologia na filosofia dos cuidados centrados no desenvolvimento do RN torna-se hoje em dia necessário e pertinente, considerando o desenvolvimento das práticas de cuidados no domínio da melhoria

continua da qualidade dos cuidados prestados. Além disso, priorizar a formação e treinamento dos profissionais é benéfico para o aperfeiçoamento profissional e trabalho de qualidade.

A Ordem dos Enfermeiros de Portugal determina que o enfermeiro especialista seja o membro integrante que facilita o processo de aprendizagem profissional e capacitação da equipa de prestação de cuidados (OE, 2019).

O regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista indica que o mesmo além de diagnosticar as necessidades formativas, também atua como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais (OE, 2019).

Tendo em consideração o período estipulado para finalização deste trabalho não será possível realizar formação e treinamento da equipa antes do seu término, pelo que pretendemos realizá-las após a concretização do trabalho. Assim prevemos realizar três sessões de formação e para cada sessão elaboramos um planeamento (**Apêndices V1; V2; V3**) considerando a temática a ser apresentada. Será abordado em cada uma das sessões as seguintes temáticas:

- Primeiro e Segundo dia: **Promoção de um ambiente terapêutico seguro;**
- Terceiro e Quarto dia: **Prevenção Avaliação e Alívio da dor no RN;**
- Quinto e Sexto dia: **Posicionamento do RN internado numa unidade Neonatal;**

Cada uma dessas sessões de formação irá decorrer na sala de neonatologia do Hospital onde o mesmo será implementado e terá uma duração mínima de 35 minutos. A mesma será apresentada pela investigadora/Mentora do projeto. Para uma melhor adesão por parte da equipa decidimos que serão feitas duas apresentações para cada área temática.

Prevê-se que as sessões decorrerão em duas modalidades: teórica com exposição e explicação de conteúdos e teórico-prática com demonstração de alguns procedimentos e técnicas.

Prevemos a realização da avaliação no final de cada sessão de formação, tendo em conta

o domínio e interesse da equipa pela temática apresentada, baseada num instrumento de avaliação (**Apêndice VI**), desenvolvido para esse fim.

Essa avaliação baseia-se na apreciação da formação quanto a sua ação avaliando os objetivos, o interesse pelo conteúdo, a sua utilidade para a prática de cuidados e com relação a expectativas, a duração e uma opinião global da formação.

O instrumento de avaliação também permitirá avaliar a eficácia do formador nomeadamente a sua capacidade didática, conhecimento do conteúdo bem como a capacidade para criar um ambiente participativo.

Na perspetiva de Ruivo *et al.* (2010), uma das particularidades da Metodologia de Projeto, é o de nos favorecer uma avaliação contínua ao longo de todo o desenvolvimento, o que nos permite a redefinição dos objetivos, atividades planeadas e seleção dos meios, no sentido de melhorar a coerência, eficiência e eficácia do projeto a desenvolver.

Uma das competências comuns do enfermeiro especialista no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, além de favorecer a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros avalia também o impacto da formação (OE, 2018).

Após a formação da equipa, espera-se que as práticas de conforto sejam realizadas de acordo com o previsto no Manual, ou seja, que as medidas de conforto sejam implementadas.

Para além da avaliação da formação, será também realizada a supervisão das práticas de cuidados de conforto no RN, através da observação direta, da orientação e demonstração das práticas. Prevemos a realização da supervisão 30 dias após o início da implementação das novas práticas.

Esta supervisão irá permitir a motivação e orientação da equipa na realização das práticas com base nas normas descritas no manual de orientação para os cuidados de conforto, contribuindo para a melhoria da prestação dos cuidados ao RN. A supervisão permitirá também identificar a necessidade das medidas corretivas.

Assim, na perspetiva de Rocha (2014), o supervisor em enfermagem tem como a função

apoiar e orientar a sua equipa com o objetivo de ultrapassar as dificuldades na prática de cuidados, contribuindo para o desenvolvimento de competências e melhoria da qualidade de

cuidados prestados. Por outro lado, a Ordem dos enfermeiros considera que a principal missão de um supervisor é apoiar e contribuir para o progresso do supervisionado dentro da equipa, sendo que o supervisor deve ser o elemento modelo a ser seguido (OE, 2019). Assim sendo, voltando ao nosso contexto, durante a supervisão será feita a observação, acompanhamento e aperfeiçoamento das práticas de cuidados de conforto dos elementos da equipa por parte da Facilitadora, o que irá permitir aos poucos a responsabilidade profissional e o desenvolvimento da autonomia no desempenho das práticas de cuidados.

4. PLANO DA VERIFICAÇÃO

Na etapa da verificação torna-se necessário avaliar e identificar barreiras que possam dificultar o nosso processo de implementação e imediatamente dar início as atividades para melhoria.

Mesmo não sendo possível incluir neste relatório a avaliação do projeto, visto que o mesmo não seria implementado no tempo predito da finalização deste trabalho, elaborou-se uma projeção da forma como iremos proceder a avaliação. Esta avaliação requer a verificação da consecução dos objetivos inicialmente definidos pelo que é relevante tê-los em consideração no momento da avaliação, verificando se cada um deles foi atingido de forma satisfatória

4.1- Auditoria

De acordo com Silva *et al.* (2016), a palavra auditoria deriva do latim *audire* que significa ouvir.

A auditoria consiste numa avaliação sistemática e formal que procura avaliar, controlar, regular e melhorar a utilização de recursos físicos e humanos, com vista a verificar se o desenvolvimento das atividades está a ser realizado conforme os objetivos traçados e protocolo implementado (Silva, *et al.*, 2016).

Para Kim (2017), a auditoria em saúde tem como a principal objetivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e a melhoria dos resultados, possibilitando a comparação das práticas com critérios desejados identificando áreas prioritárias para a formação contínua. Este ainda consiste numa atividade realizada com intuito de verificar a qualidade dos cuidados de enfermagem com vista a melhoria contínua da mesma (Kim, 2017). Por outro lado, a auditoria e avaliação, das práticas permite a responsabilização profissional e consequentemente maior qualidade dos cuidados prestados e maior segurança nos procedimentos realizados.

Sendo assim, a avaliação da implementação das medidas de conforto será feita com base numa auditoria que se realizará utilizando um instrumento próprio (**Apêndice VII**) elaborado para esse fim, permitindo avaliar as práticas dos enfermeiros no contexto da promoção de conforto no RN internados na unidade de neonatologia do Hospital.

Esta auditoria será realizada seis meses após a implementação das medidas de conforto

junto dos RN internados. A mesma será feita mediante a consulta do processo clínico dos RN internados e numa observação minuciosa das práticas de cuidados centrados no desenvolvimento, em sua dimensão a pratica correta de posicionamento terapêutico dos RN, tendo em mãos o instrumento de auditoria elaborado para esse fim. Assim para a realização da auditoria determinamos os seguintes indicadores de resultados:

- ✚ Ruídos e luminosidades mantidas nos níveis adequado
- ✚ Registo da avaliação da Dor no RN, pelo menos uma vez por turno;
- ✚ Registo da avaliação da dor no RN durante procedimentos;
- ✚ Registo das medidas farmacológicas e não farmacológicas utilizadas para prevenir e aliviar a dor dos procedimentos;
- ✚ O enfermeiro convida e encoraja os pais a apoiar o RN durante procedimentos;
- ✚ O enfermeiro altera o decúbito do RN a cada manipulação;
- ✚ O enfermeiro segue corretamente o protocolo de posicionamento implementado no serviço.

Sendo assim, a fonte principal dos nossos dados será o processo clínico dos RN internados e a observação das práticas.

Relativamente a área da promoção do ambiente terapêutico seguro a auditoria será com base na observação e no uso do sensor de ruído que será utilizado para avaliar os níveis de ruído na unidade.

Com relação a luminosidade será utilizada exclusivamente indicadores observáveis, como por exemplo iremos observar se a equipa utilizam coberturas sobre as incubadoras, o nº de lâmpadas acesas de dia e de noite e se não haver incubadoras ao sol, etc.

Relativamente ao ruído ambiental caso não seja possível conseguir um sensor de ruído também iremos utilizar indicadores observáveis e iremos verificar se a equipa mantém os telemóveis em silêncio no ambiente de trabalho, se mantém a intensidade dos alarmes dos monitores ao nível que permita ser ouvido, se as portas da incubadora são fechadas sem ruído possível e se colocam objetos em cima da incubadora.

No que concerne a Avaliação, Prevenção e Alívio a auditoria será realizada com base na consulta do processo clínico dos RN internados.

Assim será consultado os processos clínicos de todos os RN internados 48 antes do dia da auditoria.

E para cada processo clínico consultado esperamos encontrar pelo menos 70% dos processos com registos da avaliação da dor, pelo menos 50% dos processos clínico consultados com registos das intervenções utilizadas (farmacológicas e não farmacológicas). Espera se igualmente encontra pelo menos 50% dos processos do RN com registo da avaliação da dor noRN durante procedimentos;

No que se refere ao posicionamento terapêutico do RN a auditoria será baseada também na observação minuciosas destas práticas, verificando se o enfermeiro altera o decúbito

do RN a cada manipulação e se segue corretamente o protocolo de posicionamento implementado no serviço.

Mesmo não conhecendo o desfecho da implementação dessas medidas de conforto junto dos RN internados na unidade dos cuidados intensivos Neonatais do Hospital, pretendemos continuar a trabalhar não somente a problemática da dor e posicionamento, mas sim todas as áreas dos cuidados centrados no desenvolvimento.

SÍNTESE FINAL

Finalizando agora este percurso formativo e da realização deste trabalho, momento agora é refletirmos sobre aquilo que foi o desenvolvimento deste projeto, principalmente a fundamentação teórica e teorias vinculadas a ela, os conceitos chave aplicados para leitura e compreensão do trabalho, as opções metodológicas utilizadas, analisando de uma forma geral consecução dos objetivos delineados inicialmente e ao mesmo tempo planejar próximos passos.

No que concerne a fundamentação teórica, esta permitiu-nos de um modo geral sintetizar ideias e conceitos chave que foram fundamentais para a concretização do nosso trabalho de projeto.

A decisão de associar nesta base teórica a teoria de conforto de Kolcaba e a teoria Sinativa do desenvolvimento foi sem dúvida uma escolha bem acertada, primeiramente porque a teoria de Conforto envolve o mesmo de uma forma mais abrangente, devendo sempre o enfermeiro intervir para identificar as necessidades de conforto, por outro lado a teoria Sinativa do desenvolvimento representa o modelo da organização do desenvolvimento comportamental do RN. Neste modelo o RN é visto como um coadjuvante do seu próprio cuidado, pois fornece-nos informações com base na sua reação face as respostas fisiológicas e sinais comportamentais considerando funcionamento de cada subsistema, sendo o foco principal deste modelo a diminuição dos estímulos nocivos no tempo em que se individualiza os seus cuidados para promover a estabilidade e conforto.

Relativamente a problemática da avaliação, prevenção e alívio da dor e da prática correta do posicionamento, estes constituem duas grandes áreas de meu interesse pessoal, pela importância que têm nos cuidados em neonatologia porque também desde sempre é o meu desejo dar contributo para a melhoria da prestação dos cuidados aos RN internados, implementando protocolos específicos e escalas validadas naquela unidade que até agora não existe apesar de todos os avanços registados nos últimos anos. Gostaria de evidenciar ainda que estas duas temáticas foram umas das bases fundamentais para a validação deste projeto proporcionando a orientação e suporte desde a fase da conceção até o plano da verificação tendo em consideração a resolução da problemática inicialmente caracterizado. Outros aspetos importantes que foram

essenciais para o sucesso deste projeto estão relacionadas com as teorias e modelos utilizadas no decorrer da sua elaboração.

No que se refere as opções metodológicas torna se fundamental realçar o quanto foi relevante a utilização da metodologia do trabalho de projeto para a realização deste trabalho e para o processo de aprendizagem, por ser a base dos princípios da prática reflexiva e porque a sua aplicação permite nos identificar problema na prática de cuidados, bem como a resolução desse mesmo problema seguindo corretamente as etapas desse processo.

A vinculação desta metodologia com o ciclo de Deming teve um contributo de grande importância para a realização de todo o trabalho, isso porque foi a ferramenta utilizada para o esboço geral do projeto por se tratar de um projeto de melhoria continua da qualidade dos cuidados, pelo que elaboramos o projeto de intervenção com base nas seguintes fases: identificação do problema e justificação, a definição dos objetivos, o planeamento em que realizamos o diagnostico da situação, a execução e avaliação do projeto, tendo em consideração os aspetos formais e éticos.

A escolha do PARIHS também foi de grande importância, pois este modelo permitiu-nos analisar os fatores que afetam a implementação tendo em consideração os três elementos centrais do mesmo, sendo que foi possível recorrer a estes fatores para melhor definir as estratégias da implementação.

Representa um dos pressupostos fundamentais do enfermeiro especialista o comprometimento com os projetos de melhoria continua baseada nas evidencias científicas mais recentes. Padronizar os cuidados de conforto no serviço de neonatologia é fundamental etem vários benefícios para o RN, permitindo a organização de cuidados a prestar.

A realização do diagnostico da situação teve como propósito conhecer melhor a situação do serviço no que se refere a problemática dos cuidados de conforto e definir melhor as áreas prioritárias da nossa intervenção. Para isso realizou se um estudo descritivo simples por meio da aplicação de um questionário a equipa multiprofissional da unidade de neonatologia do Hospital, numa amostra não probabilística, realizou se uma analise descritiva que revelou uma enorme necessidade de implementar protocolos específicos de cuidados voltados para o desenvolvimento, particularmente da prática de posicionamento para a uniformização desta prática, normas e diretrizes que apoiam as

práticas de avaliação e gestão da dor no RN bem como escalas validadas e apropriada a idade do neonato. Considerando que se trata de um projeto de continuidade e devido ao limite temporal da realização deste trabalho não foi possível executar o planeamento, pelo que realizou uma proposta do plano formativo no âmbito da execução do projeto. Para alicerçar esse plano elaborou-se também um manual de orientação para os cuidados de conforto com vista a orientar os profissionais na utilização das medidas de conforto baseadas em evidências. Para avaliação das práticas elaborou-se um instrumento de auditoria permitindo a responsabilização dos profissionais e consequentemente melhoria das práticas de cuidados de conforto no RN.

Perspetivámos inicialmente elaborar esse projeto com a finalidade de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos RN internados no serviço de neonatologia do Hospital e contribuir para a evolução positiva dos indicadores de saúde infantil do nosso país. Contudo a construção deste plano sustentado em modelos teóricos do domínio da melhoria contínua de qualidade e da ciência de implementação, superou as nossas expectativas e podemos alargar esse projeto para outras unidades de neonatologia em Cabo Verde. Este facto culmina a concretização do objetivo geral delineado inicialmente.

No que se refere aos objetivos específicos também foram atingidos de forma satisfatória. Uma vez que o diagnóstico da situação aplicando o questionário ‘Quantum Caring Practice Self-Assessment’ foi realizado com sucesso, deste modo, dentro das áreas dos cuidados centrados no desenvolvimento foram definidas as mais prioritárias a serem implementadas no serviço de neonatologia, assim como as melhores estratégias para capacitar a equipa. Elaborou-se também o manual de orientação para os cuidados de conforto com base no modelo universo dos cuidados centrados no desenvolvimento do RN e um instrumento de auditoria permitindo avaliar as práticas dos enfermeiros na promoção do conforto no RN.

Relativamente a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, considera-se que foram desenvolvidas tanto no domínio da melhoria da qualidade, por reconhecer que esta envolve análise e revisão das práticas em relação aos seus resultados, avaliar a qualidade e partindo dos resultados, implementar programas de melhoria contínua (OE, 2011), como no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, assentando nos processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos,

atuais e pertinentes, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação (OE,2011).

Com relação as competências específicas do EEESIP, apesar de mencionadas poucas vezes no decorrer do relatório também se desenvolveu sobretudo a competência: “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”, faz gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; garantir a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor; aplicar conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor (OE, 2018). No decorrer do desenvolvimento deste projeto foram encontrados vários desafios, sendo que podemos destacar os seguintes: primeiramente a natureza do trabalho, sendo o primeiro trabalho deste porte a ser realizado em Cabo Verde, o mesmo gerou alguns constrangimentos principalmente na obtenção do parecer por parte dos dirigentes o que originou uma espera bastante prolongada para dar início á realização dos trabalhos e o cumprimento do cronograma. O outro desafio certamente iremos encontrar na fase da implementação deste projeto a ver coma conjuntura económica do nosso país que apesar dos grandes investimentos realizados na área da saúde, ainda não é suficiente para a melhoria que se pretende.

Tendo em consideração o Contexto da realização deste trabalho é evidente que teremos também nesta fase a escassez dos recursos humanos, gerando a sobrecarga dos profissionais, uma vez que ainda o rácio da distribuição ainda não se encontra bem definida no serviço tanto que na UCIN só ficam dois enfermeiros a assumir os cuidados de cerca de 12 RN dependendoda época, contribuindo para uma prestação de cuidados com menos qualidade.

Por outro lado, temos a resistência dos profissionais em adotar novas praticas, justificando este fato pela inexperiência da investigadora.

Digamos que a ambição de cumprir com o objetivo era muito mais do que o somatório de todos esses desafios, e foi isso que contribuiu para a sua superação e me fez seguir em frente, com a consciência de que sempre encontrarei obstáculos no meu caminho e que o mais importante é saber identificar estratégias para os superar.

Gostaria de evidenciar como aspeto facilitador deste percurso e da elaboração deste projeto, o mesmo ter sido desenvolvido no serviço onde desempenho as minhas funções enquanto enfermeira, facilitando assim o estabelecimento da relação de confiança que

foi benéfica para o diagnóstico da situação e recolha de informação, para o planeamento do projeto e será também para a implementação do nosso plano, pois já era conhecida por toda a equipa.

O desenvolvimento e planeamento deste projeto bem como a sua futura implementação foi um percurso de grandes aprendizagens, onde pude desenvolver conhecimentos científicos técnicos e humanos, além das competências do enfermeiro especialista acima mencionada.

Mais uma vez a utilização da metodologia de trabalho de projeto foi de uma mais valia, pois permitiu-me desenvolver competências relativamente a realização de trabalhos científicos e de investigação, implementação da prática baseada em evidência utilizando modelos adequados, mais também tornou-se um desafio tendo em consideração o contexto da implementação desta prática, apesar do mesmo ser do meu total conhecimento.

Terminando esta etapa, o sentimento que agora detenho é que cumpro com o meu dever, por ter dado o primeiro passo para ajudar na melhoria das práticas num serviço onde iniciei a minha jornada profissional, o que certamente irá contribuir para o meu crescimento enquanto enfermeira.

Não obstante, estou consciente de que ainda falta muito a fazer para a concretização deste processo, pelo que deixo aqui o meu compromisso em continuar a trabalhar no projeto e executar o plano de ação e avaliar os resultados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almohalla, L., & Guerra, R.M. (2011). Identificação dos sinais neurocomportamentais de bebês pré-termo por profissionais que atuam na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 22, n. 2, p. 117-126, maio/ago.
- American Academy of Pediatrics [AAP] (2016). Prevention and management of pain in the neonate:an update. *Pediatrics*, 118, 2231-2241.
- Als, H. (1986). A Synactive Model of Neonatal Behavioral Organization: Physical and Occupational Therapy in Pediatrics, 6(3-4), 3-53. https://doi.org/10.1080/J006v06n03_02
- Als, H. (2009). Cuidados de desenvolvimento individualizados para bebês prematuros. In *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância* (pp. 1-6). Retrieved from <http://www.encyclopedia-crianca.com/prematuridade/segundospecialistas/cuidados-de-desenvolvimento-individualizados-para-bebes>
- Als, H. (2015) Program guide. Newborn individualized developmental care and assessment program(NIDCAP) An education and training program for health care professionals. Boston: National NIDCAP Training Center.
- Altimier, L. & Phillips, R. (2013). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven Neuroprotective Core Measures for Family-Centered Developmental Care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. 13(1), 9-22. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002>
- Araújo, G. (2016). Estratégias de identificação e intervenção na dor dos recém-nascidos, *rev. eletrôn. atualiza saúde salvador*, v. 4, n. 4, p. 32-39, jul./dez.
- Bahtsevani, C., Willman, A., Khalaf, A. & Östman, M. (2008). Desenvolvendo um instrumento para avaliar a implementação de diretrizes de prática clínica: um estudo de teste-reteste. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14:839-846.
- Batalha, L. (2006). *Dor em Pediatria*. (Tese de Doutorado). Faculdade de Medicina do Porto
- Batalha, L. (2010). Intervenções Não Farmacológicas no Controle da Dor em Cuidados Intensivos Neonatais. *Revista Enfermagem Referência*. III série, 2:73-80

- Batalha, L. M. C. (2016). Doença crónica e hospitalização: implicações no desenvolvimento criança e cuidados a prestar (Manual de estudo - versão 1). <http://repositorio.esenfc.pt>
- Benoit, B., Martin-Misener, R., Latimer, M. & Campbell-Yeo, M. (2017). Breast-Feeding Analgesia in Infants: An Update on the Current State of Evidence. *J. Perinat. Neonatal Nurs.*, 31, 145–159
- Bueno, M. (2021). Tradução do Conhecimento, Ciência Da Implementação e Enfermagem. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 11: e4616. Available in. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v11i0.4616>
- Camargo, C. C. dos S., Pereira, S. A., & Moran, C. A. (2017). Estimulação sensório-motora em unidade de terapia intensiva neonatal: efeitos e técnicas. *Revista Eletrónica Saúde e Ciência*, 07(02), 62 a 68. https://rescceafi.com.br/vol7/n2/artigo_06_pág.62-68.pdf
- Cardoso, R. B., Caldas, C. P., & Souza, P. A. (2019). Uso da teoria do conforto de Kolcaba na implementação do processo de enfermagem: Revisão integrativa. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 8(1), 118-128. doi: [10.18554/reas.v8i1.2758](https://doi.org/10.18554/reas.v8i1.2758).
- Coughlin, M. (2011). Age-Appropriate Care of the Premature and Critically Ill Hospitalized Infant: Guideline for Practice. Glenview, IL: National Association of Neonatal Nurses.
- Coughlin, M. (2014). Transformative Nursing in the NICU. Trauma-Informed Age-Appropriate Care. New York: *Springer Publishing Company*, ISBN: 978-0-8261-96576.
- Coughlin, M. (2015). The Sobreviver (Survive) Project. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 15(4).
- Coughlin, M. (2016). Trauma-Informed Care in the NICU. Evidence-based practice guidelines for neonatal clinicians. New York: *Springer Publishing Company*, ISBN: 9780826131966.
- Coughlin, M., Lohman, M.B., Gibbins, S. (2010). Reliability and effectiveness of an infant positioning assessment tool to standardize developmentally supportive positioning practices in the neonatal intensive care unit. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 10(2), 104-106

- Cruz, M.D., Fernandes, A.M.& Oliveira, C.R. (2015). Epidemiology of painful procedures performed in neonates: A systematic review of observational studies. *European Journal of Pain* 20 4: 489-498. <http://dx.doi.org/10.1002/ejp.757>.
- Cruz, I. R. da. (2018). O cuidado para o desenvolvimento em Neonatologia: Posicionar para melhor cuidar (Dissertação de Mestrado). Lisboa. Portugal.
- Cruz, M. D. D. (2020). *Epidemiologia da dor neonatal: fatores determinantes para a sua prevenção e tratamento* (Tese de Doutoramento, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra). <http://hdl.handle.net/10316/91098>
- Carvalho, C. G. (2021). Posicionar para Desenvolver: Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no Posicionamento Terapêutico do Recém-Nascido numa UCIN (Dissertação de Mestrado). Beja. Portugal.
- Chaves, A. N. (2017). A dor numa UCINP: Conceções e práticas dos enfermeiros na gestão da dor em crianças no primeiro ano de vida Pain in a NPICU. (Dissertação do mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Dias, N., Fernandes, C., & Sabino, S. (2021). Application of PDCA cycle to fill the SI RNCCI nursing records in CU, *Journal of Aging & Innovation*, 10 (2): 43-55
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2003). A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. *Circular Normativa* n.º 09/DGCG de 14/06/2003, Portugal
- Direcção-Geral da Saúde [DGS]. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Lisboa, Portugal: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde [DGS]. (2013). Norma 010/2013. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa, Portugal: Direcção-Geral da Saúde.
- Dickerson, P. S. (2010). Continuing nursing education: Enhancing professional development. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 41(3), 100-101. [doi:10.3928/00220124-20100224-07](https://doi.org/10.3928/00220124-20100224-07).
- Domingues, M. T. & Ramos, A. L. (2018). Promoção do Conforto no Recém-nascido, Criança, Jovem e Família: Atuação do Enfermeiro Especialista em Contexto de Saúde-Doença (Relatório de Estágio). Évora, Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus.
- Ferber, S. G. & Makhoul, I. R. (2008). Neurobehavioral assessment of skin-to-skin

effects on reaction to pain in preterm infants: a randomized, controlled within-subject trial. *Acta Paediatrica*, Vol. 97(2). p. 171-176;

Ferraz, L. P. L., Fernandes, A. M., & Gameiro, M. G. H. (2022). Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro: Estudo sobre as práticas em unidades neonatais Portuguesas. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 31, 163. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2021-0235pt>.

Freitas, O. M. da S. (2014). Efeito da massagem no recém-nascido. Coimbra:

Formasau. Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta

Gibbins, S., Hoath, S.B., Coughlin, M., Gibbins, A., & Franck, L. (2008). The universe of developmental care. *Advances in Neonatal Care*, 8(3), 141-147. [doi: 10.1097/01.anc.0000324337.01970.76](https://doi.org/10.1097/01.anc.0000324337.01970.76)

Gibbins, S., Coughlin, M., Hoath, S. (2010). Quality indicators for developmental care: using the universe of developmental care model as an exemplar for change. *Developmental care of newborns and infants: a guide for health professionals*. Glenview, IL: National Association of Neonatal Nurses. p.43-59

Guinsburg, R. & Balda, R. (2009) Dor em neonatologia. In M. Teixeira, J. Braum, J. Arquez & L.Yeng. *Dor: contexto interdisciplinar*. Curitiba: Editora Maio; p. 547-54

González, A. & Torres, L., (2005). Dolor en neonatos. *Revista Sociedade Espanhola Dolor*. (2): 98-1

Goudarzi, Z., Rahimi, O., Khalessi, N., Soleimani, F., Mohammadi, N., & Shamschiri, A. (2015). The rate of developmental care delivery in neonatal intensive care unit. *Iran Journal of CriticalCare Nursing*, 8(2), 117-124

Guedj, R. Danan, C., Daoud, P., Zupan, V., Renolleau, S., ...; Carbajal, R. (2014). Does neonatal pain management in intensive care units differ between night and day? An observational study. *BMJ Open*. 4(2), e004086.

Helfrich, C. Li, Y., Sharp, N. & Sales, A. (2009). Desenvolvimento de um instrumento baseado na Ação Promotora de Avaliação de prontidão organizacional para mudar (ORCA): Estrutura de Pesquisa em Serviços de Saúde (PARIHS). *Ciência da*

<http://www.implementationscience.com/content/4/1/38.doi:10.1186/1748-5908-4-38>

Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica (8a). Rio de Janeiro: Elsevier.

Hockenberry, M.J., & Wilson, D. (2015). Wong's nursing care of infants and children (10th edition). St. Louis, Missouri, United States of America: Mosby Elsevier.

Hulley, S., Cummings, S., Browner, W., Grady, D. & Newman, T. (2015). Delineando a pesquisa clínica: Uma abordagem epidemiológica. (4ª ed.). São Paulo, Brasil: Artmed.

Instituto Nacional de Estatística. (2020). Anuário Estatístico de Cabo Verde (AECV). Praia Caboverde.

International Association for the Study of Pain [IASP]. (s.d). EUA. [Em linha] [Consult. Abril. 2022]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>;

International Council of Nurses [ICN]. (2016). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE versão 2015. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros

Kolcaba, K. (2003). Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research. New York, NY: Springer Publishing Company.

Kim, M.J. (2017). Medical auditing of whole-breast screening ultrasonography. *Ultrasonography*;36(3),198-203.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5494866/pdf/usg-17005.pdf>

Johnston, C., Campbell-Yeo, M., Disher, T., Benoit, B., Fernandes, A., Streiner, D., ... Zee, R. (2017). Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. *The Cochrane data base of systematic reviews*, 2, CD008435. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD008435.pub3>

Kitson, A. Rycroft-Malone, J. Harvey, G. McCormack, B. Seers, K. & Titchen, A. (2008). Avaliação da implementação bem-sucedida de evidências na prática usando a estrutura PARiHS: desafios teóricos e práticos. *Ciência da Implementação*. 3: 1.

Meek, J. (2012). Options for procedural pain in newborn infants. *Archives of Diseases in Childhood: Education and Practice Edition*, 97, 23-28.

Meissner, H.I., Glasgow, R.E., Vinson, C.A., Chambers, D., Brownson, R.C. & Green LW, (2013). The U.S. training institute for dissemination and implementation

- Melo, G.M. (2014). Escalas de avaliação de dor em recém-nascidos: Revisão integrativa. *Revista Paulista de Pediatria*.32(4), p. 395–402, [Consult. 25 jul. 2022]. Disponível em [www:url](http://www.url)
- Miranda, C.B., Maia, E.B.S.& Almeida, F. A. (2022). Modelo de implementação sistemática do brinquedo terapêutico em unidades pediátricas hospitalares. *Esc Anna Nery*;26: e20220136.
- Monteiro, M. (2019). Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido: Atuação do enfermeiro especialista na otimização do ambiente terapêutico. (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde.
- Moreno, A. S. (2012). O controlo da dor em neonatologia: intervenções não farmacológicas. (Dissertação do Mestrado). Escola Superior De Enfermagem do Porto.
- Motta, G. & Cunha, M. (2015). Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido. *Rev Bras Enferm.*, Vol. 68(1). p. 131-135.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2013). Guia orientador de boas práticas estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança, p.74. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2013). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem, 1–37. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2018). Regulamento n.º 422/2018. Regulamento das CompetênciasEspecíficas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diárioda República*, 2.ª série, 133, 19192-19194.
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019). Regulamento n.º 140/2019. Regulamento das CompetênciasComuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série, 26, 4744-4750.
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2021). Estratégias de recursos humanos para melhorar os cuidados prestados aos recém-nascidos nas unidades de saúde dos países de baixa e média renda. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

- Otoni, A. C. S., & Grave, M. T. Q. (2014). Avaliação dos sinais neurocomportamentais de bebês pré-termo internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista de Terapia Ocupacional Da Universidade de São Paulo*, 25(2), 151. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i2p151-158>.
- Patton, C., et al. (2015). Do nurses provide a safe sleep environment for infants in the hospital setting? An integrative review. *Advances in Neonatal Care*, v. 15, n. 1, p. 8-22. DOI 10.1097/anc.000000000000145.
- Páscoa, E. S. (2019). Promoção do desenvolvimento da criança através do posicionamento terapêutico Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (Relatório de Estágio). Lisboa. Portugal.
- Pédiadol, la douleur de l'enfant. (2015). EDIN (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-né). França, [Emlinha] [Consult. 20 Maio. 2022]. Disponível em WWW: <URL: <https://www.pediadol.org/Grille-de-douleur-et-d-inconfort,12.html>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2011). Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Rocha, A. (2014). Supervisão clínica em enfermagem para a segurança e qualidade dos cuidados: perspectiva dos supervisionados. (Dissertação de mestrado) Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Roldão, G. (2017). Dor? Claro que Não! In, J. Saldanha, C. Moniz & M. Machado: Nascer pré-termo. Cuidados multidisciplinares. (pp. 113-119). Lisboa: Associação das crianças de Santa Maria. Serviço de neonatologia, departamento de pediatria, Hospital de Santa Maria – CHLN, EPE.
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., Nunes, L. & Estudantes do 7º Curso de Licenciatura em Enfermagem (2010). Metodologia de projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-38.
- Rycroft-Malone, J. Seers, K. Titchen, A. Harvey, G. Kitson, A. & McCormack, B. (2004). O que conta como evidência na prática baseada em evidências? *J Adv Nurs*. 47:81-90.
- Santos, A. (2011). NIDCAP: Uma filosofia de cuidados. *Nascer e Crescer*, 20(1), 26-31. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v20n1/v20n1a06.pdf>

Santos, A., Souza, E. & Pereira, R. (2020). O efeito do posicionamento terapêutico no recém-nascido prematuro. *revista saúde dos vales - rsv - issn: 2674-8584*, minas gerais. edição 2020/02. disponível em: <https://revistas.unipacto.com.br/storage/publicacoes/2020/534> acesso em: 2 dez. 2022

Silva, A., Rodrigues, J., M., & Pires, A. (2016). O papel do enfermeiro na auditoria de enfermagem.

Macapá: *Revista Ciência e Sociedade*.

Silva, R.N.M. (2006). Cuidados Voltados para o Desenvolvimento do Pré-termo na UTI Neonatal. In F. Alves & M. Trindade, Andrade Lopes editores. *Avanços em Perinatologia*. Rio de Janeiro MEDSI/Guanabara Koogan. (pp.35-50).

Sousa, M. & Baptista, C. (2011). *Como fazer investigação, dissertações, teses e relatórios segundo Bolonha*. Lisboa, Portugal: Lidel.

Stetler, C. Legro, M. Rycroft-Malone, J. Bowman, C. Curran, G. Guihan, M., ... Wallace, C. (2006). Papel da facilitação externa na implementação dos resultados da pesquisa: uma avaliação qualitativa das experiências de facilitação na Administração de Saúde dos Veteranos. *Ciência da Implementação*, 1:23.

Tavares, M. A. F. (2020). *Gestão e Organização de Cuidados aos Recém-nascidos Pré-termo (Dissertação de Mestrado)*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Toso, B. R. G. de O., Viera, C. S., Valter, J. M., Delatore, S., & Barreto, G. M. S. (2015). Validação de protocolo de posicionamento de recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(6), 1147–1153.

UNESCO. (2000). *Congresso Internacional sobre Educação técnico-profissional Educação e formação ao longo de toda a vida: uma ponte para o Futuro*. Seul, República da Coreia. Relatório Final. 26-30 abr. 1999.

Zazem, C. (2013). Neonatal nurses and therapists perceptions of positioning for preterm infants in the neonatal intensive care unit. *Neonatal Network*. V.32, n.2, p. 110-116

ANEXO I- Questionário – ‘Quantum Caring Practice Self-Assessment’

Instrumento de colheita de dados do estudo

1. Benvinda/o

Os Cuidados para o Desenvolvimento têm sido definidos e descritos de forma inconsistente desde a sua introdução, no início dos anos 80 do século passado. Esta inconsistência persiste ainda hoje nas unidades, com variações na prática de cuidados, de turno para turno e entre os profissionais na mesma equipa. A investigação atual tem dado suporte à prática de cuidados sensíveis ao desenvolvimento, apontando resultados clínicos, psicossociais e económicos favoráveis. Dada esta realidade medidas centrais, específicas dos Cuidados para o Desenvolvimento, podem ser a chave para a adoção universal desta prática.

PARTE I

1. Idade (anos)

20-30

30-40

40-50

> 50

2. Sexo

Feminino

Masculino

3. Qual o seu grau de formação académica?

Licenciado

Mestre

Doutor

4. Possui formação especializada nas seguintes áreas?

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Sim

Não

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Sim

Não

5. Quantos anos têm de experiência/exercício profissional em cuidados neonatais?

Menos de 3 anos

Entre 3 e 10 anos

Mais de 10 anos

Mais de 20 anos

6. Profissão

Médico

Enfermeiro

7. Na unidade onde trabalha, é realizada ventilação invasiva?

Sim

Não

8. Qual o número de camas da sua unidade?

Menor ou igual que 10 camas

Maior do que 10 camas

9. Na unidade onde trabalha, está implementado algum programa ou protocolo específico de cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro (RNP)?

Não

NIDCAP

Protocolo específico de cuidados centrados no desenvolvimento do RNP

Other...

10. Já alguma vez realizou formação profissional sobre cuidados centrados no desenvolvimento do RNP?

Não

Trainer de NIDCAP

Formação em serviço sobre NIDCAP

Formação em serviço sobre cuidados centrados no desenvolvimento

PARTE II

Por favor, responda baseando-se na sua prática diária individual, no contexto da sua unidade. Os critérios que se seguem estão baseados nas cinco medidas centrais dos cuidados de suporte ao desenvolvimento do recém-nascido prematuro (Ambiente Terapêutico [o ambiente físico, humano e dos sistemas], Avaliação e Gestão da Dor e do Stresse, Proteção do Sono, Atividades da Vida Diária para o Desenvolvimento [posicionamento, alimentação, cuidados à pele] e Cuidados Centrados na Família).

Por favor, indique a frequência com que é realizada cada uma das seguintes práticas de cuidados.

Medidas Centrais Ambiente Terapêutico

1. Os níveis sonoros na área de cuidados ao recém-nascido (RN) são mantidos dentro dos valores recomendados (< 45 dB = ruído numa biblioteca).

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\ Sempre\ N/A

2. Os níveis de luminosidade são mantidos dentro dos valores recomendados (entre os 10-600 lux ou não mais iluminada do que a sua sala de estar).

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\ Sempre\ N/A

3. É providenciada iluminação cíclica (iluminação mínima recomendada durante a noite, e iluminação máxima recomendada, durante o dia).

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

4. Os olhos do RN são protegidos da luz direta.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

5. É gerida a exposição do RN a odores nocivos (p.e.: os desinfetantes cutâneos são abertos fora do microambiente do RN).

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

6. São proporcionadas experiências olfativas e gustativas positivas ao RN (p.e.: através do método canguru, colo, estimulação perioral com leite materno, colocação de materiais com o perfume natural dos pais no microambiente do RN).

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

7. Quando o RN é manipulado, esse movimento é realizado de forma lenta e com contenção (p.e.: o RN é transferido de um local para outro em contenção, de forma lenta e suave, junto do corpo de quem o transfere).

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

8. É protegida a privacidade dos pais junto do RN (seja através do uso de uma cortina/biombo ou pela disponibilidade de quarto familiar).

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

9. O ambiente da unidade é esteticamente agradável, acolhedor e denota respeito pela dignidade humana (p.e.: há obras de arte, paredes pintadas em tons suaves, o ambiente onde trabalha é acolhedor).

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

10. A colaboração, tomada de decisão partilhada e as passagens de serviço interprofissionais ocorrem diariamente.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

11. São providenciados cuidados adaptados à idade gestacional ou de suporte ao desenvolvimento.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

12. A equipa cumpre o protocolo de higienização das mãos.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

13. A equipa responde prontamente aos alarmes e ao choro do RN, independentemente do mesmo lhe estar ou não atribuído.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

14. São abordadas as práticas que não servem o melhor interesse do RN (p.e.: quando se está a ver um colega a realizar um procedimento doloroso sem controlo da dor, com que frequência se intervém a favor do RN).

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

15. Os membros da equipa são responsabilizados pela prestação de cuidados de apoio ao desenvolvimento (p.e.: avaliação de desempenho anual inclui evidência de práticas de cuidados de apoio ao desenvolvimento).

Nunca\Ocasionalmente\Às

vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A Dor e Stresse:

Prevenção, Avaliação e Gestão

16. As intervenções geradoras de dor e stresse são analisadas, revistas e modificadas com base nas necessidades individuais de cada RN (p.e.: as colheitas diárias são baseadas nas necessidades da criança e não nas rotinas da unidade).

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

17. TODOS os procedimentos dolorosos e stresseantes são geridos de forma eficaz (p.e.: ao realizar uma punção, é oferecido ao RN sacarose e sucção não nutritiva antes do procedimento).

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

18. Quando os pais estão presentes, são convidados e encorajados a apoiar o seu bebé durante o procedimento (p.e.: através do método canguru, da amamentação, da contenção etc.).

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

19. A dor e o stresse são avaliados e geridos de forma contínua durante e após o procedimento, até que o RN volte ao seu estado basal.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

20. Todas as intervenções não-farmacológicas de controlo da dor/stresse são registadas com precisão (devendo incluir o tempo de administração e a resposta do RN).

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

1. O contacto pele-a-pele (ou método canguru) é utilizado como intervenção não farmacológica para gerir a dor durante procedimentos.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

2. Os cuidados ao RN são modificados de acordo com os seus sinais de stresse comportamental.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

3. É utilizada uma escala de avaliação de dor validada e apropriada à idade do RN.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

4. Os membros da equipa utilizam adequadamente escalas de avaliação da dor.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

5. A prevenção da dor e stresse é um objetivo expresso nas passagens de serviço diárias.

Nunca\Ocasionalmente\Às

vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A**Proteção do Sono**

6. O estado de sono-vigília do RN é avaliado antes da prestação de cuidados não emergentes.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

7. Os cuidados não emergentes são prestados durante os estados de vigília do RN.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

8. O contacto pele-a-pele (método canguru) é uma prática integrada nos cuidados diários aos recém-nascidos que não apresentam contra-indicações.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

9. O contacto pele-a-pele (ou método canguru) é documentado de maneira a captar o efeito dose-dependente (p.e.:a hora de início e fim de cada sessão).

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

10. Os pais fazem um diário de sono do seu filho na fase antes da alta.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

11. Os pais dos recém-nascidos praticam as rotinas de adormecimento do seu filho na fase antes da alta.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

12. A equipa participa periodicamente em formação em serviço sobre segurança no sono.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

13. Os recém-nascidos com indicação para tal, fazem a transição para a posição de decúbito dorsal ou "de costas" para dormir (p.e.: clinicamente estáveis, em preparação para a alta, idade corrigida de termo).

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

14. A equipa serve de modelo na prática de posicionar o RN de "costas para dormir" (p.e.: recém-nascidos clinicamente estáveis, em preparação para a alta e com idade corrigida de termo, são posicionados em decúbitodorsal).

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

15. Os pais são instruídos sobre a importância do sono seguro no hospital e em casa.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

Atividades de Vida Diárias (Posicionamento, Cuidados à pele e Alimentação)

16. Os recém-nascidos são posicionados em flexão, com contenção e alinhamento postural.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

17. A equipa recebe, periodicamente, formação em serviço sobre o posicionamento do RN numa UCN.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

18. Durante os cuidados, os recém-nascidos são mantidos em flexão e alinhamento postural.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

19. A orientação da cabeça e do pescoço é mantida na linha média com rotação da cabeça não superior a 45 graus para cada lado.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

20. Os recém-nascidos são contidos (colocados em swaddling) para a monitorização de peso.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

21. Os recém-nascidos são contidos (colocados em swaddling) para tomar banho.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

22. A indicação dos recém-nascidos para a realização do contacto pele-a-pele (método canguru) é discutidadiariamente nas passagens de serviço.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

23. A equipa recebe, periodicamente, formação em serviço sobre o contacto pele-a-pele (método canguru), incluindo a técnica de transferência do RN recomendada.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

24. No método canguru, a equipa utiliza a "técnica de estar de pé" para transferir o RN.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

25. No método canguru, a equipa utiliza a "técnica de estar sentado" para transferir o RN.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

26. O leite materno é ativamente recomendado para todos os recém-nascidos internados na UCN.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

27. Os recém-nascidos iniciam o método canguru quando se apresentam clinicamente estáveis, mesmo com tuboendotraqueal.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

28. A equipa faz, periodicamente, formação em serviço sobre apoio à amamentação.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

29. As "conselheiras de amamentação" são recursos prontamente disponíveis na UCN.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

30. A primeira toma de alimentação oral é no peito da mãe, se esta deseja amamentar.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

31. A equipa recebe, periodicamente, formação sobre sinais de prontidão do RN para iniciar alimentação oral.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

32. São os sinais de prontidão do RN para a alimentação que indicam o início da alimentação oral.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

33. A alimentação do biberão é interrompida quando o RN já não está envolvido nessa atividade com segurança (p.e.: mostra sinais de stresse, fuga pelos lábios, olhos fechados, respiração irregular, etc.), independentemente do volume ingerido.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

34. A integridade da pele e das mucosas é avaliada, pelo menos uma vez ao dia, utilizando uma escala validada adequada à idade.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

35. O colostro e/ou o leite da mãe é utilizado para os cuidados à boca dos recém-nascidos que não estão a ser alimentados por via oral.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

36. O modo e a frequência do banho são individualizados para cada RN.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

37. A face e as mãos do RN são suavemente limpas, no mínimo, uma vez por turno.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

38. As películas protetoras da pele são utilizadas como interface, ao aplicar dispositivos médicos ou adesivos na pele do RN.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

39. Os adesivos são removidos suavemente para minimizar a lesão da pele e não são aplicadas soluções com produtos químicos tóxicos.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

Cuidados Centrados na Família

40. Os pais têm acesso irrestrito ao RN internado na UCN durante as 24 horas.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\Não sei ou N/A

41. Os pais são convidados e encorajados a estar presentes durante os procedimentos.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

42. Espera-se que os pais sejam capazes de prestar cuidados ao seu filho na UCN.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

43. Os pais são ensinados, instruídos e treinados para a prestação de cuidados ao seu filho na UCN (incluindo o método canguru, o banho, a alimentação, o conforto, etc.).

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

44. Os pais são considerados visitas.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

45. Os pais participam nas visitas médicas.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

46. Os pais participam nas passagens de serviço de enfermagem.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

47. A presença dos pais na UCN é registada no processo clínico.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

48. Os pais dispõem de espaço adequado para estarem junto do seu filho.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

49. Os pais são avaliados regularmente quanto ao seu bem-estar emocional.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

50. Há profissionais de saúde mental/psicologia disponíveis para apoiar os pais.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

51. Os pais têm acesso a grupos de apoio à família ou a grupos de apoio por pares.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

52. Estão disponíveis na UCN recursos culturalmente sensíveis de apoio à parentalidade.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

53. A equipa faz formação em serviço sobre sensibilidade cultural para necessidades decorrentes das características sociodemográficas da população abrangida pela UCN.

Nunca\Ocasionalmente\Às vezes\Frequentemente\Sempre\ N/A

Identifica alguma barreira à prática diária de cuidados centrados no desenvolvimento do RNP?

ANEXO II - Escala da avaliação da Dor no Neonato- EDIN

ECHELLE DE DOULEUR ET D'INCONFORT DU NOUVEAU NÉ (EDIN)

	0	1	2	3
ROSTO	Rosto calmo	Caretas passageiras: sobancelhas franzidas / lábios contraídos / queixo franzido / queixo trémulo.	Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas	Crispação permanente ou face prostrada, petrificada ou face acinzentada
CORPO	Corpo calmo	Agitação transitória, geralmente calmo	Agitação frequente, mas acalma-se	Agitação permanente: crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre limitada, com corpo imóvel
SONO	Adormece facilmente, sono prolongado, Calmo	Adormece dificilmente	Acorda espontânea e frequentemente, sono agitado	Não adormece
INTERACÇÃO	Atento	Apreensão passageira no momento do contacto	Contacto difícil, grito à menor estimulação	Recusa o contacto, nenhuma relação possível. Grito ou gemido sem a menor estimulação

RECONFORTO	Sem necessidade de reconforto	Acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta	Acalma-se dificilmente inconsolável .	Sucção desesperada
-------------------	--	---	--	-----------------------

Score:

0 sem dor

1-4 dor ligeira

5-8 dor moderada

9-12 dor intensa

13-15 dor muito intensa

APÊNDICE I- Consentimento Livre e Esclarecido



**X CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
INFANTIL E PEDIATRIA**

Consentimento informado – Aplicação do Inquérito

Título do Projeto: **implementação de medidas de conforto ao recém-nascido internado no serviço de neonatologia**

Esta Projeto enquadra se no âmbito do X Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da responsabilidade da mestranda Ana Borges com a orientação da professora Doutora Ananda Maria Fernandes. intitulado “**Medidas de conforto ao recém-nascido internado no serviço de neonatologia**”.

Para o sucesso deste projeto é importante conhecer a perceção da equipa multiprofissional sobre as medidas de conforto aos RNs internados no serviço de Neonatologia do Hospital Universitário Dr. Agostinho Neto.

Assim a finalidade da aplicação deste inquérito/questionário é obter informações que nos auxilia na implementação de medidas de conforto junto dos RNs internados e contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados aos mesmos.

Os questionários serão aplicados de forma presencial e as informações serão lançadas posteriormente numa base de dados, em que será mantido o sigilo, garantindo a sua privacidade e confidencialidade das informações. Estas serão partilhadas com a equipa para dar continuidade a formação no serviço, após o qual comprometo me à sua destruição.

Antes da aplicação do inquérito será entregue uma copia do consentimento livre e esclarecido assinado por mim e pelo entrevistado

Esclareço que os participantes deste inquérito terão a liberdade para interromper a participação na pesquisa a qualquer momento inclusive para esclarecer dúvidas, sem punição ou prejuízo, e ainda que este trabalho não envolverá gastos, desconforto ou alteração da sua rotina de trabalho,

pelo que não haverá qualquer compensação da sua participação. Coloco-me a disposição para o esclarecimento de dúvidas e o fornecimento de maiores informações. Os dados fornecidos serão transferidos para exterior do país no âmbito académico, mas será garantido a total confidencialidade e o anonimato das informações.

Os participantes deste estudo poderão ter acesso aos dados fornecidos, após a sua aprovação na escola, caso queiram.

O tempo máximo da aplicação do questionário será de 15 minutos

Contactos Importantes

Caso queira precisar de mais informações ou tiver a necessidade de esclarecer dúvidas ou quaisquer reclamações relacionadas com o presente estudo poderá entrar em contacto com a Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd), através do número (+238 5340390) ou através do correio eletrónico cnpd@cnpd.cv ou ainda poderá entrar em contacto com a CNESP(Comité Nacional de Ética E Pesquisa Para Saúde através do correio eletrónico seguinte: lidia.brito@ms.gov.cv ou ainda através do telefone (+238 2620125) ou presencialmente no Palácio do governo no seguinte endereço: **CP N. 47, Várzea, Cidade da Praia, Cabo Verde.**

Contactos da Investigadora

Ana da Veiga Tavares Borges

Contactos telefónicos:

9270954/9718615

Correio electrónico: anatavaresborges93@gmail.com

Assinatura da Investigadora _____

Obrigada pela sua colaboração.

Eu,

_____(assinatura),

_____, declaro ter sido informado e concordo em participar,

como voluntário, no projeto acima descrito. Foram-me explicados e compreendo os objetivos deste projeto.

Data, Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento

APÊNDICE II – Cronograma de Atividades

Etapas	Fevereiro/23	Março/23	Abril/23	Maió/23	Julho/23	Novembro/23
Entrega do Relatório Final						
Apresentação Pública						
Implementação do Plano/ Capacitação da equipa						
Supervisão Clínica						
Verificação do Plano / Auditoria						

APÊNDICE III - Manual de Orientação para os cuidados de Conforto no RN internado

**MANUAL DE ORIENTAÇÃO
PARA OS CUIDADOS DE CONFORTO NO RN INTERNADO**



Elaborado. Por: Ana da Veiga Tavares Borges

Aprovado por:

Diretor Clínico

Diretor do serviço

Enfermeira Chefe

Data:

SUMÁRIO

Nota introdutória

1-Avaliação da Dor no RN Internado

Definição Objetivos Informações Gerais Orientações quanto à execução Procedimentos

2-Prevenção da Dor no RN Internado

Definição

Medidas não farmacológicas

Posicionamento e contenção Presença dos pais

Método canguru

Leite materno/amamentação:

sucção não

nutritiva

Sacarose e

Glicose a

30%:

Medidas Farmacológicas

3-Posicionamento Terapêutico do RN Internado

Definições Objetivos Informações Gerais Procedimentos

Referências

Nota Introdutória

O presente manual enquadra-se no âmbito da implementação de um projeto de melhoria contínua, que visa contribuir para a melhoria da prestação de cuidados de conforto aos RNs internados no serviço de Neonatologia do Hospital, destinados a profissionais médicos e enfermeiros daquela unidade de cuidados.

Os Cuidados de conforto são cuidados dirigidos a dois focos de atenção principais nomeadamente à avaliação e gestão da dor/stresse no RN e ao Posicionamento Terapêutico do mesmo.

Avaliar e gerir a dor e o posicionamento adequado no RN faz parte da exigência ética da equipade prestação e cuidados ao RN, além de ser um indicador da promoção de conforto ao RN é também sinónimo de boa prática por parte da equipa.

Para uma melhor abordagem dos cuidados de conforto devemos ter em consideração as medidas ambientais que são fundamentais para a promoção de conforto no RN.

Estas medidas são:

Controlo da incidência da luz e ruído, temperatura; Racionalização da manipulação do RN; Agrupamento de cuidados (p.e. colheitas) e ponderar o momento da sua realização; permitir a recuperação do RN entre procedimentos; Preservação dos ciclos de sono e vigília; Manipulação mínima nos RN gravemente doentes.

Este manual tem como principal objetivo: Reforçar a importância da avaliação da dor e as suas particularidades no recém-nascido (prematuro); facilitar a utilização de uma escala para avaliação sistemática da dor; promover a utilização das intervenções farmacológicas e não farmacológicas para prevenção da dor em procedimentos e para alívio da dor persistente; melhorar a prestação de cuidados e a qualidade de vida do recém-nascido posicionando corretamente o RN.

1- Avaliação da Dor no RN Internado

Trata-se de uma avaliação sistemática e registo da intensidade da dor em recém-nascidos, a fim de implementar medidas eficazes no controlo da mesma.

Objetivos

- ✚ Reconhecer a presença da dor
- ✚ Orientar a escolha das intervenções para alívio da dor
- ✚ Avaliar a eficácia das intervenções

Informações gerais

Quem Executa?

- ✚ O Enfermeiro

Com que Frequência?

- ✚ Uma vez por turno ou em casos de aparecimento de sinais da dor

Como executar?

- ✚ Consultar o processo clínico para individualizar, diagnosticar, planear os cuidados e avaliar resultados;
- ✚ Gerir fatores de stress ambientais e situacionais de modo a controlar a dor (ruído, luminosidade e outros)
- ✚ Registrar a intensidade da dor obtida através da aplicação de escala de dor adequada
- ✚ Aplicar a escala adequada ao desenvolvimento psicomotor e cognitivo do recém-nascido
- ✚ Monitorizar e registar a dor, de forma contínua e regular utilizando a seguinte escala:

EDIN

Particularidades desta Escala

-  Permite avaliar a dor em RN **Prematuros** ≥ 25 S Gestação e de **termo; ventilados e não ventilados;**
-  Foi Desenvolvida especificamente para ser usada na **UCIN**, avalia **dor aguda** duração breve e **persistente**
-  Pontuação: 0 – 15
-  **Categorização:** 0- sem dor; 1-4- dor ligeira; 5-8- dor moderada; 9-12- dor intensa; 13-15- dor muito intensa
-  Pressupõe intervenção terapêutica farmacológica em scores iguais ou superiores a 5;

Fonte: (DGS, 2010; Pédiadol, 2015; Chaves, 2017).

O que Avaliar

Indicador	Descrição
Rosto	0 – Rosto Calmo 1 - Caretas passageiras: sobranças franzidas/ Lábios contraídos/ queixo franzido/ queixo trémulo 2 - Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas 3 - Crispação permanente ou face prostrada, petrificada ou face acinzentada
Corpo	0 – Corpo calmo 1 – Agitação transitória, geralmente calmo 2 – Agitação frequente, mas acalma-se 3 – Agitação permanente: crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel
Sono	0 – Adormece facilmente, sono prolongado, calmo 1 – Adormece dificilmente 2 – Acorda espontânea e frequentemente, sono agitado 3 – Não adormece
Interação	0 – Atento 1 – Apreensão passageira no momento do contato 2 – Contato difícil, grito à menor estimulação 3 – Recusa o contato, nenhuma relação possível. Grito ou gemido sem a menor estimulação
Reconforto	0 – Sem necessidade de reconforto 1 – Acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta 2 – Acalma-se dificilmente 3 – Inconsolável. Sucção desesperada

Considerações Importantes

- ✚ Os recém-nascidos sentem dor;
- ✚ RN < 37 semanas sentem mais dor;
- ✚ Guardam memória da dor e as experiências dolorosas na UCIN contribuem para o modo de resposta à dor em fases posteriores da vida;
- ✚ A dor não tratada tem consequências imediatas e a longo prazo;
- ✚ O controlo da dor no RN inclui a dor aguda causada por procedimentos invasivos, dor persistente ou prolongada decorrente da doença ou tratamentos médicos, e a dor pós-operatória;

Fonte: (Dias & Marba, 2014; Pédiadol, 2015; Chaves, 2017)

Consequências do não tratamento da dor no Rn.

A Curto Prazo

- Alterações da Fc e da TA
- Aumento da pressão intracraniana
- Diminuição da saturação de O₂
- Diminuição da Fr e alterações no seu padrão
- Alterações da pressão intratorácica

A Longo Prazo

- Défices cognitivos
- Alterações na aprendizagem
 - Deficiências motoras
 - Défices de atenção
- Alterações comportamentais
 - Impulsividade/Ansiedade
 - Diminuição controlo social
- Falta de competências para lidar com novas situações
- Alterações no padrão de resposta à dor na infância;

Fonte: (Araújo, 2016; Cruz, 2020)

Procedimentos

Avaliação da dor	Justificação
<p>1. Providenciar os recursos para junto do recém-nascido</p> <p>2. Lavar as mãos</p> <p>3. Observar cuidadosamente o comportamento e sinais vitais do recém-nascido durante 6 horas</p> <p>4. Aplicar escala de dor adequada ao recém-nascido</p> <p>5. Lavar as mãos</p> <p>6. Registrar no processo do recém-nascido</p>	<p>1. Gerir o tempo 2. Prevenir a contaminação</p> <p>3. e 4. Alcançar o nível da dor</p> <p>5. Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p> <p>6. Facilitar a atualização do diagnóstico de enfermagem. Documentar legalmente a avaliação efetuada</p>

2. Prevenção da Dor em procedimentos

Definição - Consiste na adoção de medidas não farmacológicas e farmacológicas para evitar o aparecimento da dor antes da realização dos procedimentos.

Objetivo

- Prevenir a dor causada por procedimentos

Informações gerais:

Quem executa?

- Enfermeiro; Enfermeiros/pais; Enfermeiros /Médicos.

Quando?

- Antes e durante Procedimentos.

Como?

- Através do uso das intervenções farmacológicas e não farmacológicas

Alguns Procedimentos Dolorosos	Medidas utilizadas na prevenção da dor
<ul style="list-style-type: none"> Cateterização venoso; Administração de medicação SC ou IM Tratamento de feridas/Remoção de suturas Inserção de sondas Punção calcanhar 	Medidas ambientais e de conforto; Medidas farmacológicas (opioides) e não farmacológicas (uso da glicose, o contacto pele a pele, presença dos pais, sucção não nutritiva).
<ul style="list-style-type: none"> Punção lombar Aspiração de secreções 	Medidas ambientais e de conforto; Medidas farmacológicas e não farmacológicas (Posicionamento e contenção)
<ul style="list-style-type: none"> Remoção de drenos Drenagem torácica 	Medidas ambientais e de conforto; Medidas farmacológicas (Bolos de opioides); Medidas não farmacológicas

Fonte: (DGS, 2012)

Medidas não farmacológicas

Posicionamento e contenção:

Contensão manual - O toque pode ser feito nas pernas ou braços, nádegas e cabeça, barriga e costas, utilizando as suas mãos para conter o bebê (Silva, 2007; Batalha, 2010).

- ✚ Esta técnica promove a autorregulação, evita a desorganização motora e facilita a aproximação da mão à boca favorecedora da sucção e autoconsolo (Silva, 2007; Batalha, 2010).

Contenção com Lençol - Utilizado em RN mais estáveis que pode ser em:

- Swaddling (Enrolado)
- Ninhos

- ✚ Esta técnica transmite um limite seguro ao RN (Silva, 2007).



Presença dos pais:

- ✚ Convidar os pais a auxiliar na organização do RN com o objetivo de o RN se organizar adequadamente com a ajuda dos mesmos, de modo a garantir proteção, amor e carinho, toque, falar... (OE, 2013).

Efeitos para os pais/RN:

- ✚ Promover vinculação e papel parental
- ✚ Estimular o contato com o RN
- ✚ Promover a confiança dos pais
- ✚ Diminuir a sua ansiedade

Método canguru e Contato pele-a-pele:

- ✚ Colocar o RN em Canguru pelo menos 15min antes do procedimento
- ✚ Maior eficácia se associado ao LM
- ✚ Esta técnica reduz significativamente a duração do choro e reatividade comportamental, produz menos elevação da frequência cardíaca e ajuda a diminuir a desorganização e movimentos de extensão (Batalha, 2010; Linhares & Doca, 2010).

Leite materno/amamentação:

- ✚ Aplicação de gotas de LM na cavidade oral do RN em procedimentos dolorosos; ✚ Realizar procedimentos dolorosos na mama;
- ✚ A utilização do leite materno ajuda na redução do choro de neonatos e ativação comportamental em RN termo e pré-termo, durante procedimentos dolorosos;

(Batalha, 2010; Linhares & Doca, 2010);

sucção não nutritiva

- ✚ Técnica utilizada em RN com IG superior a 30 semanas
- ✚ Mama/dedo/dedo enluvado e é mais eficaz quando associado a sacarose 24% ou glicose a 30% ou ainda LM
- ✚ A utilização desta técnica ajuda na estimulação das fibras sensoriais que bloqueiam a transmissão de dor;
- ✚ Permite a organização neurológica e emocional do recém-nascido, diminuindo as repercussões fisiológicas e comportamentais;

(Hockenberry & Wilson, 2014)

Soluções Adocicadas (Sacarose 24% ou Dextrose a 30%):

- ✚ Permite a estimulação orogustativa que ativa o sistema opióides endógeno do RN, provoca a liberação de endorfinas que vão diminuir a transmissão dos sinais de dor para o SNC

(Linhares & Doca, 2010; OE, 2013; Hockenberry & Wilson, 2014).

Como utilizar?

Administrar solução oral (0,1-0,2ml) 2min antes do procedimento	
Idade Gestacional	Dose máxima/procedimento
27-31semanas	0,5ml
32-36semanas	1ml
Rn de termo	2ml
- Frequência máxima de 4tomas no Rn prematuro e de 6tomas no Rn termo - Em procedimentos superiores a 60 segundos, a dose máxima pode ser fracionada em intervalos de 30 a 60segundos	

Fonte: (AAP,2016)

3. Alívio da Dor Persistente

Definição

- ✚ Consiste na adoção de medidas não farmacológicas e farmacológicas para aliviar o a dor relacionada com presença dos dispositivos médicos (Ex: ventilação invasiva e não invasiva), processos inflamatórios (Ferida cirurgia e outras) e processos infecciosos (NEC).

Objetivo

- ✚ Promover o conforto o conforto

Quem executa?

- ✚ Enfermeiro; Enfermeiros /Médicos

Quando?

- ✚ Quando a escala da dor tiver um score superior a 7

Como?

- ✚ Utilizando medidas Farmacológicas e não farmacológicas

Medidas Farmacológicas

O s fármacos mais utilizados são:

- ✚ Para dor Ligeira – recomenda-se Analgésico do **Degrau I** (Contenção, canguru materno, aleitamento materno) (Cruz, 2020).
- ✚ Para dor moderada -- recomenda-se Analgésicos do **Degrau I ou III** (Paracetamol e AINE)(Cruz, 2020).
- ✚ Para dor Severa recomenda-se o uso de Analgésicos do **Degrau IV** (infusão lenta de Opióides – Morfina, Fentanilo) (Cruz, 2020).

Posicionamento Terapêutico do RN Internado

Definição

- ✚ Consiste em providenciar ao recém-nascido (RN) alternância de decúbitos, respeitando os princípios anatômicos e de acordo com as suas necessidades individuais.

É a correta aplicação da técnica de Gestão Postural, que se baseia em 4 componentes principais:

- Flexão
- Contensão
- Linha Média
- Comodidade

Objetivos

- ✚ Providenciar conforto e bem-estar;
- ✚ Estimular o padrão respiratório, de mobilidade e de eliminação;
- ✚ Prevenir complicações circulatórias e músculo-esqueléticas;
 - Desenvolver o sistema neuromuscular;
 - Diminuir contracturas e prevenir deformidades;
- Promover o esvaziamento gástrico;
- Prevenir úlceras pressão e hemorragia intracraniana;
- Mobilizar secreções brônquicas;

Fonte: (Cruz 2018; Fonseca & Barros, 2016)

Informações Gerais

Quem executa?

- ✚ O Enfermeiro

Com que Frequência?

- ✚ Pelo menos de 3 em 3 horas e de acordo com as necessidades do recém-nascido.

Como?

- ✚ Posicionar o RN promovendo o desenvolvimento do olhar no sentido ascendente, permitindo que visualize as mãos e desenvolva as suas capacidades motoras;
 - ✚ Promover sempre o alinhamento cabeça-corpo;
 - ✚ Evitar estiramento dos músculos em fase de desenvolvimento;
 - ✚ Alterar a posição, se o estado clínico do RN o permitir, com a finalidade de evitar: úlceras de pressão, estase de secreções, deformidades na cabeça e propiciar um melhor desenvolvimento neuro sensorial e psicomotor;
 - ✚ Apresentar um estímulo de cada vez, o recém-nascido pré-termo não é capaz de processar múltiplas interações podendo chegar ao limite do *stresse*;
 - ✚ Conseguir um equilíbrio entre extensão e flexão;
 - ✚ Favorecer a organização dos estádios de sono e vigília;
 - ✚ Fornecer os estímulos proprioceptivos adequados a um bom desenvolvimento do SNC
- (Sousa et al., 2016; Cruz 2018; Freitas, 2014)

Recursos

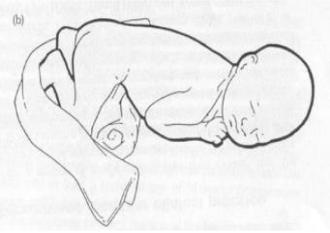
- ✚ **Rolos** (até 35ª sem. de gestação, pelo menos) - ajuda à contenção postural em flexão; diminui a superfície em exposição; promove a estimulação do contacto constante, promovendo a auto-organização, comportamentos de autoconhecimento, auto- confortantes, podendo aumentar os movimentos distais.
- ✚ **Ninhos** - promovem: calor, segurança, flexão e comportamento autorregulador.
- ✚ **Colchões** de gel - “idênticos ao útero materno”; previnem a posição fixa (úlceras). Têm sido associados à diminuição de apneias e de deformação da cabeça.
- ✚ **Creme hidratante**
- ✚ **Roupa de cama**

Procedimentos

Ações de Enfermagem	Justificação
<p>Decúbito dorsal</p> <p>1- Providenciar os recursos para junto do recém-nascido; 2- Lavar as mãos;3-</p> <p>a) Efetuar a mudança de posição de forma harmoniosa, suave e com movimentos seguros, de forma a causar o mínimo de perturbação;</p> <p>b) Ao posicionar o RN, deve-se assegurar que os braços são mantidos próximos do corpo, as mãos próximas da boca e as pernas em ligeira flexão;</p> <p>c) Efetuar a rotação do corpo mantendo a postura corporal;</p> <p>4 - Posicionar em decúbito dorsal, no centro do berço ou da incubadora, com a coluna vertebral alinhada;</p> <p>5 - Manter a flexão das ancas e dos joelhos;6 - Providenciar o apoio da zona escapular;7- Posicionar a cabeça na linha média;</p> <div data-bbox="260 1104 730 1435" data-label="Image"> </div> <p>8 – Fazer contenção do RN;</p> <p>9 - Verificar o alinhamento corporal, segundo o eixo sagital, observando-o dos pés da incubadora/ berço;</p>	<p>1- Gerir tempo</p> <p>2- Prevenir infeção</p> <p>3 - Providenciar conforto Prevenir deformações músculo- esqueléticas</p> <p>8 - Providenciar conforto</p> <p>9- Validar o alinhamento da coluna vertebral</p> <p>10 – 11 - Prevenir a transmissão cruzada de microrganismos</p>

<p>10 – Assegurar a recolha e lavagem do material; 11- Lavar as mãos.</p>	
<p style="text-align: center;">Decúbito Lateral</p> <p>1 - Providenciar os recursos para junto do recém-nascido;</p> <p>2 - Lavar as mãos;3 –</p> <p>a) Efetuar a mudança de posição de forma harmoniosa, suave e com movimentos seguros, de forma a causar o mínimo de perturbação;</p> <p>b) Ao posicionar o RN, deve-se assegurar que os braços são mantidos próximos do corpo, as mãos próximas da boca e as pernas em ligeira flexão;</p> <p>c) Efetuar a rotação do corpo mantendo a postura corporal;</p> <p>4 - Colocar um rolo em curva no dorso do RN, obtendo ligeira flexão do tronco e mantendo a cabeça na linha média;</p> <p>5 - Manter ancas e joelhos em flexão;</p> <p>6- Posicionar os braços em flexão mantendo o ombro superior em posição neutra e as mãos próximas da boca, com a cabeça na linha média;</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div> <p>7 - Verificar o alinhamento corporal, segundo o eixo sagital, observando-o dos pés da</p>	<p>1 - Gerir tempo</p> <p>2- Prevenir infeção</p> <p>3- Providenciar conforto</p> <p>Prevenir deformações músculo-esqueléticas</p> <p>4 - 5 – Aplicar os princípios da gestão postural; desenvolver o sistema neuromuscular</p> <p>6- Evita a abdução e retração escapular que limitam a habilidade do RN em fazer rotação do ombro</p> <p>7 - Previne a deformação do crânio/facial; minimiza o risco de apneia ou obstrução intermitente das vias aéreas; previne as flutuações da PIC</p> <p>8 - Providenciar conforto</p> <p>9- Validar o alinhamento da coluna vertebral 10 – 11 - Prevenir a transmissão cruzada de micro-organismos</p> <p>1 - Gerir tempo</p> <p>2 - Prevenir infeção</p> <p>3 - Providenciar conforto</p> <p>- Prevenir deformações músculo-esqueléticas</p> <p>4- Favorece o desenvolvimento do SNC;conforto</p> <p>5 - Promove o suporte dos membros inferiores e permite comportamentos de autorregulação</p>

incubadora ou	6- Facilita os movimentos de autoconsolo e
---------------	--

<p>berço; 8 - Assegurar a recolha e lavagem do material;9 - Lavar as mãos.</p>	<p>sucção 7- Validar o alinhamento da coluna vertebral 8 – 9 - Prevenir a transmissão cruzada demicro-organismos</p>
<p style="text-align: center;">Decúbito Ventral</p> <p>1 - Providenciar os recursos para junto do recém-nascido; 2 - Lavar as mãos;3 –</p> <p>a) Efetuar a mudança de posição de forma harmoniosa, suave e com movimentos seguros, de forma a causar o mínimo de perturbação;</p> <p>b) Ao posicionar o RN, deve-se assegurar que os braços são mantidos próximos do corpo, as mãos próximas da boca e as pernas em ligeira flexão;</p> <p>c) Efetuar a rotação do corpo mantendo a postura corporal;</p> <p>4 - Manter flexão da coluna vertebral com a cabeça em posição neutra;</p> <p>5 - Promover ligeira elevação pélvica de modo que os joelhos não fiquem fletidos mais de 90°;</p> <p>6 - Colocar rolo na base dos pés para evitar abdução dos pés;</p> <p>- Colocar as mãos próximas da cara;</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div>	<p>1 - Gerir tempo 2 – Prevenir infeção 3 - Providenciar conforto - Prevenir deformações músculo- esqueléticas 4- Evitar a hiperextensão da cabeça 5 - Previne a rotação externa das ancas e a abdução dos membros inferiores 6 - Evita deformações e proporciona base de contacto que favorece o desenvolvimento do SNC 7- Promove a exploração do campo visual do RN e permite que este adote medidas de autoconforto 8- Validar o alinhamento da coluna vertebral 9 - 10 - Prevenir a transmissão cruzada demicro-organismos</p>

8- Verificar o alinhamento corporal, segundo o eixo sagital, observando-o dos pés da incubadora ou berço; 9 - Assegurar a recolha e lavagem do material; 10- Lavar as mãos	
--	--

Fonte: (Hockenberry & Wilson, 2014; Camargo et al., 2017)

VI – REGISTOS

- Data
- Hora
- Decúbito

REFERENCIAS

- Academia Americana de Pediatria [AAP] (2016). Prevention and Management of Procedural Pain in the Neonate: An Update. *PEDIATRICS*, 137(2), e20154271–e20154271. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4271>
- Camargo, C. C. dos S., Pereira, S. A., & Moran, C. A. (2017). Estimulação sensório-motora em unidade de terapia intensiva neonatal: efeitos e técnicas. *Revista Eletrônica Saúde e Ciencia*, 07(02), 62 a 68. Retrieved from https://rescceafi.com.br/vol7/n2/artigo_06_pag_62-68.pdf
- Cruz, I. R. da. (2018). O cuidado para o desenvolvimento em Neonatologia: Posicionar para melhorcuidar (Dissertação de Mestrado). Lisboa. Portugal.
- Cruz, M. D. D. (2020). *Epidemiologia da dor neonatal: fatores determinantes para a sua prevenção e tratamento* (Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra). <http://hdl.handle.net/10316/91098>
- Direção Geral de Saúde [DGS]. (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Nº014/2010(14/12/2012). disponível em: http://www.aped-dor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Avaliacao_da_Dor_nas_Crianças.pdf
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- Freitas, O. M. da S. (2014). Efeito da massagem no recém-nascido. Coimbra: Formasau.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica (8a). Riode Janeiro: Elsevier.
- Linhares, M.B. & Doca, F.N. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto – SP – Brasil.

APÊNDICE IV – Check List dos Materiais Necessários para Implementação das medidas de Conforto no RN internado

- ✓ Rolos,
- ✓ Ninhos,
- ✓ Cobertores,
- ✓ Creme Hidratante,
- ✓ colchões de Gel,
- ✓ Sensor de Ruído (Ver com estudantes do curso de Engenharia da universidade)

APÊNDICE V – Planejamento das Sessões de formação

APÊNDICE V-1 – Promoção de ambiente terapêutico seguro

Tema: Promoção de um ambiente terapêutico seguro			Tempo
Formadora	Ana Borges	Local: Sala da UCIN	
		Data: Abril de 2023	
		Duração prevista: 35mn	
Destinatários: Médicos e Enfermeiros da UCIN			
Objetivos Gerais:			
<ul style="list-style-type: none"> • Dar a conhecer a importância de um ambiente terapêutico seguro para o desenvolvimento e conforto de um RN internado; • Dar a conhecer os pressupostos do modelo universo dos cuidados desenvolvimentais e a sua importância no conforto e bem-estar do RN /RNPT; 			
Objetivos Específicos:			
<ul style="list-style-type: none"> • Definir o ambiente terapêutico seguro; • Orientar para a diminuição e normalização das luzes na unidade e do ruído ambiental; • Colaborar para o conforto do RN internado na unidade, mediante orientação da equipa médica e de enfermagem, garantindo o cumprimento das boas práticas relacionadas a manutenção de um ambiente terapêutico seguro; • Instruir a equipa para a organização de cuidados a prestar no RN, evitando manipulações constantes nomeadamente nos mais graves e preservando os ciclos de sono e vigília; 			
Conteúdos Metodologia		Metodologia de exposição	

Conceitos chaves do ambiente terapêutico seguro e suas dimensões; Fatores que afetam fortemente o desenvolvimento global e neurossensorial do RN (ambiente luminoso e sonoro);	Método expositivo e audiovisuais (Computador e Retroprojektor) Projeção de vídeos	15mn
Modelo Universo dos cuidados Desenvolvimentais	Exposição de conteúdos (Computador e Retroprojektor) Projeção de vídeo, Demonstração com manequins;	15mn
Avaliação da seção	Instrumento para avaliação da sessão	5mn

APÊNDICE V-2 – Avaliação, Prevenção e Alívio da dor no RN

Tema: Avaliação, Prevenção e Alívio da dor no RN		Tempo
Formadora	Ana Borges	Local: Sala da UCIN
		Data: abril de 2023
		Duração prevista: 35mn
Destinatários: Médicos e Enfermeiros da UCIN		
Objetivos Gerais:		
<ul style="list-style-type: none"> • Explicar os fatores que influenciam a avaliação da dor no RN; • Dar a conhecer os indicadores da dor no RN; 		
Objetivos Específicos:		
<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar as principais escalas de avaliação da dor no RN; • Treinar a equipa para a correta utilização da escala da avaliação da dor a ser implementada no serviço; • Apontar as principais medidas farmacológicas e não farmacológica utilizadas para prevenção e alívio da dor no RN; • Apresentar as consequências do não tratamento da dor no RN; • Diferenciar os três tipos de dor: Dor aguda, persistente e crónica; 		
Conteúdos Metodologia		Metodologia de exposição

Bases da avaliação da dor no RN Apresentação das escalas da avaliação da dor; Treinamento para utilização da escala da avaliação da dor;	Método expositivo e audiovisuais (Computador e Retroprojeter) Teórico-Prática (Escala da avaliação da dor)	10mn
Prevenção da Dor em procedimentos Medias não farmacológicas na prevenção e alívio da dor	Exposição de conteúdos em PPT (Computador e Retroprojeter)	10mn
Alívio da dor no RN Medidas Farmacológicas no controlo na dor persistente	Expositivo e audiovisuais (Computador e Retroprojeter)	10mn
Avaliação da seção	Instrumento para avaliação da sessão	5mn

APÊNDICE V-3 – Posicionamento do RN internado numa unidade Neonatal

Tema: Posicionamento do RN internado numa unidade Neonatal		Tempo
Formadora	Ana Borges	Local: Sala da UCIN
		Data: Maio de 2023
		Duração prevista: 36mn
Destinatários: Médicos e Enfermeiros da UCIN do Hospital		
Objetivo Geral:		
<ul style="list-style-type: none"> Dar a conhecer a importância do posicionamento terapêutico nos cuidados de RN; 		
Objetivos Específicos:		
<ul style="list-style-type: none"> Orientar a equipa para o posicionamento adequado do RN; Expor diversos decúbitos para o posicionamento do RN, bem como as suas vantagens; Treinar a equipa para o posicionamento adequado do RN conforme o protocolo a ser implementado; 		
Conteúdos Metodologia	Metodologia de exposição	
Posicionamento em decúbito lateral e importância de apoiar os ombros do RN	Método expositivo (Computadore data show) Demonstração de práticas utilizando os materiais do posicionamento e manequins;	
		7mn

Posicionamento em decúbito Ventral/prono e importância de manter ombros e ancas bem posicionadas	Exposição de conteúdos (Computador e Retroprojeter) Demonstração de práticas utilizando os materiais do posicionamento e manequins	7mn
Posicionamento em decúbito dorsal/supina e exemplos de procedimentos para realizar procedimentos;	Exposição de conteúdos (Computador e Retroprojeter) Demonstração de práticas utilizando os materiais do posicionamento e manequins	7mn
Treinamento /posicionamento adequado do RN;	Teórico-prática utilizando materiais de posicionamento (Incubadora Ninhos, cobertores, Rolos, manequins...).	10mn
Avaliação da seção	Instrumento de Avaliação	5mn

APÊNDICE VI- Avaliação das sessões de formação

Instrumento de avaliação da ação de formação

Com a finalidade de melhorar a ação de formação gostaríamos da sua avaliação. A sua colaboração é de extrema importância.

Utilize na sua avaliação a escala seguinte:

1-A melhorar	2-Médio	3-Bom	4-Excelente
--------------	---------	-------	-------------

Refira a sua opinião sobre os seguintes itens

Itens	1	2	3	4
Os objetivos da formação eram claros?				
O conteúdo da formação tem utilidade para a sua prática de cuidados?				
Os Textos de Apoio distribuídos foram adequados, em quantidade e qualidade?				
Os Meios audiovisuais utilizados eram apropriados?				
A Duração da formação em relação aos conteúdos foi satisfatório?				
O local da formação era conveniente?				
Os apoios prestados pela equipa formadora foram satisfatórios?				

Apreciação da formação quanto a sua eficácia

Itens	A apresentadora tinha domínio do assunto?				A apresentadora tinha capacidade para criar ambiente participativo?				Os métodos utilizados foram a mais conveniente?				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	

Qual a sua opinião global da ação de formação

Agradecemos a sua colaboração

Medidas do conforto no RN na unidade do serviço de Neonatologia

APÊNDICE VI- Instrumento de auditoria



Escola Superior de
Farmácia
de Coimbra

INSTRUMENTO DE AUDITORIA PARA AVALIAR AS PRÁTICAS NO SERVIÇO DE NEONATOLOGIA COM BASE NA PROMOÇÃO DE CONFORTO NO RN INTERNADO

INDICADORES DE RESULTADOS	Níveis de Ruído/ Luminosidade		Observações
	Alto	Baixo	
Ruídos e luminosidades mantidas nos níveis adequado			
Registo da Avaliação da Dor pelo menos uma vez por turno	% do RN		
Registo da Avaliação da Dor durante Procedimento	% do RN		
Registo das medidas farmacológicas e não farmacológicas utilizadas para prevenir e aliviar a dor dos procedimentos	% do RN		
O enfermeiro convida e encoraja os pais a apoiar o RN durante procedimentos	SIM	NÃO	
O enfermeiro altera o decúbito do RN a cada manipulação	SIM	NÃO	
O enfermeiro segue corretamente o protocolo de posicionamento implementado no serviço	SIM	NÃO	