



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**Cuidar da Criança e Família de risco: o  
trabalho emocional na preparação para a alta  
em contexto de neonatologia**

**Ana Carolina Banha e Almeida**

**2014**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública







## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

**Cuidar da Criança e Família de risco: o  
trabalho emocional na preparação para a alta  
em contexto de neonatologia**

**Ana Carolina Banha e Almeida**

**Orientadora Prof.<sup>a</sup> Doutora Paula Diogo**

**2014**





“Há sempre uma razão para viver.  
Podemos elevar-nos acima da nossa ignorância,  
Podemos olhar o nosso reflexo como o de criaturas  
feitas de perfeição, inteligência e talento.  
Podemos ser livres!  
Podemos aprender a voar!”

*Richard Bach*



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Paula Diogo, pelo incentivo, disponibilidade e orientações.

Aos meus pais pela transmissão de valores e perspectivas de vida e pelo investimento na minha formação e no meu futuro.

Ao Diogo, pelo amor, compreensão, paciência e apoio durante estes longos meses de trabalho exaustivo.

Às minhas grandes amigas Ana, Rita e Teresa, pelos momentos de descontração tão essenciais para a manutenção do meu equilíbrio emocional.

A todos os Enfermeiros Tutores nos campos de estágio, e restantes colegas de equipa, pelas aprendizagens proporcionadas.

Às mães, pais e crianças que partilharam comigo um pouco das suas vidas e, assim, contribuíram para enriquecer esta experiência.

E por fim, mas não menos importantes, a todos aqueles que partilharam comigo este percurso e que, com uma palavra, contribuíram para que continuasse em frente.



## **SIGLAS**

AP – Alimentação Parentérica

CAA – Comunicação Aumentativa e Alternativa

CAO – Centro de Atividades Ocupacionais

CCF- Cuidados Centrados na Família

CDI – Centro de Desenvolvimento Infantil

CPCJ – Comissão de Proteção da Criança e Jovem

CRPCCG – Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção Geral de Saúde

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

ENECIP – Encontro Nacional de Enfermagem de Cuidados Intensivos Pediátricos

IAC – Instituto de Apoio à Criança

IC – Idade Corrigida

IG – Idade Gestacional

IPM 1<sup>ª</sup>I – Internamento de Pediatria Médica 1<sup>a</sup> Infância

MBP – Muito Baixo Peso

NACJR – Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco

NHACJR - Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco

NIPI – Núcleo de Intervenção Precoce Integrada

OE – Ordem dos Enfermeiros

PC – Paralisia Cerebral

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Plano Nacional de Vacinação

PVNPC5A – Plano de Vigilância Nacional de Paralisia Cerebral até aos 5 anos

RN – Recém-nascido

RNPT – Recém-nascido Pré-termo

SGS – Schedule of Growing Skills

SNIPi – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SPC – Símbolos Pictográficos para a Comunicação

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCERN – Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UHD – Unidade de Habilitação e Desenvolvimento

UMAD – Unidade Móvel de Apoio Domiciliário

URISO – Unidade de Reabilitação e Integração Socio-ocupacional

UTAAC- Unidade de Técnicas Alternativas e Aumentativas da Comunicação

VD – Visita Domiciliária

## RESUMO

O presente Relatório reflete o percurso formativo e, em particular, o estágio realizado no âmbito do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Infantil e Pediátrica, realizado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, durante o ano letivo 2012/2014. Tem como finalidade o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para obtenção do grau de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, e como principais objetivos desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados individualizados à criança, jovem e família e promover o trabalho emocional no cuidado ao utente pediátrico durante a hospitalização. A metodologia de trabalho utilizada foi a descritiva, analítica e reflexiva, tendo por base a evidência científica e os contributos retirados da prática clínica.

Motivada pelo contexto onde exerço funções, optei por desenvolver um percurso inerente ao tema Cuidados à Criança e Família de Risco, com enfoque no trabalho emocional com os pais no processo de preparação para a alta hospitalar. Sabe-se que o nascimento de um recém-nascido prematuro com conseqüente internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais gera, nos pais, experiências emocionais negativas, como medo (ansiedade e *stress*), culpa e tristeza. Com o intuito de as contornar o enfermeiro deve intervir no sentido de promover sentimentos de competência parental, considerando os pais como parceiros nos cuidados. O processo de preparação para a alta do recém-nascido prematuro, quando realizado desde a admissão e planeado de forma individualizada, pode ser uma forma de contrariar os altos níveis de ansiedade associados à transição do ambiente de cuidados.

Da análise das experiências de estágio, propõe-se a realização de um programa de ensinamentos como estratégia de intervenção associada ao trabalho emocional em enfermagem no âmbito da preparação para a alta hospitalar do recém-nascido de risco.

**Palavras-chave:** *Pais; Recém-nascido; Emoções; Neonatologia; Enfermagem*

## **ABSTRACT**

This report reflects the formative path, in particular, the stage conducted within the framework of the 4th Masters Course in Nursing - Specialization Child Nursing and Pediatrics, held at the School Superior Nursing Lisbon, during the school year 2012/2014. It's Aims at the development of scientific, technical and human skills for the degree Nurse Specialist Nursing, Child and Youth Health, main objectives and develop skills in the provision of individualized care to children, youth and families and promote emotional labor in caring for pediatric wearer during hospitalization. The methodology used was descriptive, analytical and reflective, based on scientific evidence and contributions withdrawn from clinical practice.

Motivated by the context in which I exercise functions, I chose to develop a course inherent to the subject Child Care and Family Risk, focusing on the emotional work with parents in preparation for hospital discharge process. It is known that the birth of a premature newborn with subsequent admission to a Neonatal Intensive Care Unit generates, parents, negative emotional experiences, as fear (anxiety and stress), guilt and sadness. In order to circumvent the nurses should intervene to promote feelings of parental competence, considering parents as partners in care. The process of preparing for the high preterm infants, when performed from admission and planned individually, can be a way to counteract the high levels of anxiety associated with the transition of care environment.

Analysis of internship experiences, it is proposed to carry out a program of teaching as an intervention strategy associated to the emotional labor of nursing in preparation for the discharged of the newborn at risk.

**Keywords:** Parents, Newborn, Emotions, Neonatology, Nursing

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>17</b>
<b>1. QUADRO CONCEPTUAL</b>	<b>21</b>
<b>1.1. Cuidar em contexto pediátrico: princípios orientadores da prática</b>	<b>21</b>
<b>1.2. Cuidar do recém-nascido de risco e família na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais</b>	<b>24</b>
<b>1.3. Experiências emocionais dos pais de recém-nascidos de risco</b>	<b>26</b>
1.3.1. Preparação para a alta hospitalar	28
<b>2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO</b>	<b>31</b>
<b>3. CAMINHO PERCORRIDO</b>	<b>33</b>
<b>3.1. Unidade Móvel de Apoio Domiciliário</b>	<b>34</b>
<b>3.2. Centro de Desenvolvimento Infantil</b>	<b>36</b>
<b>3.3. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados</b>	<b>37</b>
<b>3.4. Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian</b>	<b>38</b>
<b>3.5. Internamento de Pediatria Médica – 1ª Infância</b>	<b>41</b>
<b>3.6. Serviço de Urgência Pediátrica</b>	<b>43</b>
<b>3.7. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais</b>	<b>44</b>
<b>3.8. Sistematização do percurso</b>	<b>45</b>
<b>4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJETIVOS E ATIVIDADES DE ESTÁGIO</b>	<b>47</b>
<b>4.1. Prestação de cuidados individualizados à criança, jovem e família com base na evidência científica</b>	<b>48</b>
<b>4.2. Desenvolvimento de competências emocionais no contexto de cuidados em pediatria</b>	<b>59</b>
<b>4.3. Promoção de cuidados de suporte emocional à família do RN de risco internado numa UCIN</b>	<b>61</b>

<b>4.4. Gestão da experiência emocional dos pais no processo de preparação para a alta do RN de risco</b>	<b>64</b>
<b>5. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS</b>	<b>69</b>
<b>6. PROJETOS FUTUROS</b>	<b>75</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>77</b>
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>81</b>

#### **APÊNDICES**

**Apêndice I** – Cronograma das Atividades de Estágio

**Apêndice II** – Guia Orientador das Atividades de Estágio

**Apêndice III** – Diário de Aprendizagem: *Interação com os pais na UCIN*

**Apêndice IV** – Avaliação do Desenvolvimento Infantil pela Escala de avaliação das competências SGS II

**Apêndice V** – Dinamização da sala de espera através do desenho infantil

**Apêndice VI** - Sessão de formação: *Massagem Infantil - curso para pais*

**Apêndice VII** – Convites: *Massagem Infantil - curso para pais*

**Apêndice VIII** – *Poster: Massajar o meu bebé...porquê?*

**Apêndice IX** - Diário de Aprendizagem: *Visitas Domiciliárias*

**Apêndice X** – Análise Crítica: *Consulta de Desenvolvimento Infantil*

**Apêndice XI** - Registo Telefónico da Consulta de Desenvolvimento Infantil

**Apêndice XII** - Competências do Enfermeiro no Centro de Desenvolvimento Infantil

**Apêndice XIII** - Diário de Aprendizagem: *Um dia na UTAAC*

**Apêndice XIV** - Diário de Aprendizagem: *Alimentação oral da criança com PC*

**Apêndice XV** - Análise crítica: *Motivo de recorrência do RN ao SUP*

**Apêndice XVI** – 1º Encontro Nacional de Enfermagem de Cuidados Intensivos Pediátricos: *Assegurar a Vida, Promover a Esperança*

**Apêndice XVII** - Grelha de Observação: *Caraterísticas do trabalho com as emoções nas interações de cuidados em pediatria*

**Apêndice XVIII** - *Dossier Temático: O Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica*

**Apêndice XIX** - *Análise Crítica: Características do trabalho com as emoções nas interações de cuidados em pediatria*

**Apêndice XX** – *Formação: O Trabalho Emocional em Pediatria - Interações de Cuidados de Enfermagem*

**Apêndice XXI** - *Análise Reflexiva: Preparação dos irmãos para a hospitalização do RN na UCIN*

**Apêndice XXII** – *Seminário: Cuidar da criança pré-termo*

**Apêndice XXIII** - *1º Encontro Nacional de Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa: Cuidar para o Desenvolvimento*

**Apêndice XXIV** - *Análise Reflexiva: Experiências emocionais dos pais de crianças com necessidade de cuidados especiais no domicílio*

**Apêndice XXV** - *Análise Crítica - Competências maternas autopercebidas no cuidar do RN prematuro*

**Apêndice XXVI** - *Formulário - Gestão Emocional dos pais: Intervenções de Enfermagem*

**Apêndice XXVII** - *Programa de ensinios para pais na UCIN*

**Apêndice XXVIII** – *Formação: Apresentação do projeto Pais que Cuidam*

## **ANEXOS**

**Anexo I** - *Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil 0-5 anos: Mary Sheridan Modificada*

**Anexo II** - *1º ENECIP – Programa e Diploma de Participação*

**Anexo III** - *Seminário Cuidar da Criança Pré-termo – Diploma de Participação*

**Anexo IV** - *1º Encontro Nacional de Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa – Programa e Diploma de Participação*

**Anexo V** - *Escala de Intensidade das Competências Maternas auto-percebidas*

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista .....70

Tabela 2 – Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem..... 71

## **ÍNDICE DE DIAGRAMAS**

Diagrama 1 – Mapa de conceitos .....	30
Diagrama 2 – O Caminho Experienciado .....	45



## INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório de estágio espelha o percurso formativo do 4.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, e inscreve-se na Unidade Curricular Estágio com Relatório. Esta UC tem como finalidade o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas, concorrendo para a conceção, a gestão, a prestação e supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família (ESEL, 2013). A par destas orientações surge o meu interesse pessoal e profissional pela área da neonatologia, em particular, o trabalho de enfermagem junto dos pais de crianças internadas no serviço onde atualmente exerço funções.

O atual Plano Nacional de Saúde (PNS) destaca a abordagem centrada no ciclo de vida e na família, com especial ênfase nas estratégias direcionadas para o “nascer com saúde”, cujas intervenções e objetivos são dar prioridade ao aumento de cobertura no período pré-concepcional e no puerpério, através de uma adequada preparação para a parentalidade; e para o “crescer com segurança”, que engloba o desenvolvimento de intervenções que visam a melhoria da articulação entre serviços e a promoção da saúde infantil, com destaque para o diagnóstico e intervenção precoce de situações de risco (DGS, 2011).

Tendo em conta várias constatações da minha experiência, o momento da admissão na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) é, emocionalmente, complicado de gerir pelos pais devido ao choque, negação e medo da perda. Mas também a alta hospitalar é vivida com igual ansiedade e angústia.

Estudos recentes evidenciam a emocionalidade como uma dimensão do cuidar de enfermagem. Enquanto tal, está presente em várias intervenções focalizadas na criança e família, podendo ser encarada como resultado de uma intervenção terapêutica de enfermagem – trabalho emocional (Diogo, 2012b). Pareceu-me, então, importante investir nesta área, essencialmente porque o papel dos pais é

determinante no desenvolvimento futuro do recém-nascido (RN), principalmente quando prematuro (Vidigal *et al.*, 2001, citado por Soares, 2008).

Neste sentido, o tema do projeto é o cuidar da criança e família de risco, com enfoque no RN Pré-termo (RNPT), cujas orientações conceituais incidem no cuidar transpessoal de Watson, que se integra no atual paradigma da transformação, no processo de cuidar de Swanson, com foco central no estar com os pais, e na Filosofia de Cuidados Centrados na Família (CCF). O estágio, e consequente Relatório, têm como principais objetivos: Desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados individualizados à criança, jovem e família na ótica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EEESCJ); e Promover o trabalho emocional no cuidado à criança e família durante o internamento e na preparação para a alta hospitalar.

Para efeitos do presente relatório, o conceito de *RN de risco* vai ser utilizado como referência ao grupo dos RN prematuros (ou pré-termo), isto é, com Idade Gestacional (IG) inferior a 37 semanas pois, de acordo com Guimarães e Tomé (2009) estes representam cerca de 9 a 10% dos nascimentos em Portugal, e as suas características em termos de atividade, comportamento e desenvolvimento podem ser parcialmente generalizadas a outras populações de bebés doentes, bem como a vivência e adaptação dos pais à hospitalização (Barros, 2001a). Importa ainda sublinhar que a referência a *pais* durante o relatório diz respeito aos pais biológicos/adotivos ou outras pessoas significativas para a criança e responsáveis pelos cuidados à mesma.

No primeiro capítulo apresenta-se o enquadramento conceitual, fundamentado na teoria transpessoal do cuidar de Jean Watson, que dá estrutura ao Relatório e aos estágios desenvolvidos. Clarifica-se a opção pelo tema, com ênfase no cuidar de enfermagem no contexto de uma Neonatologia, onde são introduzidos conceitos inerentes às experiências emocionais dos pais de RN de risco, dando particular relevo ao processo de preparação para a alta hospitalar.

O problema e objeto de estudo são definidos no segundo capítulo, onde se estabelece a relação entre as experiências emocionais dos pais de RN de risco com necessidade de cuidados especiais no domicílio e os benefícios de uma capacitação

parental adequada durante o internamento na UCIN, através do trabalho emocional em enfermagem.

O terceiro capítulo corresponde ao percurso realizado, onde são apresentados os objetivos gerais e os campos de estágio, com os respetivos objetivos específicos, incluindo reflexões críticas do percurso que foi sendo desenvolvido numa perspetiva de ganhos para a aprendizagem pessoal e profissional.

As atividades de estágio desenvolvidas são enumeradas no quarto capítulo sob a forma de análise crítica e agrupadas de acordo com o objetivo específico ao qual pretenderam dar resposta.

No quinto capítulo faço uma abordagem às competências comuns do Enfermeiro Especialista e às competências específicas do EEESCJ que adquiri e/ou desenvolvi nas diversas experiências de estágio, associadas à pesquisa bibliográfica frequente, e à análise reflexiva das práticas, sempre com base na evidência científica.

Por fim, no sexto capítulo apresento o projeto que pretendo implementar no serviço onde exerço funções, como o culminar de um trabalho contínuo, integrado e motivado, relacionado com o desenvolvimento de competências parentais enquanto estratégia inerente ao trabalho emocional com os pais na UCIN, no sentido de transformar a alta para o domicílio numa experiência emocional positiva, promotora do bem-estar da criança e família.



## 1. QUADRO CONCEPTUAL

### 1.1. Cuidar em contexto pediátrico: princípios orientadores da prática

Para entendermos o processo de cuidar em pediatria, urge refletir sobre o **Cuidado humano** e de Enfermagem. Collière (2003) entende o **Cuidar** como a primeira arte da vida, sendo este um conceito fundamental à profissão de Enfermagem. Já Hesbeen (2000) refere-se ao Cuidar como uma atenção especial que se pode facultar a outra pessoa, numa situação particular da sua vida, com o intuito de contribuir para o seu bem-estar. Para Basto (2009, p. 12), o Cuidar em Enfermagem "(...) é uma prática que se constrói sobre a interação enfermeiro-utente com a intenção de contribuir para o seu bem-estar ou diminuir o seu sofrimento". Na perspetiva de Watson (2002, p.55), o cuidar é mais do que uma "emoção, atitude ou simples desejo", cuidar é "a essência da enfermagem e o foco mais central e unificador da prática de enfermagem", é o "ideal moral de enfermagem" que envolve "valores, vontade, um compromisso para o cuidar, ações carinhosas e suas consequências", com o objetivo de "proteger, melhorar e preservar a dignidade humana".

Watson (2002) designa **cuidados de enfermagem** também como uma arte. A teoria do **cuidar transpessoal**, ou cuidar humano, defendida pela autora, considera o cuidar um meio de estimular a comunicação e a libertação de sentimentos humanos. Define-o como um processo de cuidados centrados na pessoa que visa o acompanhamento no seu restabelecimento tendo em conta as suas necessidades globais, contrariando o princípio dos cuidados centrados na cura. Segundo Watson (2002), **Pessoa** é uma **unidade corpo-mente-espírito**, não dissociável, e que é alvo de vários momentos de cuidar. O **processo de cuidar** ocorre quando duas pessoas (utente e enfermeiro) juntam as suas histórias de vida num determinado espaço e tempo "metafísicos". Este tem como objetivo "ajudar as pessoas a ganharem um **grau mais elevado de harmonia na mente, no corpo e na alma (...)**" (Watson, 2002, p. 87) o que, na definição da autora significa **Saúde**. Este conceito está

também associado ao “grau de congruência entre o Eu, como é percebido, e o Eu como é experienciado” (Idem, p. 86), permitindo a focalização na totalidade do indivíduo, isto é, no seu domínio físico, social, estético e moral. Em contrapartida, o conceito de **Mal-estar** é “(...) uma inquietação ou desarmonia do Eu interior de uma pessoa ou da sua alma (...)” (Ibidem), o que pode conduzir ao aparecimento da doença.

O Cuidar em Pediatria reveste-se de algumas particularidades, nomeadamente no que diz respeito ao Utente, ou Pessoa, e que deve englobar não só a criança, como a família através do estabelecimento de uma relação transpessoal (utente pediátrico).

Com o propósito de alcançar o bem-estar do **Utente Pediátrico**, Swanson (1991) preconiza cinco momentos inerentes aos cuidados de enfermagem que devem ser incluídos na nossa prática tendo em conta a perspetiva do cuidar transpessoal e unitário de Watson: **Manter a crença**, acreditando que tanto os pais como a criança irão ultrapassar a situação de hospitalização da forma mais construtiva possível; **Conhecer** os aspetos que podem influenciar a situação de doença e hospitalização, nomeadamente a estrutura e dinâmica familiar, cultura, crenças, representações sociais; **Estar com**, que significa mostrar empatia, mostrar sentimentos pela criança e família, de preocupação e cumplicidade com o seu sofrimento, no fundo, **estar emocionalmente aberto para a relação terapêutica**; **Fazer por**, confortar a criança e família, antecipar as suas necessidades, envolvê-los como parceiros; e **Possibilitar**, dando o tempo necessário para a adaptação à nova realidade e transição de forma equilibrada, fornecendo alternativas através da informação e explicação, tanto dos procedimentos, como da situação clínica da criança.

A par destas conceções teóricas, os cuidados de enfermagem pediátrica devem basear-se em dois pressupostos: nos **CCF**, cujo objetivo principal é o bem-estar da criança e família; e os **cuidados não traumáticos**.

A **filosofia de CCF** reconhece a família como uma constante na vida da criança, exercendo grande influência no seu desenvolvimento. Esta filosofia preconiza que os enfermeiros apoiem os pais na manutenção do seu **papel parental** através da **tomada de decisão** e **prestação de cuidados**. A intervenção de enfermagem deve,

assim, assentar em dois conceitos fundamentais: o de **capacitação**, que diz respeito à “(...) criação de oportunidades e meios para todos os membros da família revelarem as suas habilidades e competências atuais e adquirirem novas para atender às necessidades da criança (...)” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 11); e o de **empowerment**, o qual se caracteriza por ser uma interação entre profissionais e pais, que tem como objetivo manter o equilíbrio familiar e reconhecer a aquisição de competências que promovem alterações positivas e significativas no seio do sistema familiar (Idem).

Por **cuidados não traumáticos** entende-se “(...) o fornecimento de cuidados terapêuticos, por profissionais, através do uso de intervenções que eliminem ou minimizem o desconforto psicológico e físico experimentado pelas crianças e seus familiares, em qualquer lugar, no sistema de cuidados de saúde” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 11). O objetivo major dos cuidados não traumáticos é não causar dano, e para tal é necessário que o enfermeiro desenvolva intervenções que evitem ou minimizem a separação da criança da família, promovam uma sensação de controlo e evitem ou minimizem lesões e dores (Idem). **Promover a relação pais-filho** durante a hospitalização é uma das formas de prestar cuidados não traumáticos.

Integrado nos CCF emerge o conceito de **parceria nos cuidados**, o qual foi descrito pela primeira vez por Casey em 1988 e definido como uma relação de igualdade entre enfermeiros-pais, onde predomina o respeito, a comunicação e a negociação (Ferreira & Costa, 2004). Posteriormente, o conceito de parceria nos cuidados foi traduzido num modelo de cuidados de enfermagem, o qual reconhece os pais como os melhores prestadores de cuidados à sua criança (Casey, 1995). Em Neonatologia o trabalho em parceria assume particular relevância pelo facto de ser um ambiente que dificulta o estabelecimento de uma relação de vinculação entre pais e bebé, onde a comunicação por vezes é difícil e onde os pais estão particularmente ansiosos (Ferreira & Costa, 2004).

O cuidar em contexto pediátrico deve ainda atender ao respeito pelos direitos universais da criança, pela carta da criança hospitalizada e pelo princípio da universalidade, para que sejam fornecidas as respostas adequadas às necessidades

da criança e família, independentemente da doença, limitações, cultura e situação socioeconómica e espiritual.

## **1.2. Cuidar do recém-nascido de risco e família na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**

Embora neste relatório **RN de risco** diga respeito aos RNPT, devemos ter em conta que, no geral, um RN de risco é qualquer bebé cuja situação de vida coloca “(...) em *stress* a relação entre a mãe e a criança, e os cuidados parentais inerentes à parentalidade” (Pires, 2001, p. 20) pela necessidade de cuidados médicos e de enfermagem nas primeiras horas ou dias de vida, quer seja por prematuridade, por perturbações respiratórias, cardíacas ou digestivas, por processos infecciosos, malformações congénitas ou por anóxia grave durante o período perinatal. Todos estes RN terão necessidade de ser monitorizados e vigiados numa UCIN até que o seu estado de saúde esteja suficientemente estável para ter alta para casa ou ser transferido para outro serviço, sendo que o mais provável é necessitarem de **cuidados especiais ao longo do seu ciclo vital**. Por cuidados de saúde especiais entendem-se os cuidados que podem ser prestados no domicílio e que estão relacionados com o desenvolvimento psicomotor da criança, cuidados associados à utilização de equipamentos tecnológicos para suporte de necessidades fisiológica, cuidados medicamentosos e ainda cuidados habituais adaptados (Cabral *et al.*, 2004). Entendendo a Família como um sistema aberto, cujos membros interagem entre si e com o meio envolvente, então toda a família é considerada de risco, pois todos influenciam e são influenciados no decorrer da hospitalização, com repercussões ao nível da estabilidade económica, social e emocional.

Uma UCIN consiste numa unidade de prestação de cuidados de saúde diferenciados a RN de médio e alto risco e está associada a equipamentos de tecnologia altamente sofisticada e complexa que proporcionam e agregam um conjunto de informação sensorial desconfortável, representando, por isso, uma fonte de *stress* tanto para a criança como para os pais (Guimarães *et al.*, 2007).

Atualmente reconhece-se a necessidade de transformar as UCIN em locais **promotores do desenvolvimento dos RN** pela constatação de que os efeitos dos cuidados prestados nos primeiros tempos de vida podem ter efeitos prolongados no tempo, mesmo após a alta hospitalar. Nesta perspectiva a UCIN, tendo em conta as suas características, pode contribuir para a inibição de uma relação vinculativa e afetiva entre os pais e o bebé (Barros, 2001b).

Estudos desenvolvidos por Bowlby entre 1969 e 1976 descrevem a existência de comportamentos inatos do RN de termo e saudável que facilitam a relação de reciprocidade mãe-bebé e incentivam as respostas afetivas da mãe (Brazelton & Cramer, 2007). Contudo, quando o RN nasce prematuro, a forma de comunicar com o mundo que o rodeia é diferente e as **competências de interação menos adequadas**, o que no seu global torna o prematuro um bebé menos atrativo, tanto do ponto de vista emocional/afetivo, como do ponto de vista físico (Barros, 2001a). Para que estas características não comprometam o estabelecimento de uma relação vinculativa entre o bebé e os pais, o EEESCJ deve ajudar os pais a interpretar, antecipar e responder às pistas que este grupo de RN transmite, reforçando os seus sentimentos de competência, pois “(...) quanto mais os pais forem ajudados a sintonizar-se com as ações e reações do seu bebé, melhor serão capazes de desenvolver ações adequadas e promotoras do seu desenvolvimento.” (Diaz, 2012, p. 38).

Um estudo desenvolvido por Diaz (2012) concluiu que, essencialmente para as mães, as dificuldades durante o internamento numa UCIN estavam associadas à separação do bebé, ao cansaço inerente ao pós-parto e à aceitação da nova realidade, enquanto que na antecipação à alta estas estavam relacionadas com o assumir autonomamente os cuidados do bebé “(...) devido ao medo de uma recaída, ausência da ajuda dos profissionais de saúde e dos aparelhos de monitorização dos sinais vitais do bebé, bem como devido à ausência de informação imediata em resposta a dúvidas que pudessem emergir na prestação de cuidados”. Por outro lado, se as mães manifestam maior preocupação com a saúde do bebé e com a gestão da vida pessoal, os pais parecem preocupar-se mais com o equilíbrio emocional da mulher (Idem).

### 1.3. Experiências emocionais dos pais de recém-nascidos de risco

Damásio (2003) distingue os conceitos de emoção e sentimento, referindo-se ao primeiro como as **ações ou movimentos passíveis de serem observados** pelo outro, enquanto os sentimentos correspondem a fenômenos mentais aos quais só o próprio tem acesso. Estes conceitos estão interligados, na medida em que os sentimentos são gerados pelas emoções, permitindo que estas se tornem conscientes para a pessoa, e as emoções são a transformação dos sentimentos em ação ou expressão, tornando-se visíveis ao público. Por outras palavras, todas as emoções originam sentimentos, mas nem todos os sentimentos provocam emoções. Segundo Diogo (2012a) as emoções constituem o processo de sentir através da relação com o meio, e desempenham uma função de defesa e regulação da vida. As emoções podem ser positivas ou negativas, agradáveis ou desagradáveis. Damásio (2003) categorizou-as em **emoções primárias** – medo, zanga, nojo, surpresa, tristeza e felicidade – **emoções sociais** – simpatia, compaixão, embaraço, vergonha, culpa, orgulho, ciúme, inveja, gratidão, admiração, espanto, indignação e desprezo – e **emoções de fundo** – mal-estar, bem-estar, calma e tensão.

A literatura revela que os pais manifestam diversos **sentimentos e emoções** quando têm um filho internado na UCIN, entre os quais, confusão, desamparo, angústia, revolta, frustração, recusa da situação, raiva, dor, choque, descrença, depressão, zanga, medo e incerteza (Diaz, 2012). A ansiedade, enquanto sucedâneo da emoção medo e definida como o “medo irracional não justificado por causas exteriores” (Sequeira, 2012, p.107), associa-se à preocupação pela sobrevivência do bebé nos primeiros tempos de vida, para posteriormente dar lugar ao receio inerente à saúde futura e desenvolvimento do bebé, colocando em causa a própria capacidade para cuidar de um filho “diferente”. De acordo com Algren (2006), citado por Tavares (2011), estas reações e vivências emocionais podem ser influenciadas por fatores como a “gravidade da ameaça aos filhos”; “experiência prévia com a doença e a hospitalização”; “procedimentos médicos envolvidos no diagnóstico e tratamento”; “sistemas de apoio disponíveis”; “ego forte”; “outros

*stresses* no sistema familiar”; “crenças culturais e religiosas” e ainda “padrões de comunicação entre os membros da família”.

Dix (1991), citado por Cruz (2005) defende a existência de um modelo que estabelece uma interação entre os afetos e a cognição. Para o autor, as emoções são ativadas pelos processos cognitivos e medeiam o processamento da informação, o que se traduz nos comportamentos do indivíduo. Nesta lógica o sistema afetivo parental regula-se pelo estabelecimento de objetivos centrados no bem-estar e desenvolvimento da criança, os quais são ativados por uma emoção mais intensa. O **tipo de emoção varia consoante a situação**, ou seja, negativa se houver conflito ou positiva se as interações forem harmoniosas. A intensidade da emoção é variável de acordo com o valor que os pais atribuem à situação, e dependente do nível de estabilidade do comportamento e da percepção que os pais detêm do controlo sobre a situação. Segundo este modelo existem processos de regulação emocional que permitem aos indivíduos lidarem com as emoções promovendo-as ou inibindo-as.

Uma forma de **regular as emoções** é através do processo terapêutico de enfermagem que, de acordo com Lopes (2005, pp. 223-224) é composto por diversos instrumentos, nomeadamente a **gestão de sentimentos e a gestão de informação**. Para o investigador, a gestão de sentimentos caracteriza-se, “(...), pela criação de um espaço-tempo que permita a expressão de sentimentos, e (...), pela tentativa de promoção da confiança/segurança”. Por sua vez, a tentativa de promoção da confiança/segurança surge em resposta à insegurança manifestada pelos utentes e familiares, e pode ser conseguida através de algumas estratégias, tais como “(...) a racionalização, a desmistificação, a não generalização, a explicação dos sintomas, a transmissão de segurança; a antecipação e proposta de soluções; e a oferta de disponibilidade” (Idem). A Gestão de informação deve ser desenvolvida de forma informal e dando resposta às necessidades sentidas por cada utente/família em particular.

Embora cada pessoa tenha as suas próprias características e a sua própria forma de interpretar a situação, o desenvolvimento da resiliência pode contribuir para promover respostas individuais/familiares que ajudem os pais a responder à crise. A

resiliência pode assim ser definida como “(...) a capacidade dos indivíduos, famílias ou grupos em fazer face, de forma espontânea, às dificuldades/situações adversas com que se deparam” (Sousa, 2010, p. 33). Esta capacidade é considerada como uma competência individual e/ou familiar, que se constrói a partir das interações entre o indivíduo, a família e o ambiente.

O contributo do enfermeiro na **gestão das experiências emocionais** dos pais deve, assim, ir ao encontro do suporte à família em situações problemáticas tanto a nível interno como externo ao contexto familiar. Pensando que o medo, na sua forma de *stress* e ansiedade é talvez a emoção mais presente nestes pais, Sequeira (2012) elenca como estratégias para o seu controlo o diálogo interior e a mobilização do amor, da coragem, da verdade e do desapego.

### 1.3.1. Preparação para a alta hospitalar

A decisão de dar alta a um RN inclui determinados critérios específicos, entre eles, “capacidade dos pais em prestar os cuidados gerais e especializados sem necessidade de supervisão” (Tamez, 2013, p. 308) mas não pressupõe, necessariamente, uma recuperação completa do bebé. Implica, no entanto, que haja **estabilidade clínica** que garanta uma **continuidade de cuidados** em casa.

O manual de boas práticas em enfermagem pediátrica, no âmbito da preparação para a alta hospitalar, defende que os cuidados antecipatórios à alta devem garantir a qualidade e continuidade dos cuidados à criança em casa (Ordem dos Enfermeiros, 2011a). Para este efeito preconiza-se o desenvolvimento de um **plano assistencial individualizado**, iniciado o mais precocemente possível, adequado às necessidades de cada criança e família, promovendo a respetiva segurança e bem-estar de todos.

O planeamento da alta do RN de risco, segundo Tamez (2013), deve ter como objetivos o desenvolvimento do senso de responsabilidade e competência nos pais; o ensino sobre a forma mais apropriada de prestar cuidados e responder às necessidades do filho; diminuir os níveis de ansiedade da família associados a este processo; reduzir as readmissões hospitalares; e identificar os recursos disponíveis

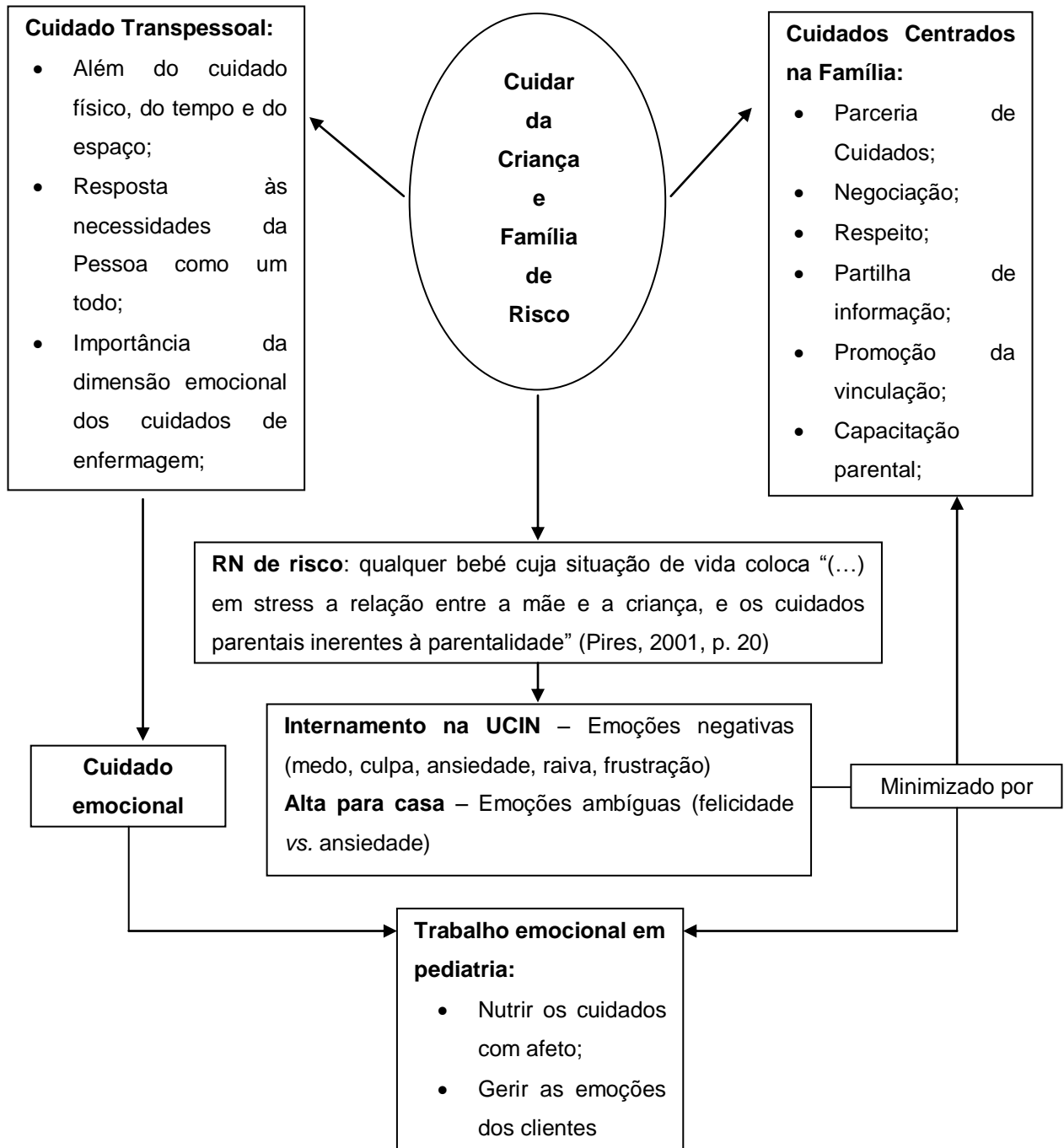
na comunidade para darem continuidade aos cuidados e assistência à família após a alta. Este planeamento é um **processo dinâmico e contínuo** que deve envolver a criança, família e a equipa multidisciplinar, ao longo de todo o internamento e após a alta, por forma a facilitar a transição para o domicílio, quando este se perspetiva como possível, ou para outro nível de cuidados. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), algumas das intervenções a realizar pelos Enfermeiros durante este processo são “incentivar o papel parental durante a hospitalização”; “ensinar, instruir e treinar os pais sobre todos os cuidados que vão prestar em casa”; identificar, em conjunto com os pais, necessidades de ordem económica, social e emocional; “validar com os pais/criança o plano de alta, avaliando a aprendizagem de conhecimentos e as habilidades que desenvolveram”; e proporcionar a interligação com os recursos da comunidade sempre que necessário (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Vários estudos indicam que a maior parte das necessidades sentidas pelos pais de RN prematuros no momento da alta são do âmbito da informação e de se sentirem confiantes (Santos M., 2011). Neste sentido, as orientações devem ser fornecidas de forma concisa, clara e simples de entender, numa altura em que os pais manifestem motivação e disponibilidade para aprender. As informações devem basear-se em temas que correspondam às reais necessidades dos pais no domicílio, como a alimentação, a segurança, o Plano Nacional de Vacinação (PNV), o controlo de infeções, o motivo de recorrência ao médico, como atuar em situações de urgência e o controlo da temperatura ambiental (Tamez, 2013).

Assim, a transição do ambiente de cuidados implica que o desempenho da família seja eficaz, pelo que deve ser capacitada para a adequação do seu papel parental aos novos processos de vida, através da transmissão de informações e conhecimentos necessários à continuidade dos cuidados no domicílio, com qualidade e segurança, e ajudada a reconhecer na comunidade os apoios e recursos existente para uma melhor adaptação à situação de saúde da criança.

No diagrama 1 podemos observar a interligação dos principais conceitos que constituem o corpo do trabalho.

**Diagrama 1 – Mapa de conceitos**



## 2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO

Após a revisão bibliográfica e enquadramento do tema, percebe-se que a hospitalização de um RN e a sua alta para o domicílio envolvem não só vivências emocionais de angústia, ansiedade e medo, mas também de felicidade e alívio. Neste sentido, pretendo centrar-me no **trabalho emocional de enfermagem com enfoque na preparação dos pais de RN de risco para a alta da neonatologia**, enquanto objeto de estudo.

Por **trabalho emocional** entende-se a regulação das emoções no exercício da prática profissional, sejam as do próprio, como as do utente (Diogo,2012b). Diogo (2012b) defende que é preciso diferenciar o modo de lidar com as emoções expressas pelos utentes do modo “pró-ativo” de criar ambientes e contextos relacionais e afetivos para atingir fins terapêuticos. Assim, o trabalho emocional deve ser visto como uma **intervenção de enfermagem com finalidade terapêutica**. Os estudos relacionados com o trabalho emocional tiveram início com Smith em 1988, tendo sido identificados como principais componentes o “(...) dar suporte e tranquilidade, delicadeza e amabilidade, simpatia, animar, utilizar o humor, ser agradável, ter paciência, aliviar o sofrimento, compaixão, conhecer o utente e ajudar a resolver os seus problemas” (Smith, 1991, citado por Diogo, 2012b, p. 41).

Diogo (2012b) estudou o uso das emoções enquanto **instrumento terapêutico** no cuidar em enfermagem pediátrica, tendo identificado diversas ações e interações que contribuem para a gestão emocional tanto das crianças, como dos seus pais, isto é, para a “(...) modificação dos estados emocionais perturbadores e de tonalidade negativa para estados de tranquilidade e bem-estar (...)” (Diogo, 2012b, p. 130). Um dos grupos identificados diz respeito à **gestão emocional dos utentes**, o qual se subdivide em duas subcategorias:

- **Gestão emocional de antecipação**, que tem descritas como ações de enfermagem “postura calma e carinhosa, mostrar disponibilidade, preparação para os procedimentos, fornecer explicações/informações,

favorecer a expressão de sentimentos, dar reforço positivo e distração” (Diogo, 2012b, p. 134);

- **Gestão das emoções reativas**, o qual inclui as ações de “envolver a família nos cuidados, explicar e esclarecer dúvidas, colocar-se ao lado, fazer pausas, fomentar a esperança, dar carinho, diferenciar os momentos, desviar o foco de atenção, encorajar e restringir” (Diogo, 2012b, p. 141).

A **alta para o domicílio**, habitualmente, desencadeia nos pais um conjunto de **sentimentos e emoções ambíguas**, repletas de grandes expectativas, incertezas e de elevados níveis de ansiedade, que se acentuam quando o bebé fica dependente de algum equipamento tecnológico e/ou de cuidados de saúde especiais (Diaz, 2012). Alguns autores associam esta ansiedade flutuante ao facto de, com a ida do RN para casa, o que anteriormente era partilhado com os profissionais de saúde, ou seja, a sobrevivência, o bem-estar e os cuidados ao bebé, passa a ser da responsabilidade dos pais (Santos, M., 2011; Diaz, 2012).

Desta forma, o trabalho emocional inscrito no cuidar a estes pais, e associado ao processo de transição da UCIN para casa, o qual ocorre, muitas vezes, em simultâneo com o processo de transição para a parentalidade, permite que as dificuldades sejam minimizadas e maximizadas as potencialidades e competências dos pais.

### 3. CAMINHO PERCORRIDO

Tendo em conta um percurso evolutivo e construtivo, numa perspetiva de **desenvolvimento de competências para obtenção de título de EEESCJ** e grau de Mestre em Enfermagem, foi cumprido um cronograma de estágio com a duração de 17 semanas (Apêndice I).

O desenvolvimento profissional é um processo a longo prazo que tanto pode ser individual, como coletivo, mas que, acima de tudo, pressupõe a aquisição de competências profissionais através de experiências formais e informais. Para a construção de uma identidade profissional na área da enfermagem especializada, procurou-se desenvolver uma prática baseada na evidência cujo pilar metodológico se centra na **reflexão sobre e na ação**. Reflexão é um processo que facilita o desenvolvimento da prática através da experiência do dia-a-dia. De acordo com Johns (2000), este processo permite-nos focar no *self*, aprender com a nossa experiência e confrontar a nossa prática, na medida em que o conflito e a contradição, desde que analisados e refletidos, permitem-nos agir de forma mais adequada no futuro.

Este desiderato teve ainda por base o **Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem** (Ordem dos Enfermeiros, 2010b), o qual discrimina a necessidade de desenvolver estratégias de intervenção subordinadas aos seguintes temas comuns: Processos familiares - Impacto da doença da criança nos processos familiares; Cuidados continuados em saúde infantil e pediatria; Relações parentais e vinculação; Crescimento e desenvolvimento infantil e do adolescente; Doença crónica na criança e impacto na família; Neonatologia; A criança com doença aguda/Urgências.

O estágio foi um tempo de trabalho, observação, aprendizagem e avaliação, o qual permitiu a consciencialização gradual dos diferentes papéis que o EEESCJ é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho. Optei pelos seguintes campos de estágio: Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD), Centro de Desenvolvimento Infantil (CDI), Unidade de Cuidados de Saúde

Personalizados (UCSP), Internamento de Pediatria Médica – 1ª infância (IPM1<sup>al</sup>), Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian (CRPCCG), Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN).

### **3.1. Unidade Móvel de Apoio Domiciliário**

O estágio na UMAD decorreu no período compreendido entre 7 e 25 de Outubro de 2013, num Hospital Central de Lisboa, sob a forma de visitas domiciliárias (VD), duas vezes por semana, acompanhada por uma enfermeira do hospital e com recurso a uma carrinha de apoio domiciliário. A equipa da UMAD é composta por duas enfermeiras das consultas externas do hospital, uma assistente social, um médico e um motorista. Atualmente estão a integrar também duas fisioterapeutas para um acompanhamento mais personalizado e adequado às condições habitacionais de cada criança/família.

Numa tentativa de respeitar o Princípio 1 da Carta da Criança Hospitalizada, o qual refere que “a admissão de uma criança no hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia” (IAC, 2008), fazem-se todos os esforços para que a criança, quando hospitalizada, tenha alta para casa o mais rapidamente possível e não seja (re)internada a não ser que estritamente necessário. Contudo, as altas precoces conduzem à existência de um número cada vez maior de crianças com necessidade de cuidados de saúde especiais em casa. O próprio avanço da tecnologia em saúde contribuiu para que os cuidados dependentes de equipamentos tecnológicos possam ser prestados no domicílio, com maior segurança. No entanto, há um impacto emocional e social que esta condição tem para pais e criança que nem sempre é valorizado.

A UMAD surgiu em resposta a esta nova realidade, numa colaboração com a Fundação do Gil, com o objetivo de prestar cuidados no domicílio a crianças e famílias com doenças crónicas. A maioria das crianças acompanhadas pela equipa

tem como principal patologia Síndrome do Intestino Curto, o que implica a administração de alimentação parentérica (AP) por cateter venoso central (CVC) no domicílio. Algumas destas crianças têm associada prematuridade e/ou paralisia cerebral (PC) o que implica, para além da panóplia de equipamentos de alta tecnologia, cuidados de enfermagem diferenciados, vigilância ativa e acompanhamento diário para a satisfação de outras necessidades básicas, como o vestir, o brincar, etc.

O meu principal objetivo para este campo de estágio foi perceber de que forma os pais destas crianças se adaptavam aos novos processos de vida depois da alta para o domicílio, ou seja, quais as principais necessidades e dificuldades sentidas durante o processo de transição. A noção com que fiquei a este respeito foi que os pais começam a ter uma perceção alterada do que é o seu papel parental, o que vai de encontro ao descrito por Kirk, *et al.* (2005), quando referem que os pais se sentem mais enfermeiros do que pais, e que o próprio ambiente domiciliar deixa de se parecer com uma casa para se parecer com um quarto de hospital.

O trabalho de Enfermagem desenvolvido pelas colegas, em particular, é valorizado por não se cingir apenas à realização de técnicas e prestação de cuidados físicos às crianças, os quais são importantes no sentido de reduzir as ocorrências ao hospital e/ou os reinternamentos consecutivos. Mas principalmente por englobar o apoio emocional aos pais. Este aspeto é fulcral numa perspetiva de cuidado transpessoal e centrado na família porque, embora a situação clínica da criança possa ser estável, os pais sentem-se exaustos por não verem “a luz ao fundo do túnel”; estão tristes por não conseguirem perspetivar um futuro para os filhos; estão desanimados por terem alterado toda a vida em função de uma criança que, muitas das vezes, está em sofrimento sem que consigam aliviá-lo.

Em suma, este campo de estágio, embora possa ser o futuro de algumas dos RN internados na UCIN, foi o início do meu percurso porque forneceu as bases para refletir sobre o que pretendo alcançar na minha prática e enquanto EEESCJ.

### 3.2. Centro de Desenvolvimento Infantil

Durante o mesmo período de tempo em que estive em estágio na UMAD, fiz também estágio no CDI do mesmo hospital, como complemento para o entendimento do cuidar da criança/família em situação de doença crónica. O CDI integra duas enfermeiras, uma psicóloga, uma professora de ensino especial, três pediatras e uma terapeuta da fala, equipa esta que iniciou funções em conjunto recentemente, pelo que há ainda papéis por definir, protocolos por atualizar e conhecimentos a consolidar.

O atual Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) preconiza o desenvolvimento de programas de intervenção precoce integrados no Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), cujo objetivo é assegurar o apoio a todas as crianças dos 0 aos 6 anos de idade com “risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo” ou em “risco grave de atraso de desenvolvimento” (DGS, 2013). A experiência no CDI, e em particular na Consulta de Desenvolvimento, permitiu-me, ter acesso à articulação que tem sido feita com as escolas e outros profissionais de saúde no âmbito destes programas de intervenção precoce. Além do mais, fez todo o sentido para mim ver a evolução psicomotora de alguma destas crianças, tendo em conta que crianças nascidas prematuras com muito baixo peso (MBP), as quais representam grande parte da população recetora dos meus cuidados na UCIN, “(...) apresentam mais problemas de desenvolvimento, nomeadamente ao nível das capacidades cognitivas, aprendizagem, competências neurodesenvolvimentais e neuromotoras e linguagem (...) [bem como] índices mais elevados de problemas de comportamento, nomeadamente ao nível da atenção/excesso de atividade(...)” (Valente e Seabra-Santos, 2011, p.6).

Uma das limitações do CDI é o facto de as crianças com menos de 3-4 anos de idade serem seguidas em consultas de Neonatologia, quando a prematuridade é um dos diagnósticos de base, o que dificulta o encaminhamento para as equipas de intervenção precoce. Além disso há muitas crianças que não são encaminhadas para este CDI porque são seguidas em consultas da especialidade, cada uma delas com os seus profissionais (terapeutas, enfermeiros, psicólogos), espartilhando os

cuidados. Por este motivo acabei por ter pouco contacto com os pais de RN cujo início de vida tinha sido passado na UCIN.

Assim, neste contexto, reuni contributos relacionados com o desenvolvimento psicomotor das crianças em idade pré-escolar, escolar e pré-adolescência, essenciais para preparar os pais para as possíveis alterações e dificuldades destes RN no futuro.

### **3.3. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados**

A UCSP onde realizei estágio dispõe de uma equipa especializada em intervenção precoce infantil e de um programa de VD à criança/família de risco, pelo que, em conformidade com o projeto apresentado, me pareceu pertinente incluir este campo de estágio nas minhas opções. O estágio decorreu entre 28 de Outubro e 15 de Novembro de 2013.

A articulação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares é um pilar fundamental para a continuidade de cuidados de qualidade (DGS, 2011), pelo que os objetivos para este estágio foram pensados no sentido de colmatar algumas lacunas existentes na minha prática diária dadas as características do serviço onde exerço funções. Pretendi estar mais perto dos projetos que envolvem a comunidade; cuidar de crianças saudáveis e suas famílias; e articular os cuidados hospitalares com os do centro de saúde.

Ao nível da qualidade e segurança dos cuidados prestados a grande aposta são os cuidados domiciliários, segundo as propostas para o PNS 2012-2016. A componente dos cuidados domiciliários e a aproximação à comunidade permite um acompanhamento holístico do utente e assim garante ganhos para o bem-estar das famílias. Nesta UCSP as VD estão integradas no projeto de intervenção comunitária “Famílias de Risco”, com apoio da unidade móvel. Este projeto teve início em março de 2001 para apoio de populações desfavorecidas e em risco de pobreza.

A existência de um NACJR composto por uma equipa que articula os contributos das diferentes áreas especializadas - enfermagem, psicologia, medicina e assistência social – no sentido de dar resposta a problemas como maus-tratos, negligência, consumo de droga, abstinência escolar e ausência de vigilância infantil, é outra particularidade desta UCSP. As freguesias agregadas à USCP têm um elevado número de casos problemáticos, alguns deles já com encaminhamento direto para as instâncias máximas do tribunal. Uma das competências do EEESCJ é a deteção e sinalização de crianças e famílias em risco, mas é preciso que as entidades competentes deem continuidade aos processos, o que parece nem sempre acontecer.

Os principais contributos deste estágio foram no sentido do desenvolvimento e aquisição de novas competências relacionadas com o cuidar da criança e família em risco pelas condições socioeconómicas envolventes. Embora pouco direcionados para o projeto em si, o investimento nesta área foi muito importante tendo em conta o Cuidar da Criança e Família enquanto futura EEESCJ.

#### **3.4. Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian**

Quando propus a realização de estágio no CRPCCG tinha pouca noção da realidade que me esperava. Durante a minha prática clínica fui-me cruzando com crianças com PC mas sempre em contexto de internamento em cuidados intensivos pediátricos, ou numa ótica mais afastada da realidade que é a UCIN, onde os diagnósticos ainda não foram feitos mas prevê-se que a situação da criança evolua nesse sentido. De maneira que foi com grandes expectativas que abracei esta experiência.

O estágio decorreu de 18 a 22 de Novembro de 2013, na Unidade de Habilitação e Desenvolvimento (UHD) e tinha como principal objetivo identificar estratégias de intervenção realizadas com crianças com necessidade de cuidados especiais.

O CRPCCG tem como missão “prevenir, desenvolver, habilitar, reabilitar e incluir na comunidade a pessoa com PC e outras situações neuromotoras através da equipa pluridisciplinar, promovendo a sua qualidade de vida com desempenhos de excelência” (CPCCG, s/d), defendendo os valores de ética, integridade, respeito, compromisso, diferenciação positiva, equidade social, eficiência/eficácia, profissionalismo e competência. É composto por dois edifícios, a Unidade de Reabilitação e Integração Socio-ocupacional (URISO) e a UHD.

A URISO tem uma valência de Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) e uma valência de Reabilitação. Esta destina-se a crianças com idade superior a 16 anos, cujo objetivo é a integração social através da participação em *ateliers* (artes do fogo, artes e projetos/gráficas, cerâmica, comunicação, informática, madeiras e têxteis), em atividades sociais, culturais e desportivas (clubes temáticos, turismo integrado, atividades de verão, exposições e palestras, Vela, Boccia, Tricicleta, Atletismo e Futebol).

A UHD disponibiliza terapia ocupacional, terapia da fala, uma unidade de técnicas aumentativas e alternativas da comunicação (UTAAC), um núcleo de intervenção precoce integrada (NIPI), psicologia, apoio social, fisioterapia, consultas de desenvolvimento/diagnóstico e avaliação, um Gabinete de Informação e Aconselhamento de Produtos de Apoio (GIAPA), apoio socioeducativo e enfermagem. Esta unidade recebe crianças até aos 6 anos de idade, sendo que até aos 2 anos têm entrada direta e após os 2 anos é feita uma avaliação multidisciplinar tendo em conta a criança, as expectativas dos pais e o meio social.

De acordo com o Programa de Vigilância Nacional de Paralisia Cerebral até aos 5 anos de idade (Grupo PVNPC, s/d), a incidência anual de PC é de 2‰ nados-vivos. Das 496 crianças nascidas em Portugal entre o ano de 2001 e 2003, com PC, 23,9% nasceram com IG inferior a 32 semanas, 15,5% com IG 32-36 semanas e 47,4% nasceram de termo, com a mais diversa das etiologias, embora a predominante tenha sido devido a perturbações de desenvolvimento do cérebro associadas à grande prematuridade). Isto para perceber que muitas destas crianças passam pelas UCIN e, no entanto, na minha opinião, os profissionais estão pouco despertos para o futuro destas crianças e pais. O PVNPC5A propõe que estas

crianças sejam notificadas apenas com diagnóstico confirmado, o que faz com que, na grande maioria das vezes, só a partir dos três anos comecem a ser encaminhadas para UHD.

O papel que as Enfermeiras desempenham no CRPCCG diz respeito à marcação de consultas, vigilância dos PNV de todas as crianças (e vacinação se necessário) e integração nos NIPI. Estas intervêm como elo de ligação entre todas as disciplinas e o exterior. São os alicerces do trabalho em equipa, fundamental para o apoio e desenvolvimento destas crianças. Além disso, dentro dos NIPI, são chamadas a intervir principalmente quando há crianças com suporte ventilatório, com gastrostomias, etc., para dar apoio durante a realização de atividades como terapia da fala, fisioterapia, entre outras. Relativamente ao apoio que é dado aos pais, mais uma vez, a enfermeira faz a ligação direta com o psicólogo, assistente social, ou outro técnico que os pais considerem pertinente envolver no seu núcleo de prestação de cuidados.

Enquanto futura EEESCJ considero a comunicação como ferramenta fundamental à relação com a outra pessoa, principalmente numa perspetiva de cuidado holístico e transpessoal defendido por Jean Watson. Sabendo que a hospitalização pode dificultar a adaptação destas crianças/famílias à diferença e aceitação da doença, devemos desenvolver estratégias de comunicação eficazes e individualizadas, partindo do pressuposto que os pais são quem melhor conhece a sua criança. Neste contexto, como na pediatria em geral, os CCF é, por isso, a filosofia de cuidados de eleição.

Desta curta experiência de estágio retiro como principal contributo para o meu desenvolvimento o contacto próximo com crianças com PC. Penso que ao compreender de que forma a condição de saúde da criança influencia a sua atividade e participação ativa na sociedade, e que fatores pessoais, familiares e sociais contribuem para a forma como os pais encaram a situação clínica do filho, concorreu para me sentir mais competente na função de os preparar emocionalmente, ainda durante o internamento na UCIN, no que se perspetiva que seja o futuro de algumas crianças.

### 3.5. Internamento de Pediatria Médica – 1ª Infância

O ensino clínico numa enfermaria pediátrica decorreu entre 25 de Novembro e 13 de Dezembro de 2013, num serviço de pediatria médica de primeira infância com capacidade para dezasseis crianças entre os 0 e 2 anos de idade (duas crianças por quarto). Ainda que possa haver crianças internadas por agudizações de patologias crónicas, a grande maioria está hospitalizada pela primeira vez por doenças como bronquiolites, gastroenterites, doenças metabólicas, entre outras, o que aumenta os níveis de ansiedade e *stress* inerentes à hospitalização, não apenas na criança, como nos pais.

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

Este ensino clínico contribuiu para tomar conhecimento de uma realidade diferente da que eu estava habituada: a de crianças previamente saudáveis que, por qualquer circunstância da vida, adoecem subitamente e necessitam de internamento hospitalar pelo agravamento progressivo da mesma. Nestas situações observa-se um nível de sofrimento bastante elevado por parte dos pais, principalmente no momento da admissão, o qual pode ser causado “(...) não só pela gravidade da doença do filho, mas também pela ansiedade em relação ao envolvimento na prestação de cuidados e na capacidade de lidar com as emoções” (Jorge, 2004, p. 20).

Foi precisamente nesta *capacidade para lidar com emoções* que centrei as minhas intervenções em estágio. Optei por não estar diretamente envolvida na prestação de cuidados para que estivesse com maior disponibilidade para interagir

com as crianças e pais. Investi na observação dos cuidados prestados pelos enfermeiros, na tentativa de recolher o maior número de atitudes desenvolvidas com o intuito de um cuidado emocional, não só à criança como aos próprios pais, registrando os resultados terapêuticos. Verifiquei que, tal como está descrito na literatura, se os pais tiverem uma experiência anterior de hospitalização positiva, bem como uma boa capacidade de adaptação à mudança ou um sistema familiar de apoio, gerem mais facilmente as experiências emocionais decorrentes deste processo, contribuindo para a gestão emocional junto dos filhos (Jorge, 2004). Por outro lado, é também visível que, quando cuidamos da criança no sentido de diminuir os efeitos negativos da hospitalização, reduzindo a ansiedade e promovendo a satisfação das suas necessidades básicas, incluindo o brincar, utilizando estratégias de comunicação e de distração e alívio da dor adequadas a cada faixa etária, obtemos crianças menos ansiosas, as quais podem influenciar os pais a estarem mais tranquilos.

Também o trabalho em parceria parece ser uma estratégia neste serviço para reduzir sentimentos de frustração decorrentes da falta de informação sobre a situação clínica da criança, sobre as rotinas do serviço ou sobre a possibilidade de participarem nos cuidados ao filho internado, já que utilizam preferencialmente o método individual de trabalho. A parceria nos cuidados permite ainda preparar os pais de forma progressiva para a (re)autonomia dos cuidados à criança, não apenas no sentido de uma continuidade dos cuidados no domicílio, caso haja essa necessidade, mas também no sentido do reforço da parentalidade e vigilância para promover a saúde e prevenir a doença.

Assim, no geral, o principal contributo deste estágio foi a possibilidade de tomar consciência do cuidado emocional em enfermagem, através do treino de observação e valorização das atitudes terapêuticas que concorrem para o trabalho emocional na interação de cuidados com os pais e crianças num serviço de pediatria.

### 3.6. Serviço de Urgência Pediátrica

A experiência no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), por um período de três semanas, foi mais um desafio. Este é caracterizado como um serviço com grande variabilidade tanto ao nível das situações clínicas, como da faixa etária das crianças (0-18 anos de idade). Tem como objetivo principal assistir a criança num momento da sua vida, que se espera curto e não frequente, por isso o enfermeiro deve ser capaz de dar resposta a uma variedade de situações, bem como, estabelecer níveis de comunicação e relação que permitam assegurar um cuidado holístico, de confiança e de qualidade, garantido a satisfação dos utentes.

A minha experiência durante este estágio focou-se, em particular, na interação com os pais e crianças internadas na Sala de Observações (SO), embora também tenha passado pela triagem, onde tive o primeiro contacto com o sistema de triagem de *Manchester*. pela sala de tratamentos/realização de exames complementares, e pela sala de aerossóis. O SO acaba por ser o espaço ideal para identificar as reações da criança, adolescente e família face à hospitalização; preparar a criança, adolescente e família para o internamento, para a alta ou para a intervenção cirúrgica; e minimizar as consequências da doença e da hospitalização na criança, adolescente e família.

No que respeita à população neonatal, Cunha *et al.* (2007, p. 239) referem que os motivos que aumentam a preocupação dos pais e os incitem a procurar o SUP são "(...) as alterações do trânsito intestinal, o bolçar, o choro, as lesões da pele e mucosas e a obstrução nasal (...)", ou seja, na sua maioria situações não urgentes que poderiam muitas vezes ser evitadas caso os pais estivessem mais confiantes nos cuidados que prestam e possuíssem mais conhecimento dos sinais de alerta e de agravamento. Tendo por base a evidência científica, aproveitei a experiência de estágio para recolher informações relacionadas com o motivo de recorrência dos pais de crianças até 1 mês de idade às urgências hospitalares durante o ano de 2013, o que, no futuro, poderá contribuir para adequar o modo de atuar junto dos pais na UCIN durante a preparação para a alta.

### **3.7. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**

A UCIN é o local onde exerço funções, motivo pelo qual optei por estruturar os cinco meses de estágio numa perspetiva de recolher contributos para o meu desempenho pessoal e profissional neste contexto. Este estágio teve uma duração de quatro semanas (de 20 de Janeiro a 14 de Fevereiro de 2014).

A UCIN é composta por duas salas de cuidados intensivos, cada uma delas com capacidade para oito RN. Contudo, devido à falta de recursos materiais e humanos, uma das salas ficou destinada a RN em cuidados intermédios, com apenas quatro vagas em funcionamento. A equipa trabalha segundo o método individualizado de cuidados, embora se preconize a atribuição de um enfermeiro responsável por cada RN no momento da admissão. Este enfermeiro “de referência” deverá estar mais próximo deste RN e família, no sentido de um acompanhamento mais individualizado.

Este estágio permitiu dar continuidade ao trabalho que vim a desenvolver junto da criança e família, no sentido de transformar as emoções negativas decorrentes da hospitalização nestas unidades em experiências emocionais positivas. Foram várias as intervenções de enfermagem identificadas para minimizar a ansiedade dos pais durante o internamento na UCIN: apoio à mãe para o estabelecimento do primeiro contacto com o filho prematuro; o fornecimento de informações relativas ao funcionamento da equipa, dos equipamentos e das rotinas de cuidados ao RN a promoção da vinculação através da massagem, do toque terapêutico, do banho, do colo e método canguru; e a prestação de cuidados encarando os pais como parceiros no cuidar.

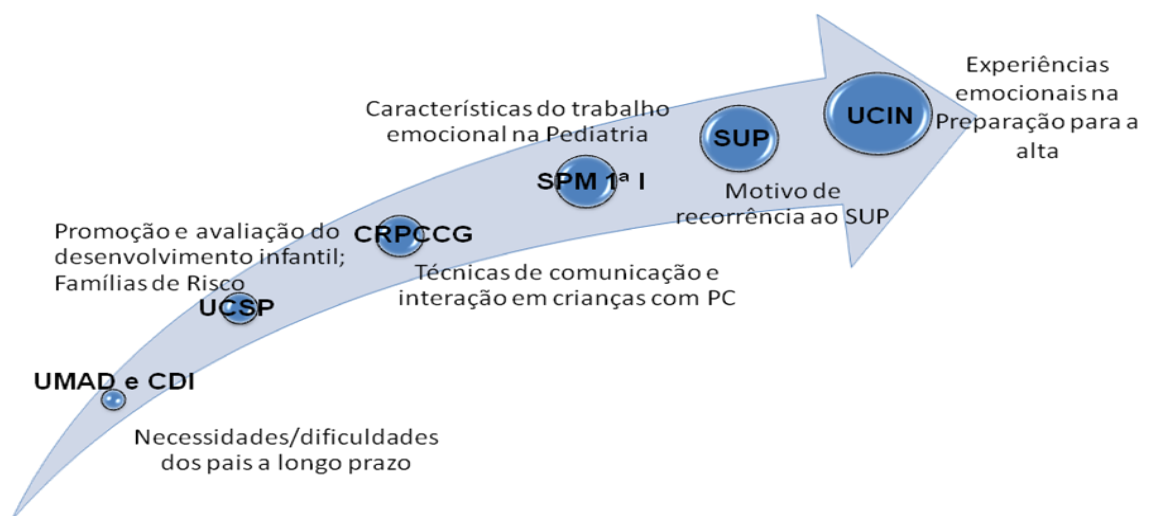
Foi também intenção compreender as necessidades sentidas pelos pais de RN internados na sala de cuidados intermédios quando se prevê a alta do RN para o domicílio. Neste conjunto, a preparação para a alta, congregando ensinamentos sistematizados e adequados às necessidades dos pais tendo em conta os cuidados básicos essenciais à sobrevivência, segurança e qualidade de vida do bebé em casa, assumiu particular interesse pelas experiências emocionais envolvidas neste

processo de transição e pela constatação do contributo fundamental que o EEESCJ pode dar neste contexto.

### 3.8. Sistematização do percurso

O diagrama 2 reflete assim todo o percurso experienciado, o qual foi refletindo sobre o sentido de adquirir, desenvolver e consolidar competências do EEESCJ e, ao mesmo tempo, angariar contributos teóricos e práticos para valorizar e justificar a minha prática.

**Diagrama 2 – O Caminho Experienciado**





#### **4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DOS OBJETIVOS E ATIVIDADES DE ESTÁGIO**

Tendo em conta o objeto de estudo delineado - trabalho emocional de enfermagem com enfoque na preparação dos pais de RN risco para alta da Neonatologia – e, à luz do enquadramento teórico, defini os seguintes objetivos gerais e específicos:

- Desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados individualizados à criança, jovem e família na ótica do EEESCJ;
  - Prestar cuidados individualizados à criança, jovem e família com base na evidência científica;
  - Desenvolver competências emocionais no contexto de cuidados em pediatria;
- Promover o trabalho emocional no cuidado à criança e família durante o internamento e na preparação para a alta;
  - Realizar cuidados de suporte emocional à família do RN de risco internado numa UCIN;
  - Contribuir para a gestão das experiências emocionais dos pais no processo de preparação para a alta do RN risco.

Foi elaborado um documento orientador das atividades de estágio, o qual integra um resumo do enquadramento teórico, bem como a justificação, objetivos específicos e respetivas atividades e recursos para cada campo de estágio em particular (Apêndice II). Um resumo deste documento foi apresentado na primeira reunião com cada Enf<sup>a</sup>. Tutora, com o objetivo de discutir a pertinência do projeto e a adequação dos objetivos e atividades à realidade de cada campo de estágio.

Este capítulo pretende assim constituir um momento de síntese que espelhe a reflexão na e sobre a prática e, ainda, a mobilização da evidência científica durante

os estágios, pelo que decidi agrupar as atividades e experiências de estágio de acordo com os objetivos específicos previamente definidos. No geral, penso que as atividades propostas, bem como o desempenho durante o estágio, foram de encontro ao delineado, contribuindo de forma positiva para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

#### **4.1. Prestação de cuidados individualizados à criança, jovem e família com base na evidência científica**

Na perspetiva do Cuidado Humano e Transpessoal de Jean Watson, Pessoa é um ser percebido como uma unidade corpo-mente-espírito, o qual é alvo de um, ou vários momentos de cuidar. Para o EEESCJ, o conceito de Pessoa deve ser entendido como o **binómio criança/jovem e família**, entendo criança como “(...) toda a pessoa com menos de 18 anos de idade, sendo que em caso de doença crónica, incapacidade e deficiência até aos 21 anos, e/ou até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso” (Ordem dos Enfermeiros, 2011b). Esta definição concorre para a necessidade de monir o enfermeiro que trabalha em pediatria de estratégias que possibilitem a maximização da saúde da criança tendo em conta as diferentes etapas do seu desenvolvimento.

#### **A Criança e Família na Neonatologia**

No período Neonatal o foco da nossa atenção deverá ser a **promoção da vinculação** entre os pais/mãe e o bebé. Entende-se por vinculação um processo contínuo, com início na gravidez e prolongamento após o parto, que inclui as ligações emocionais entre o bebé e os pais. Durante a gravidez e, por vezes, mesmo antes da conceção, os pais idealizam o bebé no que concerne ao “(...) aspeto, padrão de comportamento, realizações expetáveis e [...] estilo de vida da família” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.247). Quando o bebé nasce, o processo de vinculação é tanto mais facilitado quanto a proximidade entre o bebé real e o bebé imaginado, o que não sse verifica no caso de um bebé muito prematuro ou com

malformações visíveis. Também, a forma do RNPT comunicar com o mundo que o rodeia é diferente, os períodos de mobilidade e estado de alerta são mais curtos e menos frequentes; a reatividade é mais reduzida; o padrão de choro é diferente; têm maior dificuldade em fixar o olhar; e vocalizam menos (Barros, 2001a), o que no seu global torna o prematuro um bebé menos atrativo. Segundo esta lógica, quando o bebé nasce prematuro o processo de vinculação está, à partida, comprometido, reforçando a necessidade do enfermeiro em neonatologia estar desperto para as **etapas comportamentais da vinculação**, incluindo as variáveis que beneficiam ou inibem este processo.

Durante o estágio realizado na UCIN desenvolvi como **atividades promotoras da vinculação** o toque nutritivo, o método canguru, o envolvimento no banho do bebé e a massagem infantil. Algumas destas atividades estão descritas no diário de aprendizagem sobre a interação com os pais na UCIN (Apêndice III).

No que concerne à **prestação direta dos cuidados ao RN**, estes devem ser organizados de acordo com o nível de desenvolvimento específico do bebé com o objetivo de o promover, o que implica respeitar as necessidades de sono e de descanso, adequar a intensidade e qualidade dos estímulos ao desenvolvimento cognitivo do bebé, promover o contacto pele com pele com os pais e providenciar posicionamentos adequados (Santos A. , 2011). Esta forma de organização de cuidados resulta do respeito por uma nova filosofia de cuidados: os **cuidados centrados no desenvolvimento**. Um dos focos desta filosofia está na proteção da criança/família ao nível das vulnerabilidades físicas, psicossociais e emocionais e requer sensibilidade e vigilância por parte do profissional de saúde, em reconhecer os comportamentos da criança e alterar os cuidados quando esta apresenta sinais de *stress*. Além disso, reconhece a **pele como interface partilhada de cuidados**. De acordo com Santos A. (2011, p. 26) a integração dos cuidados segundo esta nova filosofia nas UCIN "(...) reduz as complicações iatrogénicas relacionadas com o seu ambiente, uma vez que aumenta as competências do RN, a confiança dos pais e a satisfação dos profissionais de saúde".

Apesar de todos os esforços empreendidos no sentido do máximo desenvolvimento psicomotor do RN prematuro, há complicações que, embora

minimizadas, não se conseguem evitar. Por este motivo a **Intervenção Precoce**, enquanto “(...) prestação de serviços dirigidos à criança e à família, com o objetivo de reduzir os efeitos dos fatores de risco ou da deficiência no desenvolvimento da criança” (Guimarães *et al.*, 2007, p. 147), deve ser tida em máxima consideração pelos profissionais de saúde. De acordo com a Enf<sup>a</sup>. Teresa Folha do CRPCCG, o que se preconiza não é o estabelecimento de um diagnóstico de PC ou qualquer outra doença que “rotule” aqueles pais e aquela criança, mas antes permitir o encaminhamento para equipas especializadas no desenvolvimento das crianças. Os pais devem perceber que, mais do que o estabelecimento de um diagnóstico ou o encontro da cura, existem **intervenções que melhoram o desenvolvimento e a qualidade de vida das crianças**. Infelizmente continua a haver falha na articulação entre o hospital e a comunidade concorrendo para que estas crianças e seus familiares tenham apoio especializado mais tarde do que seria espectável. Obtém-se assim menos ganhos em saúde e uma qualidade de cuidados inferior à que se poderia atingir.

### **A Criança e Família na Comunidade**

A **promoção do desenvolvimento infantil** é outra área com importante relevo para o EEESCJ e se, durante o ensino clínico na UCIN esta não foi tão evidente, nas experiências de estágio na UMAD e UCSP foi mais trabalhado. Procurei essencialmente treinar a minha capacidade de observação para, de acordo com a escala de Mary Sheridan Modificada (Anexo I), conseguir fazer avaliações do desenvolvimento infantil mais precisas, adequando os ensinamentos aos pais e o encaminhamento precoce (Apêndice IV). Constatei que, apesar do instrumento de trabalho ser idêntico, o facto de estarmos perante uma criança em ambiente hospitalar, numa consulta de vigilância de saúde ou no domicílio, influencia a avaliação efetuada. Nomeadamente, a naturalidade com que a criança age no ambiente seguro do seu quarto é bastante facilitadora da abordagem, ao contrário de quando temos uma criança num gabinete, rodeado de pessoas com bata branca, onde muitas das vezes nem sequer sabe qual o propósito daquela “visita”.

Para contrariar esta tendência, principalmente quando tinha perante mim crianças na faixa etária dos 2-4 anos nas consultas de vigilância de saúde na UCSP, optei como utilizar o brinquedo e a distração como forma de obter a colaboração delas nas avaliações que necessitava realizar. **Brincar** é um dos aspetos mais importantes da vida de uma criança e uma das ferramentas mais eficazes para gerir o *stress*. Através do brincar a criança pode **manifestar os seus medos e ansiedade**, o que, de certa forma, a vai ajudar a enfrentar de forma positiva o que a assusta. De acordo com Hockenberry e Wilson (2014, p. 1041) “(...) brincar é essencial para o bem-estar mental, emocional e social das crianças”. Por outras palavras, a brincadeira é a forma da criança estar no mundo, falar de si e de se desenvolver.

De entre as várias atividades de diversão existentes, cada uma com determinados benefícios específicos, acabei posteriormente por propor às crianças que estavam na sala de espera e aguardavam ser chamadas para a consulta de enfermagem, a realização de um desenho livre ou sobre a razão pela qual tinham ido ao Centro de Saúde (Apêndice V). A expressão através da arte e do desenho acabam por facilitar a transmissão de pensamentos e sentimentos, proporcionando ao enfermeiro uma ponte para o relacionamento e a compreensão de conceitos ou eventos (Hockenberry & Wilson, 2014). De facto, quando estas crianças depois da atividade eram chamadas a entrar no gabinete de enfermagem vinham mais desinibidas e com vontade de mostrar o desenho que tinham feito. A partir deste foi possível estabelecer uma ligação com a criança que não implicava instrumentos desconhecidos para ela, o que facilitou a minha abordagem durante a consulta.

A **massagem infantil**, através da realização de uma sessão para pais de bebés até aos 4 meses foi um dos recursos mobilizados com o objetivo de proporcionar momentos de interação e bem-estar entre mães e filhos (Apêndice VI). Tendo em conta que a massagem do bebé pode ser uma importante estratégia de apoio na díade mãe-bebé, potenciando e **facilitando a relação** entre ambos, pensei que pudesse ser uma mais-valia neste contexto, dadas as características da população (baixo nível de escolaridade e socioeconómico). Figueiredo (2007) defende que intervenções desta natureza permitem a proximidade entre pais e bebé

e a construção de uma relação saudável, equilibrada e de respeito mútuo, levando à criação de laços fortes entre ambos. A atividade da massagem acabou por ter uma fraca adesão dos pais, muito embora manifestassem interesse na sua realização. Penso que a sua divulgação foi bem conseguida através da entrega de convites em mão a cada pai/mãe no final de cada consulta e da afixação de um *poster* informativo sobre os **benefícios da massagem infantil** (Apêndices VII e VIII). Mas ainda assim, como não é obrigatório nem é curativo, as pessoas tendem a não investir em ações de promoção da saúde.

As VD foram outra atividade que permitiu estar mais próximo da comunidade em duas vertentes. Com a UMAD tive a oportunidade de prestar cuidados individualizados a crianças com necessidade de cuidados especiais no domicílio, do qual resultou uma aprendizagem assente em duas premissas: em casa quem gere os cuidados são os pais e a criança; em casa os cuidados são adequados aos recursos de cada família e às condições habitacionais de cada um. Com a equipa da UCSP as VD tinham como propósito o controlo de situações de crianças e famílias de risco, em bairros sociais degradados e com falta de recursos económicos. Penso que o diário de aprendizagem sobre as VD (Apêndice IX) evidencia bem as diferenças de uma atividade que, de semelhante, tem apenas o recurso a uma unidade móvel de apoio domiciliário e o facto do contexto de prestação de cuidados ser a comunidade.

Também no âmbito da **intervenção junto da criança/jovem e família em situação de risco**, participei em a duas reuniões do NACJR. Os núcleos prestam consultoria aos profissionais/equipas que lidam diretamente com as situações de risco ou perigo de maus-tratos, apoiando-os através da elaboração de um Plano de Intervenção e Apoio à Família e permitem agilizar a comunicação com as Comissões de Proteção da Criança e Jovem (CPCJ) e com os tribunais. Garantem, também, a efetivação de um apoio continuado quando se conseguem reverter as situações de perigo, no âmbito da aplicação de medidas de promoção e proteção da criança determinadas pelas CPCJ e tribunais.

Da reunião do NHACJR obtive poucas respostas quanto aos objetivos e pertinencia da sua atuação junto da criança e família de risco, pois o tema principal a

ser debatido foi o restabelecimento de ordens de trabalho e a reorganização da equipa. Só na reunião com o NACJR na UCSP, tive então oportunidade de perceber a dinâmica do núcleo. Como profissionais de saúde envolvidos nos cuidados à criança e família temos o **dever de salvaguardar os direitos da criança**, protegendo-a de qualquer forma de abuso (Ordem dos Enfermeiros, 2005, Artigo 81º). Intervir nas situações que colocam a criança/família em risco, implica ter conhecimento não só dos sinais e sintomas que permitem a deteção precoce de situações de maus-tratos, carências económicas, perturbações emocionais e consumo de substância ilícitas, mas também as políticas de saúde que permitem intervir na prevenção, acompanhamento e sinalização destas crianças/famílias. As taxas de natalidade mostram a clara diminuição de nascimentos no nosso país, o que não implica que o número de crianças vítimas de maus-tratos diminua na mesma proporção. Pelo contrário, parecem estar a aumentar os casos de negligência infantil, muito associada ao contexto socioeconómico que se vive atualmente em Portugal.

As freguesias de influência da UCSP são um exemplo disso mesmo e, apesar da motivação para intervir junto da população, notou-se uma clara dificuldade em obter resultados nas situações que envolviam instâncias superiores de atuação, como os tribunais. A participação nesta reunião trouxe vários contributos para a minha prática atual, na medida em que muitos dos RN internados na UCIN apresentam um risco potencial de maus-tratos, pela sua prematuridade, deficiente vinculação à pessoa significativa ou pela necessidade de cuidados especiais no futuro. Detetar precocemente famílias em risco e com necessidade de maior suporte emocional para lidar com determinadas crises, conhecer o seu contexto sociocultural e económico, bem como o papel da criança na família, são passos fundamentais para agir de forma assertiva e assim, atuar ao primeiro nível da prevenção eliminando ou minimizando os fatores de risco para situações potenciadoras de violência infantil.

### **A Criança com Necessidade de Cuidados de Saúde Especiais**

De acordo com o *Maternal and Child Health Bureau*, crianças com necessidades especiais em termos de cuidados de saúde são “crianças que estão em risco ou têm

risco aumentado para situações crónicas a nível físico, comportamental ou emocional e que requerem serviços de saúde e outros qualitativa ou quantitativamente superiores aos requeridos pelas crianças em geral” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 898). Este grupo inclui assim crianças com atraso de desenvolvimento sem etiologia conhecida, abrangendo uma ou mais áreas (motora, física, cognitiva, da linguagem e comunicação, emocional, social e adaptativa); crianças com atraso do desenvolvimento devido a condições específicas de saúde como anomalias cromossómicas, perturbações neurológicas, mal-formações congénitas, doenças metabólicas, perturbações graves da vinculação e outras perturbações emocionais (entre outras); crianças em risco de vir a manifestar limitações na atividade e participação por condições biológicas que interferem com a prestação de cuidados básicos, com a saúde e o desenvolvimento, como complicações pré-natais severas, exposição intra-uterina a tóxicos, prematuridade com IG inferior a 33 semanas, MBP à nascença (< 1,5Kg), Atraso no Crescimento Intra Uterino, asfixia peri-natal grave, complicações neonatais graves, hemorragia intraventricular (entre outras); e crianças em risco de perturbações do desenvolvimento por estarem expostas a fatores de risco ambientais que atuam como obstáculo à atividade e à participação da criança, limitando as suas oportunidades de desenvolvimento e impossibilitando ou dificultando o seu bem-estar; fatores de risco parentais – mães adolescentes, abuso de substâncias ilícitas, maus-tratos, etc.; e fatores de risco contextuais – isolamento, desorganização familiar, etc. (DGS, 2011).

Dada a variedade e complexidade de situações que podem causar alterações no desenvolvimento infantil de uma criança, torna-se uma vez mais importante referir que, em qualquer das situações, a filosofia de CCF no cuidado a crianças com necessidades de saúde especiais é fundamental para que as manifestações da doença sejam minimizadas e maximizados o potencial cognitivo, físico e psicossocial da criança.

As atividades que desenvolvi durante o ensino clínico foram direcionadas essencialmente para a criança com PC e para a criança com perturbações do

desenvolvimento associadas a Hiperatividade, Autismo, Epilepsia, Défice Cognitivo e Prematuridade.

Assisti a uma consulta de “1ª vez”, onde perspetivei que houvesse maior perturbação emocional por parte dos pais, tendo em conta o estabelecimento de possíveis diagnósticos e, conseqüentemente, incertezas quanto ao futuro e às dificuldades dos filhos. Optei por fazer uma análise crítica desta consulta (Apêndice X), com recurso à observação e à reflexão da minha participação, já que não estive presente apenas como espetadora, pude intervir e interagir com a mãe e a criança durante a consulta, o que tornou a experiência mais enriquecedora.

Posteriormente, tendo por base as informações recolhidas durante o estágio nesta área, procurei colaborar na realização de dois documentos essenciais à prestação de cuidados pelas enfermeiras do CDI: O registo telefónico (Apêndice XI), que permite sistematizar as informações fornecidas aos pais e o *feedback* destes relativamente à evolução da situação clínica da criança; e o resumo das Competências do Enfermeiro do Centro de Desenvolvimento Infantil (Apêndice XII), que permitiu a organização de algumas intervenções em função dos objetivos de enfermagem.

Numa perspetiva de cuidados especializados é importante perceber que há diversos **obstáculos na interação com crianças com PC**, associadas à incapacidade motora, à incapacidade de produzir fala articulada compreensível e à presença de défices sensoriais e perceptivos (Ferreira *et al.*, 2000). Neste sentido, qualquer uma destas crianças necessita de uma intervenção multidisciplinar que visa a maximização das suas potencialidades. Durante o estágio no CRPCCG assisti ao trabalho que é realizado pela professora de educação especial no âmbito das **técnicas alternativas e aumentativas da comunicação**. A fala é a forma de expressão mais utilizada pelas pessoas quando pretendem comunicar. Contudo, esta deve ser entendida apenas como um dos meios de comunicação existentes, o qual integra o sistema de comunicação do ser humano. De acordo com Ferreira *et al.* (2000, p. 16), um sistema de comunicação é “(...) um conjunto de símbolos e regras que possuem um significado convencional para um determinado grupo” e que, por isso, permite ter acesso às experiências uns dos outros. Nesta lógica, um

sistema alternativo e aumentativo da comunicação é um “(...) conjunto integrado de técnicas, ajudas, estratégias e capacidades que a pessoa com dificuldades de comunicação usa para comunicar” (Idem).

Para mim foi uma experiência incrível, pois considero que tinha dificuldades na compreensão destas crianças e, se por vezes a parte motora é uma limitação major, a cognição e a capacidade de compreensão podem não ser, assistindo-se a conquistas e respostas inesperadas. Considero ter sido um privilégio estar presente em várias destas sessões, as quais estão descritas na atividade “Um dia na UTACC” (Apêndice XIII).

Outra das intervenções em que participei foi a realizada por terapeutas da fala durante a **alimentação oral** destas crianças, a sua maioria com limitações motoras (Apêndice XIV). Algumas crianças com PC têm disfunções na motricidade oral como sejam “dificuldades em fechar a boca, com retração dos lábios e descontrolo da baba, dificuldades nos movimentos da língua, na mastigação e dos músculos que ajudam a engolir, ou ainda reflexos e movimentos involuntários” (Andrada *et al.*, 2007). A existência destas dificuldades condiciona o tempo que demoram a comer, bem como o risco de engasgamento e conseqüente infeção respiratória, motivo pelo qual o treino e acompanhamento pelas terapeutas da fala é fundamental. Por outro lado, a refeição não deve ser entendida apenas como o momento em que se fornece à criança os alimentos necessários ao seu crescimento e desenvolvimento, mas também como uma situação privilegiada de comunicação e convívio.

### **A Criança e Família em Situação de Urgência**

O SUP possui um ambiente próprio onde são exigidos grandes ajustamentos a nível mental e emocional. A criança sofre de uma doença súbita ou de uma enfermidade inesperada provocando nesta e nos seus familiares sentimentos de preocupação, ansiedade e frustração (Fernandes, 2008). Contudo, a forma de reação dos pais não é sempre a mesma, muito embora a situação das crianças possa ser idêntica.

À exceção da felicidade que produz expressões faciais como o rir e o sorrir, as expressões faciais das restantes emoções não são fáceis de identificar (Oatley &

Jenkins, 2002). Podemos recolher pistas do contexto e associá-las a determinadas expressões como sendo de surpresa, frustração, desânimo, mas no geral, identificar as emoções dos pais na sala de espera através das suas expressões faciais seria uma atividade bastante complicada de realizar. Constatei, contudo, que permanecer na sala de espera de um SUP com este intuito pode ser bastante constrangedor, principalmente se fardada, pois fiquei com a sensação que os pais procuravam em mim, através do olhar, a resposta às suas inquietações.

Também durante o estágio no SUP experienciei vivências de mães aparentemente calmas durante o internamento do filho em SO, mas que a partir do momento em que lhes era comunicada a necessidade de internamento hospitalar pelo agravamento da situação clínica da criança, emoções como a angústia e o receio, manifestado pelo choro e pelas perguntas frequentes aos profissionais de saúde, tornavam-se evidentes. Como se a constatação de que afinal o filho está mesmo doente só se tornasse real naquele momento, acentuando a sensação de crise.

A **admissão numa unidade de cuidados intensivos** é outra situação que agrega significativamente mais *stress* para os pais e familiares, principalmente se esta resultar do agravamento de uma situação de doença súbita ou de um nascimento prematuro. Enquanto fiz estágio no serviço de IPM1<sup>al</sup> cruzei-me com uma criança e família cujo agravamento da situação clínica implicou transferência para a UCIN. Percebi que o pai, presente na altura, estava muito ansioso, procurando respostas que não lhe foram fornecidas. Aproveitando a minha experiência na UCIN optei por explicar ao pai qual o ambiente que ia encontrar, que equipamentos tecnológicos ia encontrar, quais as normas de permanência dos pais e vistas, entre outras informações. Penso que estas orientações são fundamentais para alguém que desconhece o que vai acontecer.

A interação com a criança em situação de urgência foi outra das atividades em que investi. A **preparação para a hospitalização** é uma prática muito enfatizada em situação de crianças com cirurgias programadas. No entanto, de acordo com Hockenberry e Wilson (2014, p. 1047) “(...) a lógica para preparar as crianças para a experiência hospitalar e procedimentos realizada é baseada no princípio que o medo

do desconhecido supera o medo do conhecido”. Por este motivo considero que também no SUP é fundamental que seja feito este trabalho, até porque a admissão de emergência é referida na literatura como uma das experiências hospitalares mais traumáticas.

Enquanto estive na sala de tratamentos observei uma situação em que o enfermeiro, durante a punção venosa, conseguiu mobilizar estratégias de alívio da dor eficazes, como a distração e o pensamento fantástico da criança. Contudo, no SO, pareceu-me haver pouco investimento nesta área, embora os enfermeiros tivessem à sua disposição materiais didáticos que permitissem tornar o hospital menos estranho e assustador, estabelecer uma atmosfera positiva e construir uma relação de confiança com a criança. Durante a prestação de cuidados tentei minimizar esta situação utilizando técnicas de distração como o desenho e a conversa sobre vivências positivas, partindo do pressuposto que “(...) mesmo naqueles casos que requerem apenas tratamento ambulatorio, a criança está exposta a um ambiente estranho, assustador e a experiências que podem provocar medo ou causar dor” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.1055 ).

A evidência científica revela que na maioria das vezes os pais de RN recorrem ao hospital em situações não urgentes. Por forma a compreender melhor esta situação, e obter contributos para a elaboração de um projeto de ensino aos pais, colaborei com a equipa do SUP na recolha, tratamento estatístico e respetiva análise de dados relativos ao motivo de recorrência dos pais de RN até 1 mês de idade àquele SUP (Apêndice XV). De acordo com Caldeira *et al.* (2006, p.1), as falsas urgências conduzem a “(...) custos económicos acrescidos e recursos humanos insuficientes, ocupados na resolução de patologias banais, dificultando a assistência a situações verdadeiramente graves”, pelo que deveriam ser evitadas. Mas este é um trabalho que deve ser feito junto das populações, no sentido de incentivar a procura dos cuidados de saúde primários ao invés do recurso ao SUP. Contudo, a realidade com que contactei é que as pessoas, principalmente com filhos até à idade de 2 anos, vêm-se influenciadas pela sociedade e pelos *media* no que respeita à transmissão de informações sobre saúde/doença, nem sempre muito rigorosas, ou sobre a incapacidade dos centros de saúde em darem resposta atempada aos problemas

das crianças, pela falta de médicos ou de possibilidade para a realização de exames complementares de diagnóstico, pelo que optam por se dirigir em primeiro lugar ao hospital com receio que a situação do filho seja mais grave do que aparenta.

Nesta lógica, **sensibilidade e compreensão** são requisitos que os enfermeiros devem possuir para ajudar na interação com os pais em situação de urgência. Ao mostrarmos interesse pelas necessidades da criança e dos pais, conseguimos estabelecer um nível de interação e comunicação mais consistente. Por outro lado, a criação de uma atmosfera otimista em redor da situação de urgência, ajuda na partilha conjunta dos cuidados à criança, o que poderá aumentar a satisfação parental e atenuar o sentimento de frustração e incompetência.

#### **4.2. Desenvolvimento de competências emocionais no contexto de cuidados em pediatria**

Na perspetiva de Watson (2002), cuidar é um processo de cuidados centrados na pessoa que visa o seu **acompanhamento e restabelecimento**. Nesta lógica, qualquer relação terapêutica implica conhecimento e técnica, mas também, e fundamentalmente, interações/inter-relações e ética, sendo que as duas últimas dimensões integram em si a necessidade de mobilizar as nossas emoções para que cuidar seja possível. Neste contexto é preciso entender que todo o ser humano tem uma **vertente emocional**, a qual não podemos dissociar quando prestamos cuidados. Por outras palavras “(...) as emoções dão sentido ao agir dos enfermeiros e dão sentido ao próprio cuidar” (Diogo, 2006, citado por Diogo, 2012b, p. XV). A temática das emoções começa, assim, a ganhar relevo, não apenas nos contextos de trabalho, mas também a nível nacional enquanto dimensão fundamental para os cuidados de enfermagem.

A evidência científica defende que para gerirmos as emoções dos utentes devemos, primeiramente, ser capazes de gerir as nossas próprias emoções. No 1º Encontro Nacional de Enfermagem de Cuidados Intensivos Pediátricos (ENECIP) (Anexo II), onde um dos temas subordinados foi a Gestão das Emoções, a ideia

central debatida pela Prof.<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup>. Enf<sup>a</sup>. Ana Paula Nunes foi a de nos tornarmos **emocionalmente competentes** (ver resumo do encontro - Apêndice XVI). Um enfermeiro emocionalmente competente será aquele que sabe gerir as suas próprias emoções, isto é, sabe controlá-las e utilizá-las a seu favor. Por outras palavras, é alguém que consegue mobilizar estratégias no sentido de substituir as emoções negativas por emoções positivas. Isto implica desenvolver competências, como sejam o autoconhecimento e autoconsciência, a assertividade e a inteligência emocional. A assertividade, por exemplo, é uma das formas mais eficazes e eficientes da comunicação verbal, não-verbal e para-verbal, a qual devemos desenvolver com o intuito de uma relação terapêutica eficaz com o utente. Sequeira (2012, p.106) refere que a gestão emocional do próprio implica reconhecer “(...) quando e como se desencadeia uma emoção, o que passa pela identificação do estado interior sentido [...], detetar a sua função e adequabilidade, e de seguida estruturar comportamentos de resposta eficazes”. Se alguma emoção for reconhecida como inadequada, deve-se tentar alterar o processo que a originou. Se isto for conseguido, “(...) podem ensaiar-se estados interiores diferentes, geradores de ações diferentes” (Idem).

Durante o estágio no serviço de IPM1<sup>al</sup> deparei-me com uma situação de conflito entre um pai de uma criança e uma enfermeira, o qual foi extensível à equipa de enfermagem através das reuniões de passagem de turno. O conflito emergiu, muito provavelmente, pela má gestão das emoções envolvidas, o que desencadeou um processo em cascata. Com o propósito de resolver esta questão, o Enfermeiro Tutor do meu estágio propôs-me a realização de uma sessão sobre emoções, para que os colegas pudessem discutir e refletir sobre este assunto (Apêndice XX). Previamente à realização da mesma elaborei um *dossier* sobre o tema das Emoções em Pediatria, para que antes do debate todos pudessem ter acesso a alguma fundamentação teórica (Apêndice XVIII), o qual está dividido em quatro capítulos principais: Emoções em Saúde; Trabalho Emocional em Enfermagem; Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica; e Interações de Enfermagem no âmbito do cuidado emocional em pediatria – reflexão sobre a prática. Este último capítulo foi construído com base nas observações que fui realizando da prática de cuidados dos

enfermeiros, tendo por base uma grelha de observação adaptada do estudo realizado por Diogo (2012b) (Apêndice XVII). Estes resultados foram também alvo de análise e discussão na sessão realizada, e podem ser observados com maior detalhe no apêndice XIX.

Para o desenvolvimento destas competências emocionais concorreram também as reflexões sobre a prática de cuidados, principalmente em situações de crianças em risco de vida ou de pais de crianças com necessidade de cuidados especiais no domicílio. Nestas situações o processo emocional, ou seja, a causa-avaliação-efeito/consequência (Mesquita e Frijda, 1992, citados por Diogo, 2012b) é mais complexo, já que a causa da emoção é mais intensa, as experiências relacionadas mais reduzidas e a alteração psicológica/comportamento/ação mais exuberante. Portanto, o trabalho contínuo sobre o conhecimento de nós próprios é essencial para conseguirmos adaptar as nossas ações às circunstâncias da nossa prática de cuidados.

A incapacidade de mostrar a nossa vulnerabilidade é o primeiro passo para fazer uma má gestão emocional, agindo como sobrecarga no nosso sistema. De acordo com Diogo (2012b, p. 60), o enfermeiro desenvolve-se em diversos modelos relacionais, desde a “blindagem emocional, enquanto fuga, negação, defesa (...) até ao envolvimento excessivo, a fusão relacional com uma conseqüente confusão de papéis”. A reflexão segundo um modelo estruturado vai assim permitir que o enfermeiro utilize a experiência intuitiva para atuar, sem a tornar subjetiva, contornando e evitando os extremos destes modelos relacionais (Gibbs, 1988, citado por Jonhs, 2000).

#### **4.3.Promoção de cuidados de suporte emocional à família do RN de risco internado numa UCIN**

A evidência científica tem vindo a demonstrar que o cuidado emocional tem um potencial terapêutico elevado, embora com menos reconhecimento do que seria de esperar tendo em conta “(...) a carga de natureza emocional [presente] na

experiência de cuidar da criança/jovem e da sua família” (Diogo, 2012b, p. 54). O nascimento de um RN prematuro é um evento inesperado e gerador de ansiedade para o qual pais e restantes familiares não estão emocionalmente preparados. O facto de terem que atender às necessidades do RN, às suas necessidades e de outros familiares, sobrecarrega o núcleo familiar, e impele à mobilização de recursos e estratégias interiores que os pais nem sempre têm noção que existem. Neste contexto é assim fundamental estar atento às necessidades do RN e seus pais por forma a estabelecer atividades que facilitem a interação familiar no plano de cuidados de enfermagem.

Durante a prática clínica e os estágios já decorridos, poderia elencar algumas necessidades manifestadas pelos pais na UCIN, tais como as de informação, as de segurança nos cuidados, as de serem respeitados e ouvidos. A importância deste trabalho é conseguirmos desenvolver ações que, ao darem resposta a estas necessidades parentais, promovem o **suporte emocional** aos pais, entre elas a promoção da vinculação, o envolvimento dos pais nos cuidados, o acolhimento, o envolvimento dos irmãos e outros familiares na ligação afetiva com o RN e a preparação para a alta do bebé, ou para a morte. As práticas terapêuticas que concorrem para a ajuda emocional aos pais podem também desenvolver-se por meio exclusivo da nossa própria pessoa, no caso da **dádiva de afeto** (direcionada aos pais – sorriso, olhar meigo; ou direcionada à criança – voz embalada e suave, falar animado, carinho e colo), da **presença** e da **postura calma e afável** (Diogo, 2012b). Também Harbaugh, *et al* (2004), citados por Hockenberry e Wilson (2014) elucidam como comportamentos úteis para reduzir o *stress* e manter a unidade familiar durante a hospitalização o afeto, o cuidado, a vigília e a proteção.

O **acolhimento na UCIN**, quando realizado com o sentido de *acolher*<sup>1</sup> os pais, pode realmente contribuir para a sua **gestão emocional**. Esta é uma área de intervenção do enfermeiro, por vezes delegada para outros profissionais, como o médico ou assistente operacional, pela necessidade de o enfermeiro estar a prestar

---

<sup>1</sup> Ação de receber alguém, dar proteção, ajuda, levando para junto de si (Academia das Ciências de Lisboa, 2001)

os primeiros cuidados ao RN, ou talvez pelo receio de encarar os pais. Mas este é um procedimento que não deve ser desvalorizado, dada a importância que tem na regulação das emoções dos pais. Tavares (2011, p.32) defende que as enfermeiras “(...) deverão proporcionar um acolhimento baseado na reciprocidade, acolhendo a criança e família e deixando-se acolher, passando do acolhimento ao envolvimento, progredindo assim para uma relação terapêutica”. Interessa, por isso, reforçar que o processo de acolhimento tem como finalidade integrar os pais na equipa e prepará-los para os atos terapêuticos necessários. Segundo Hockenberry e Wilson (2014) estes pais precisam também de ser **preparados para a aparência da criança** e para as suas competências. No caso de RN prematuros, esta preparação é fundamental, já que o bebé que idealizaram é muito diferente do bebé real. Além disso, é provável que este esteja envolto em equipamentos, fios e tubos que permitem a sua sobrevivência, mas que ao mesmo tempo acentuam as alterações visuais. Tavares (2011) enfatiza a noção de acolhimento como um processo contínuo que não se cinge ao momento da admissão. A **parceria de cuidados** com os pais, tal como já foi amplamente debatido, contribui para que estes se sintam integrados na equipa, e percebam o seu papel parental como importante e valorizado por parte dos profissionais de saúde.

Também o **envolvimento dos irmãos** pode ser uma mais-valia para o cuidado emocional aos pais, na medida em que poderemos aliviar a carga emocional destes no que respeita aos sentimentos que envolvem o cuidado do filho saudável (Apêndice XXI). A chegada de um novo membro à família pode ser muito ansiogénico para a criança que antes dispunha da atenção parental só para si. O facto de o bebé nascer doente ou com necessidade de cuidados específicos torna o processo mais confuso. Em particular, as crianças até à idade escolar não compreendem porque é que a mãe vai para o hospital com o bebé na barriga e regressa sem o irmão para casa, podendo, inclusivamente, sentir culpa por ter desejado que o bebé não nascesse. Além disso, se não lhes for explicado o motivo, eles tendem a imaginar situações exageradas sobre a doença, tratamento e hospitalização do irmão, através daquilo que captam e ouvem das conversas dos pais e/ou outros adultos (Hockenberry & Wilson, 2014).

Na UCIN onde eu exerço funções, os irmãos podem entrar na unidade sem restrição de horários para conhecer e interagir (quando possível) com o RN, normalmente se idade superior a 2 anos e desde que acompanhados por um dos pais. Beavis (2007) refere que as crianças que visitam a UCIN pela primeira vez sem preparação prévia deparam-se de repente com um ambiente inquietante, ruidoso e movimentado, repleto de pais ansiosos e enfermeiros preocupados com os bebês doentes, com o qual não sabem como lidar. O processo de preparação pode então ser feito com recurso a **técnicas e estratégias de cuidados não traumáticos**, utilizando a brincadeira terapêutica como forma de acolhimento em enfermagem, aliada a formas de comunicação adequadas ao desenvolvimento cognitivo de cada criança.

**Promoção da esperança realista**, por outro lado, é um fenómeno recente na prática de Enfermagem, mas que deve ser valorizado principalmente em situações de incerteza quanto à evolução da situação clínica e quanto ao futuro da criança. No Guia Orientador das Boas Práticas de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2011a, p. 12) são elencadas estratégias para fomentar a esperança, algumas delas tão intuitivas que as realizamos diariamente sem consciência disso, tais como “(...) a abertura ao outro, o conhecimento das suas potencialidades e limitações, bem como a criação de um ambiente de apoio”.

Por fim, a **preparação para a alta**, quando iniciada precocemente, contribui para a redução dos níveis de ansiedade dos pais e para a vivência de experiências emocionais mais positivas e equilibradas, tema abordado no subcapítulo seguinte.

#### **4.4. Gestão da experiência emocional dos pais no processo de preparação para a alta do RN de risco**

A alta hospitalar é, então, um momento muito esperado pelos pais do RN de risco, mas tal como já foi referido anteriormente, é também o desencadear de uma nova crise pelo *stress* envolvente na responsabilidade nos cuidados. Se durante

semanas, ou até meses, os pais dispunham de um acompanhamento permanente e seguro, alguém treinado a detetar e intervir na resolução de qualquer problema, quando se perspetiva a alta, o receio de não estarem preparados para suprir as necessidades do filho é bastante visível. Segundo Meleis *et al.* (2000), a alta para casa é um **processo de transição situacional** importante que implica mudanças nos processos de vida e ajustamentos constantes, principalmente quando ocorre em simultâneo com a transição para o papel parental. Todas as intervenções do enfermeiro com vista a facilitar a transição dos pais para o papel de cuidadores aumentam o seu nível de bem-estar físico e emocional.

A participação no seminário “Cuidar da criança pré-termo”, realizado no Hospital de Cascais, no dia 25 de Maio de 2013 foi o ponto de partida para a idealização do meu projeto (Anexo III). O encontro envolveu temas como a preparação para a alta através da experiência na *Oficina do Cuidar*, e a vigilância do RN prematuro, com enfoque nos ensinamentos efetuados numa perspetiva de diminuição dos reinternamentos hospitalares (ver resumo do seminário – Apêndice XXII). Em consonância com este congresso, participei também no 1º Encontro de Enfermeiros de Cuidados Intensivos Neonatais da Área de Lisboa, realizado no Hospital S. Francisco Xavier, nos dias 15 e 16 de Novembro, subordinado ao tema *Cuidar para o Desenvolvimento* (Anexo IV). O programa deu particular relevo ao trabalho desenvolvido no planeamento da alta para o domicílio e ao apoio facultado pela comunidade aos pais e RN prematuros (resumo do encontro - Apêndice XXIII).

Depois destas experiências, pensei que fosse importante perceber a perspetiva dos pais que já tinham passado por todo o processo de internamento na UCIN e que, neste momento, estavam em casa com uma criança dependente de cuidados de saúde especiais. Sob a forma de interações com os pais durante as VD com a UMAD e, partindo posteriormente para o registo escrito das mesmas, obtive uma análise crítica daquilo que são as **experiências emocionais** destes pais no presente, refletindo sobre o passado na UCIN (Apêndice XXIV).

Já no estágio na UCIN pude usufruir desses contributos para trabalhar com os pais a alta do bebé. Nesse sentido, e com base na escala de intensidade de **competências maternas autopercebidas** de Marques e Sá (2004), (Anexo V), fiz o

levantamento das áreas em que os pais pareciam demonstrar mais dificuldades ou, por outro lado, sentiam-se mais seguros (Apêndice XXV). Este registo não traz resultados conclusivos, mas permitiu refletir sobre a forma como os ensinamentos de preparação para a alta estavam a ser feitos, qual a repercussão que tinham na segurança dos pais na prestação de cuidados e quais as áreas que poderiam precisar de maior enfoque.

Com as informações e conhecimentos recolhidos ao longo das 17 semanas de estágio, desenvolvi então uma proposta para a elaboração de um **programa de preparação dos pais para a alta do RN de risco** com enfoque no ensino dirigido e em grupo (Apêndice XXVII). A sua elaboração partiu do pressuposto de que as orientações em grupo são mais valorizadas pelos pais, na medida em que permite a **partilha de experiências**. Além disso combina a parte teórica com a parte prática, o que facilita a aprendizagem. Tamez (2013, p. 311) defende que algumas das orientações aos pais devem ser dadas “(...) em um ambiente sem distrações, com oportunidade para esclarecimento de dúvidas e demonstração dos cuidados a serem prestados”. Para a realização deste programa contribuiu também a análise do formulário entregue aos enfermeiros da equipa da UCIN sobre a importância atribuída aos ensinamentos realizados aos pais como forma de gestão emocional (Apêndice XXVI).

No congresso *Cuidar do RN pré-termo* assistimos a uma apresentação feita por pais de uma criança prematura que tinham participado em sessões de ensino em grupo no hospital onde a filha esteve internada. Foi manifesta a importância que deram à **confiança nos cuidados** a prestar, ao **apoio emocional** fornecido, não apenas pelas enfermeiras, mas pelos outros pais também, e ao **sentimento de competência parental**. Apesar de tudo, o ensino individual e específico não deve ser descurado, pois cada criança e família tem a sua individualidade, as suas necessidades e realidades. Como exemplo temos as crianças com necessidade de cuidados de saúde especiais no domicílio, isto é, que requerem além dos cuidados básicos, “(...) equipamentos e cuidados especiais a serem realizados em casa como: traqueostomia, monitor de apneia, gastrostomia, oxigenoterapia, colostomia, curativos, posicionamento antirefluxo (...)” (Tamez, 2013, p.311). Assim, o ensino, a

instrução e o treino dos pais devem ser os requeridos face à adaptação funcional. O programa proposto foi discutido com a Enfermeira Chefe e a Enfermeira Tutora, e posteriormente apresentado à restante equipa numa sessão de formação (Apêndice XXVIII).



## 5. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

O Artigo 76º do Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE) diz que, enquanto membros do grupo profissional devemos “(...) exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de Enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2005). Para assegurar este princípio, o enfermeiro deve tornar-se responsável pelo seu percurso formativo e profissional, baseando a tomada de decisão na evidência, garantindo, assim, a melhor prestação de cuidados.

Segundo Benner (2001), a complexidade dos cuidados em Enfermagem requerem um desenvolvimento longo e continuado na carreira. A autora defende que o enfermeiro para atingir o nível de perito deve investir na formação porque, se a experiência impele o enfermeiro a lidar com o problema de forma rápida e intuitiva, a teoria “(...) guia os enfermeiros clínicos e habilita-os a fazerem as perguntas corretas” (p. 44). Durante o desenvolvimento profissional o indivíduo procura, então, ser ou tornar-se competente no exercício da sua atividade, criando estratégias que promovam a qualidade das suas intervenções (Mendonça, 2009).

Competência, segundo a OE (2003, p. 243) diz respeito a “(...) um fenómeno multidimensional complexo e é definido como a capacidade do enfermeiro para praticar de forma segura e eficaz, exercendo a sua responsabilidade funcional”. Por outras palavras, um indivíduo competente será aquele que consegue estabelecer interações entre o saber-saber, saber-fazer e saber-aprender e o meio envolvente, desencadeando mecanismos de adaptação aos diversos contextos.

A OE (2010a) define como critérios para a aquisição do grau de EEESCJ o desenvolvimento de **competências comuns**, aquelas que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas “(...) demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e

assessoria” (Tabela 1); e de **competências específicas**, as que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Tabela 2).

**Tabela 1 – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

(Ordem dos Enfermeiros, 2010a)

---

**A – Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal**

- a) Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
- b) Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

---

**B – Domínio da Melhoria contínua da qualidade**

- a) Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- b) Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;
- c) Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.

---

**C – Domínio da Gestão dos cuidados**

- a) Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- b) Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

---

**D – Domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

- a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
  - b) Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.
-

**Tabela 2 – Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2010b)**

---

**1. Assiste a criança/jovem e família na maximização da sua saúde**

E1.1 – Implementa e gere em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem;

E1.2 – Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem;

---

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

E2.1 – Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados;

E2.2 – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem otimizando as respostas;

E2.3 – Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem especializados;

E2.4 – Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem (...);

E2.5 - Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade;

---

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

E3.1 – Promove o crescimento e desenvolvimento infantil;

E3.2 – Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso de RN doente ou com necessidades especiais;

E3.3 – Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura;

E3.4 – Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.

O percurso de estágio efetuado, no que respeita às competências específicas do EEESCJ, determinou, em particular, o desenvolvimento de determinadas unidades de competência, como sejam:

- E1.1.1 – **Negoceia a participação** da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar (...);
- E1.1.4 – Proporciona **conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais** às crianças/jovens e família (...);
- E1.1.5 – Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da **adoção de comportamentos potenciadores de saúde**;
- E1.2.3 – Identifica **evidências fisiológicas e emocionais** de mal-estar psíquico;
- E1.2.4 – Identifica **situações de risco** para a criança e jovem (...);
- E2.1.2 – Demonstra conhecimentos e habilidades em **suporte avançado de vida pediátrico**;
- E2.2.2/3 – Garante a **gestão e aplicação** de medidas farmacológicas e não farmacológicas de **alívio da dor**;
- E2.5.3 – Promove a **relação dinâmica** com crianças/jovens e famílias com adaptação adequadas;
- E2.5.6 – Referencia crianças/jovens com **incapacidades e doença crónica** para instituições de suporte e para cuidados de especialidade (...);
- E3.1.3 – Transmite orientações antecipatórias às famílias para a **maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil**;
- E3.2.2 – Demonstra conhecimentos sobre **competências do RN** para promover o comportamento interativo;
- E3.2.4 – Utiliza estratégias para promover o **contacto físico entre pais/RN**;
- E3.2.6 – Negoceia o **envolvimento dos pais** na prestação de cuidados ao RN;
- E3.3.3 – Demonstra habilidades de **adaptação da comunicação** ao estado de desenvolvimento da criança/jovem;
- E3.4.1 – Facilita a **comunicação expressiva de emoções**.

No âmbito das respetivas competências enunciadas, nos domínios da prática profissional, ético-legal e de desenvolvimento profissional, o EEESCJ deve, assim, assumir a oportunidade e o dever de facilitar o regresso a casa do RN de risco, contribuir para a satisfação do utente pediátrico, para o seu bem-estar, autonomia, autocuidado e qualidade de vida, e promover uma gestão emocional adequada aos processos de vida de cada um.

Por fim, a Carta da Criança Hospitalizada defende que “a equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e famílias” (IAC, 2008, Princípio 8), o que justifica a necessidade de se investir no desenvolvimento de estratégias que nos tornem emocionalmente competentes para a concretização de um trabalho emocional adequado ao contexto de Pediatria.



## 6. PROJETOS FUTUROS

De acordo com a OE o EEESCJ “(...) presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa” (Ordem dos Enfermeiros, 2011b, p.3), Neste âmbito, e como culminar de um percurso formativo e evolutivo, proponho-me a desenvolver, no serviço onde exerço funções, o projeto seguinte: **programa de ensinios para pais na UCIN**, intitulado *Pais que Cuidam*.

Hoje em dia aposta-se no cuidado holístico e humanizado, apesar da complexidade de equipamentos tecnológicos e situações clínicas existentes na UCIN. Procura-se prestar cuidados segundo uma filosofia de cuidados centrados no desenvolvimento, o que implica o reconhecimento do RN como um ser dotado de competências particulares e da família como essencial ao bem-estar físico e psicológico do bebé. Esta filosofia baseia-se ainda na evidência científica de que os cuidados prestados nos primeiros tempos de vida podem ter efeitos no RN e família muito para lá do momento da alta.

Muito embora o esforço feito por parte dos profissionais em dar resposta às necessidades emocionais dos pais e do RN, permanecem nos pais sentimentos de angústia, medo e tristeza, nem sempre fáceis de gerir. Estas experiências emocionais estão relacionadas essencialmente com a situação clínica da criança e o risco eminente de vida, e são exacerbadas pelo cansaço que os pais sentem com o decorrer do internamento. Este conjunto de necessidades, preocupações e dificuldades inerentes à situação clínica da criança podem dificultar o processo de desenvolvimento de competências parentais.

Por este motivo, durante o internamento hospitalar deve-se ir preparando os pais para a alta do RN, sempre que se percebe como possível, de modo a que os sentimentos positivos inerentes a esse momento se sobreponham ao medo e à ansiedade.

A abordagem de temas relacionados com a parentalidade e os cuidados ao RN, onde se possibilita a troca de experiências entre pais e profissionais, permite ajudar os pais a clarificar o seu papel e a desenvolver as suas funções com maior segurança e autonomia.

*Pais que Cuidam* pretende assim ser um projeto que possibilita aos pais, através de encontros semanais e programados segundo temas específicos de cuidados ao RN de risco, o desenvolvimento e/ou aquisição de competências parentais para que se sintam capazes e seguros de cuidar do filho em casa. Este projeto enquadra-se nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem, estipulados pela OE, na medida em que dá resposta ao enunciado descritivo **Bem-estar e o Auto-cuidado**, pois integra um conjunto de ações que contribuem para: a promoção das competências do RN; a promoção da amamentação; a promoção de competências parentais; a implementação de estratégias promotoras da esperança; e o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades especializadas facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

Concomitantemente ao desenvolvimento deste projeto específico pretendo continuar a desenvolver ações baseadas na evidência científica, que concorram para a prestação de cuidados especializada à criança e família, com particular enfoque no trabalho emocional com os pais e crianças, respeitando a teoria do cuidado transpessoal e unitário de Jean Watson.

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A elaboração do Relatório, que agora se conclui, pretendeu descrever e analisar o trabalho desenvolvido durante o ensino clínico que se realizou na UMAD, CDI, UCSP, CRPCCG, IPM1<sup>al</sup>, SUP e UCIN. As diversas experiências contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para obtenção do grau de EEESCJ.

O nascimento de uma criança prematura ou com algum tipo de problema de saúde que implique o internamento numa UCIN desencadeia nos pais sentimentos e experiências emocionais de medo, culpa, frustração, tristeza (entre outras). Ao longo do internamento é importante ajudar os pais a fazer o luto do bebé idealizado para começarem a vincular-se ao bebé real. Promover esta relação entre o bebé e os pais implica validar as suas necessidades e vontades. Os pais devem ser incentivados a colaborar na prestação de cuidados ao filho, com autonomia progressiva, se assim o entenderem. Este trabalho em parceria concorre para a preparação eficaz da alta para casa.

A alta hospitalar de um RN de risco acarreta níveis de ansiedade mais elevados pela perspectiva de necessitar de maior vigilância e, por vezes, de cuidados diferenciados e dependentes de tecnologia ou medicação específica. Nesta lógica o trabalho emocional em enfermagem reveste-se de grande importância para que os pais sejam capazes de fazer a melhor gestão possível das suas emoções e, assim, prestar cuidados com mais segurança e autonomia.

Já no domicílio, os pais manifestam, essencialmente, preocupação com o futuro dos filhos, tendo em conta os poucos apoios existentes na comunidade, os reinternamentos frequentes e a própria evolução da doença do filho, havendo necessidade de readaptações constantes aos novos processos de vida. Consideram que durante o internamento na UCIN nem sempre foram alertados para as reais consequências do problema de saúde do filho, nem para as soluções ou recursos que permitem melhorar a qualidade de vida do mesmo. Percebe-se também que, apesar do plano de alta e toda a preparação para os cuidados no domicílio, estes

pais nem sempre se sentem emocionalmente preparados para assegurar estes cuidados em casa.

Conclui-se que os objetivos delineados inicialmente foram atingidos, possibilitando aprofundar a temática do cuidar da criança e família de risco com enfoque no trabalho emocional em enfermagem na preparação dos pais para a alta do RN de risco. Das várias atividades-chave realizadas e que possibilitaram a concretização dos objetivos, destacam-se:

- A parceria de cuidados com os pais;
- O registo das experiências emocionais dos pais durante as VD;
- A promoção da vinculação através da massagem infantil/toque;
- O registo e análise das interações dos enfermeiros com os pais e crianças na enfermaria pediátrica;
- As análises e reflexões críticas sobre a prática de cuidados;
- A participação nas atividades da UTAAC;
- O *dossier* temático sobre o trabalho emocional em pediatria;
- A prestação de cuidados à criança em diversos níveis de desenvolvimento psicomotor e diferentes contextos;
- O levantamento estatístico e respetiva análise do motivo de recorrência dos RN ao SUP;
- A participação em três congressos subordinados ao tema RN prematuro/Preparação para a alta/Gestão das emoções em contexto de Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricas;
- Planeamento do projeto *Pais que cuidam*.

Considero que a procura de respostas durante o ensino clínico para a execução do meu projeto permitiu desenvolver múltiplas competências ao nível dos três níveis do saber: saber-saber, saber-fazer e saber-ser/estar. Relativamente ao saber-saber saliento a aquisição, desenvolvimento e partilha de conhecimentos sobre o tema e os conceitos envolvidos, bem como a aplicação dos mesmos na prática diária. Ao nível do saber-fazer gostaria de elencar a capacidade de análise, planeamento e tomada de decisões baseadas na evidência e tendo em conta as especificidades e

necessidades do utente pediátrico, em particular dos pais de RN de risco. Em relação ao saber-ser/estar, realço o investimento no ser emocionalmente competente; a capacidade de reflexão e autocrítica da minha prestação enquanto profissional; e a capacidade de partilha e de atitude perante os diversos contextos e diferentes tutores.

Em suma, todo este percurso, desde a elaboração do projeto, até à sua efetivação na prática, culminando com a realização do relatório, contribuiu para aperfeiçoar a minha prestação de cuidados à criança/jovem e família, em particular no que respeita à vivência de crianças e famílias de risco. Devemos considerar qualquer criança/família de risco quando são portadores de doenças crónicas, ou outros problemas de saúde que requerem cuidados de saúde especiais no domicílio. Sinto-me mais competente, e com conhecimentos mais consolidados para a prestação de cuidados de enfermagem individualizados e focados, não apenas no presente, mas no futuro, em termos de prevenção e promoção da qualidade de vida da criança.



## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Academia das ciências de Lisboa. (2001). *Dicionário de língua portuguesa contemporânea*. Lisboa: Verbo.
- Andrada, M., Andrada, M., Sameiro, M., Folha, M., Salgueiro, A., Silva, E., & Aires, N. (2007). *A alimentação da criança com problemas de desenvolvimento: como ajudar a criança e os pais*. Lisboa: Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral.
- Bach, R. (1993). *Fernão Capelo Gaivota*. Mem-Martins: Europa-América.
- Bárcia, S. (2010). *A massagem no desenvolvimento do bebé e das competências parentais*. Tese de Doutoramento em Psicologia na área de especialidade educacional.
- Barros, L. (2001a). O bebé nascido em situação de risco. In M. Canavarro, *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 235-254). Coimbra: Quarteto editora.
- Barros, L. (2001b). A Unidade de Cuidados Intensivos como Unidade de Promoção do Desenvolvimento. In M. Canavarro, *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 297-315). Coimbra: Quarteto Editora.
- Basto, M. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina. Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*, 13, pp. 11-18.
- Beavis, A. (2007). What about brothers and sisters? Helping siblings cope with a new baby brother or sister in the NICU. *Family Centered Care. Infant*, 3(6), pp. 239-243.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Lisboa: Quarteto editora.

- Brazelton, T., & Cramer, B. (2007). *A relação mais precoce: os pais, os bebês e a interação precoce*. Lisboa: Terramar.
- Cabral, I., Silva, J., Zillmann, D., Moraes, J., & Rodrigues, E. (2004). *A Criança engrossa da terapia intensiva na luta pela sobrevivência*. Obtido em 3 de Junho de 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n1/a07v57n1.pdf>
- Caldeira, T., Santos, G., Pontes, E., Dourado, R., & Rodrigues, L. (2006). O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1(37), pp. 1-4.
- Casey, A. (1995). *Partnership nursing: influences on involvement on informal carers*. Obtido em 6 de Janeiro de 2009, de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=1&hid=9&sid=8e708f45-9fef-4cd8-bada-446>
- Collière, M. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.
- CRPCCG. (s/d). Panfleto informativo. *Descrição do CRPCCG e das atividades desenvolvidas*. Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian de Lisboa, Portugal.
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto.
- Cunha, J., Nunes, F., Nunes, M., & Azeredo, P. (2007). Recém-nascidos na Urgência Pediátrica Hospitalar. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38(6), pp. 235-240. Obtido em 7 de Julho de 2013, de [http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/1/20080215185927\\_Acta%20Ped%20Vol%2038%20N%206.pdf#page=16](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/1/20080215185927_Acta%20Ped%20Vol%2038%20N%206.pdf#page=16)
- Damásio, A. (2003). *Ao Encontro de Espinosa. As Emoções Sociais e a Neurologia do Sentir*. Mem Martins: Publicações Europa América.
- DGS. (2011). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Obtido em 10 de Dezembro de 2013, de Direção Geral de Saúde: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

- DGS. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Obtido em 3 de Junho de 2013, de Direção geral de Saúde: <http://www.dgs.pt>
- Diaz, Z. (2012). *Identificação e intervenção nas dificuldades, preocupações e necessidades dos pais de bebés internados numa unidade de Neonatologia*. Dissertação de Mestrado em Educação Especial, Área de Intervenção Precoce. Obtido em 1 de Março de 2013, de <http://hdl.handle.net/1822/21003>.
- Diogo, P. (2012a). O trabalho emocional em Enfermagem como foco de investigação e reflexão. *Salutis Scientia - Rev. de ciências da saúde da ESSCVP*, 4, pp. 2-9.
- Diogo, P. (2012b). *Trabalho com as Emoções em Pediatria Pediátrica. Um processo de Metamorfose de Experiência Emocional no acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.
- ESEL. (2013). Documento de Orientação da Unidade Curricular Estágio com Relatório. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Fernandes, D. (2008). *A criança atendida no Serviço de Urgência Pediátrica*. Projeto 2º Curso de Pós-licenciatura e Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, Funchal.
- Ferreira, M., & Costa, M. G. (2004). *Cuidar em Parceria: subsidio para a vinculação pais/bebé pré-termo*. Obtido em Janeiro de 2009, de <http://www.ipv.pt/millenium/millenium30/5.pdf>
- Ferreira, M., Ponte, M., & Azevedo, L. (2000). *Inovação curricular na implementação de meios alternativos de comunicação em crianças com deficiência neuromota grave*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

- Figueiredo, B. (2007). Massagem ao bebé. *Acta Pediátrica Portuguesa*, pp. 29- 38.
- Grupo PVNPC5A. (s.d.). *Vigilância Nacional de Paralisia Cerebral até aos 5 anos de idade: crianças nascidas entre 2001 e 2003*. Lisboa.
- Guimarães, H., & Tomé, T. (2009). A neonatologia portuguesa na Europa. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 3, pp. 141-144.
- Guimarães, H., Teresa, T., Virella, D., & Mimoso, G. (2007). *Nascer prematuro. Um manual para os pais dos bebés prematuros*. Porto: Direção da Secção de Neonatologia.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong. Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência.
- IAC. (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. Obtido em 2009, de Instituto de apoio à Criança: [www.iacrianca.pt](http://www.iacrianca.pt)
- Jonhs, C. (2000). Being and Becoming a Reflective Pratictioner. In *Becoming a Reflective Practitioner* (pp. 34-67). Oxford: Blackwell Science.
- Jorge, A. (2004). *A Família e a hospitalização da criança: (re) pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Kirk, S., Glendinning, C., & Callery, P. (2005). Parent or nurse? The experience of being a parent of a technology-dependent child. *Journal of Avdanced Nursing*, 5, pp. 456-464.
- Lopes, M. (2005). *Os clientes e os enfermeiros: construção de uma ligação*. Obtido em 4 de Maio de 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/13.pdf>

- Marques, S., & Sá, M. (Março de 2004). Competências Maternas Auto-percebidas no contexto da prematuridade. *Referência*(11), pp. 33-41.
- Meleis, A., Sawyer, Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), pp. 12-28.
- Mendonça, S. (2009). Competências profissionais dos enfermeiros: A excelência do cuidar. *Editorial Novembro*.
- Oatley, K., & Jenkins, J. (2002). *Compreender as emoções*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Conselho de Enfermagem: Do caminho percorrido e das Propostas*. Lisboa: Grafinter, edições OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Obtido em 22 de Janeiro de 2013, de Ordem dos Enfermeiros:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Guias Orientadores de boas práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Obtido em 7 de Março de 2013, de Ordem dos Enfermeiros:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CadernosOE>

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Obtido em 22 de Janeiro de 2013, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeCriancaJovem.pdf>

Pires, A. (2001). *Crianças (e pais) em risco*. Lisboa: ISPA.

Santos, A. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados.... *Nascer e Crescer*, 1, pp. 26-31.

Santos, M. (2011). *A visita domiciliária ao recém-nascido pré-termo após a alta da neonatologia*. Dissertação de mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Obtido em 1 de Fevereiro de 2013, de <http://hdl.handle.net/10400.19/1487>

Sequeira, J. (2012). *Desenvolvimento Pessoal*. Lisboa: Monitor.

Soares, H. (2008). *Acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem*. Dissertação de mestrado em ciências de Enfermagem. Obtido em 23 de Abril de 2013, de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitst>

Sousa, P. (2010). *O medo dos pais perante o cuidar da criança com doença crónica em casa*. Relatório para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Universidade Católica de Lisboa. Instituto Ciências da educação, Lisboa. Obtido em Outubro de 2013, de <http://hdl.handle.net/10400.14/8318>

Swanson, K. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Reserch*, 40(3), pp. 161-166.

Tamez, R. (2013). *Enfermagem na UTI Neonatal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Tavares, P. (2011). *Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.

Valente, A., & Seabra-Santos, M. (2011). Nascimento prematuro de muito baixo peso: impacto na criança e na mãe aos 3-4 anos. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1, pp. 1-7.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência



**APÊNDICES**



**APÊNDICE I**  
**Cronograma das Atividades de Estágio**



	2013												2014							
Dias	Set.	Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro		
		30 04	7 11	14 18	21 25	28 1	4 8	11 15	18 22	25 29	2 6	9 13	16 20	23 27	30 3	6 10	13 17	20 24	27 31	3 7
Locais	ESEL	UMAD e CDI			UCSP			CRPCCG	SPM 1ªI			SUP	Natal	SUP	UCIN					

**Legenda:**

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

UMAD – Unidade de Apoio Móvel Domiciliário

CDI – Centro de Desenvolvimento Infantil

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

CRPCCG – Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian

SPM 1ªI – Serviço de Pediatria Médica 1ª Infância

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos



**APÊNDICE II**  
**Guia Orientador das Atividades de Estágio**



4º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização  
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria  
**Opção II - Estágio com Relatório**

**GUIA ORIENTADOR DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO**

Ana Carolina Banha e Almeida

Nº4770

## **1. NOTA INTRODUTÓRIA**

Durante o período de ensino clínico pretendo dar resposta ao projeto já desenvolvido com o tema Cuidar do RN e Família de risco, dando ênfase ao trabalho emocional realizado com os pais no sentido de uma preparação para a alta hospitalar segura. O enquadramento teórico desenvolve-se através de uma filosofia de cuidados centrados no desenvolvimento do RN, focando aspetos como a vinculação e a parentalidade, associadas ao acompanhamento de crianças com necessidade de cuidados de saúde especiais.

Título - Cuidar da Criança e Família de Risco: o trabalho emocional em enfermagem na preparação para a alta em contexto de neonatologia.

## **2. ENQUADRAMENTO**

Qualquer que seja o motivo de internamento de uma criança existe por parte dos pais um conjunto de necessidades, preocupações e dificuldades inerentes à situação clínica, que podem dificultar o processo de desenvolvimento das competências parentais. Em particular, o internamento numa UCIN suscita nos pais sentimentos negativos de ansiedade, apreensão e sensação de morte eminente, não apenas pela situação clínica do RN, como por todo o ambiente envolvente altamente sofisticado, e tecnológico. A UCIN pode inclusivamente contribuir para a inibição de uma relação vinculativa e afetiva entre os pais e o bebé, com consequências face ao desenvolvimento futuro e bem-estar da família e RN.

Os bebés prematuros são considerados um dos grupos de risco que deve ser tido em consideração quando se pensa numa intervenção precoce, enquanto intervenção de prevenção, com o objetivo de promover o seu desenvolvimento psicomotor equilibrado. De acordo com a literatura, de entre as perturbações mais frequentes encontram-se as de desenvolvimento motoras, cognitivas e sensoriais, as neurológicas e, ainda, as de linguagem, atenção e aprendizagem (Guimarães, *et al.*, 2007). Na adolescência poderão ser crianças mais depressivas ou agressivas com

desajustamentos sociais e, no início da idade adulta, desenvolver *stress* psicológico (Valente & Seabra-Santos, 2011). Para além das consequências ao nível do desenvolvimento futuro da criança, a prematuridade tem também importante impacto psicológico na mãe até 3-4 anos após o nascimento do bebé e, em alguns casos, para o resto da vida, manifestado, essencialmente, por perturbações depressivas e baixa-autoestima (Idem). Neste sentido, surge a necessidade de acompanhar e intervir precocemente junto destes pais e RN por forma a contrariar a possibilidade de ocorrência destas perturbações.

A alta para casa é, habitualmente, um momento de grandes expectativas para os pais, e na maior parte das vezes, muito desejado por eles. Contudo é mais um momento normalmente associado a elevados níveis de ansiedade (Diaz, 2012), que se acentuam quando o bebé fica dependente de cuidados de saúde especiais. Existem relatos que demonstram que o sentimento de insegurança e de incapacidade para cuidar dos filhos pode, por vezes estar presente por mais de 6 meses (Diaz, 2012). A preparação para a alta do prematuro deve por isso começar no primeiro dia de internamento, com a participação progressiva dos pais nos cuidados, através do ensino e supervisão adequados às suas dificuldades e questões. Pela ambiguidade de emoções manifestadas pelos pais no momento da alta, penso que é necessário reforçar intervenções de enfermagem que permitam esta gestão emocional (trabalho emocional).

Toda esta envolvência se encaixa no perfil do EEESCJ na medida em que está estipulado pela OE enquanto competências específicas, implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência ou incapacidade; e ainda promover a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais.

### **3. OBJETIVOS GERAIS**

- Desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados individualizados à criança, jovem e família na ótica do EEESCJ;

- Promover o trabalho emocional no cuidado à criança e família durante o internamento e na preparação para a alta.

#### **4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS E RESPETIVAS ATIVIDADES POR CAMPO DE ESTÁGIO**

##### **4.1. Unidade Móvel de Apoio Domiciliário (UMAD) e Consulta de Desenvolvimento Infantil (CDI)**

Este estágio teve lugar num hospital pediátrico e foi estruturado para ter uma duração de três semanas. Desenvolveu-se no período compreendido entre 7 e 25 de Outubro, sendo dois dias por semana reservados para o acompanhamento e desenvolvimento de atividades junto da equipa da UMAD e um dia para o CDI.

##### UMAD

Optei por escolher a UMAD como campo de estágio porque, de acordo com a pesquisa bibliográfica, o aumento e avanço da tecnologia em saúde têm conduzido ao aumento do número de crianças com necessidade de apoios tecnológicos no domicílio, com conseqüente impacto emocional e social nos pais. A própria Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 2008) defende no Princípio 1 que “A admissão de uma criança no hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia”, observando-se cada vez mais crianças com altas precoces e com necessidade destes cuidados em casa. De acordo com Kirk, *et al.* (2005), o facto de os pais terem que prestar cuidados médicos no domicílio altera a perceção que estes têm do seu próprio papel parental, isto é, consideram que se sentem mais “enfermeiros do que pais”, e que o próprio ambiente domiciliário deixa de se parecer com uma casa para se parecer com um quarto de hospital. De acordo com Santos M. (2011, p.26), mesmo após a alta do RN de risco para o domicílio, muitos dos pais continuam a considerar o filho “(...) mais vulnerável a acidentes e a doenças, o que desenvolve um sentido de superproteção, dificuldade na separação e perturbações de sono”. Daí que a importância de um acompanhamento contínuo destas famílias, mesmo

após a alta seja fundamental no sentido de atenuar as dificuldades e os receios sentidos.

<b>Objetivo específico</b>	<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>
1. Identificar as necessidades dos pais de crianças de risco no domicílio;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita domiciliária a crianças e famílias com alta hospitalar, que necessitam de cuidados de saúde especiais;               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Realização de duas avaliações do desenvolvimento infantil</li> <li>○ Reflexão sobre dois momentos de interação com mães de crianças com necessidade de cuidados especiais no domicílio.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipa de enfermagem;</li> <li>• Pesquisa bibliográfica;</li> <li>• Protocolos e normas de atuação;</li> <li>• Escala de avaliação do desenvolvimento infantil (Mary Sheridan Modificada);</li> <li>• Criança e família;</li> </ul>
2. Analisar de que forma a visita domiciliária realizada pela UMAD favorece a diminuição da ansiedade dos pais após a alta da criança com necessidade de cuidados de saúde especiais;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa bibliográfica sobre as necessidades manifestadas pelos pais de crianças com necessidade de cuidados de saúde especiais no domicílio.</li> <li>• Elaboração de 2 diários de campo das visitas domiciliárias;</li> <li>• Análise reflexiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instalações e unidade móvel da fundação do Gil;</li> <li>• Modelo reflexivo de Gibbs</li> </ul>

### Centro de Desenvolvimento Infantil

O CDI Infantil surge como complemento ao estágio na UMAD, como consequência da articulação que existe entre o apoio domiciliário e o acompanhamento feito na consulta até à idade escolar da criança no que respeita ao seu desenvolvimento psicomotor.

De acordo com o estudo desenvolvido por Valente e Seabra-Santos (2011, p.6), as crianças, na fase pré-escolar, nascidas prematuras com MBP, quando comparadas com o grupo de controlo “(...) apresentam mais problemas de desenvolvimento, nomeadamente ao nível das capacidades cognitivas, aprendizagem, competências neurodesenvolvimentais e neuromotoras e linguagem (...) [bem como] índices mais elevados de problemas de comportamento, nomeadamente ao nível da atenção/excesso de atividade(...)”.

O atual PNSIJ (DGS, 2013) preconiza o desenvolvimento de programas de intervenção precoce através do SNIP<sup>2</sup>, cujo objetivo é assegurar o apoio a todas as crianças dos 0 aos 6 anos de idade com “risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo”, ou em “risco grave de atraso de desenvolvimento”. Intervenção precoce define-se como sendo a “(...) prestação de serviços dirigidos à criança e à família, com o objetivo de reduzir os efeitos dos fatores de risco ou da deficiência no desenvolvimento da criança” (Guimarães *et al*, p. 147).

Objetivo específico	Atividades	Recursos
1. Adquirir estratégias de intervenção que contribuem para atenuar eventuais perturbações psicomotoras e emocionais da criança	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaboração na consulta de desenvolvimento com realização de;               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Acolhimento aos pais e criança</li> <li>○ Participação nas consultas multidisciplinares;</li> </ul> </li> <li>• Elaboração de documento consultivo para realização de norma - competências e funções do Enfermeiro do CDI;</li> <li>• Elaboração de folha de registo telefónico;</li> <li>• Análise reflexiva de uma situação de cuidados e vivências das famílias;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipa de enfermagem;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Pesquisa bibliográfica;</li> <li>• Criança e família;</li> <li>• Instalações das consultas;</li> <li>• Modelo de reflexividade de Gibbs.</li> </ul>

---

<sup>2</sup> Diário da república (2009). Decreto-lei nº 28/2009 de 6 de Outubro.  
<http://dre.pt/pdf1s/2009/10/19300/0729807301.pdf>.

<p>2. Adquirir estratégias de intervenção emocional junto de pais de crianças com necessidade de cuidados especiais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa sobre os motivos de encaminhamento para a consulta de desenvolvimento infantil.</li> <li>• Análise reflexiva.</li> </ul>	
--	--	--

#### 4.2. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)

Esta experiência de estágio teve uma duração de três semanas (28 de Outubro a 16 de Novembro de 2013).

A UCSP dispõe de uma equipa especializada em intervenção precoce infantil e de um programa de VD à criança/família de risco, pelo que, em conformidade com o projeto apresentado, me pareceu pertinente incluir este campo de estágio nas minhas opções.

A articulação entre os cuidados de saúde primários e hospitalares é um pilar fundamental para a continuidade de cuidados de qualidade (DGS, 2011). A componente dos cuidados domiciliários e a aproximação à comunidade permitirá um acompanhamento holístico do utente e assim garantir ganhos do bem-estar das famílias. Por outro lado previnem-se episódios de readmissões hospitalares.

Para além do acompanhamento destas crianças e famílias de risco, pretendo desenvolver competências na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e ainda de comunicação com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (Ordem dos Enfermeiros, 2010b) uma vez que o trabalho em comunidade envolve uma grande diversidade de famílias e crianças, com situações de saúde dispare, com necessidades e culturas diferentes umas das outras e às quais devemos prestar cuidados individualizados.

<b>Objetivo específico</b>	<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>
<p>1. Prestar cuidados de enfermagem de saúde infantil integrados na comunidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de documentos sobre as características do CS e população abrangente e registo das mesmas;</li> <li>• Realização de consultas de saúde infantil;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipa de enfermagem;</li> <li>• Pesquisa bibliográfica;</li> <li>• Protocolos e normas</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar avaliações de desenvolvimento infantil;</li> <li>• Participar nas atividades do NACJR;</li> <li>• Participar nas VD às crianças/famílias de risco.</li> </ul>	de atuação da UCSP; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala de avaliação do desenvolvimento infantil utilizada;</li> <li>• Programa de massagem infantil da associação portuguesa de massagem infantil.</li> </ul>
2. Identificar o modo como se processa a continuidade de cuidados entre hospital e CS;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisa e leitura dos protocolos e normas existentes;</li> <li>• Análise das Prática com Enfa Orientadora em momentos formais e informais.</li> </ul>	
3. Identificar estratégias de comunicação com a criança nos diferentes estádios de desenvolvimento infantil;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interação com as crianças na sala de espera: promover o desenho como forma de comunicação.</li> </ul>	
4. Identificar estratégias de comunicação com os pais no sentido da transmissão de informação relativas aos cuidados ao filho.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar uma sessão de sensibilização para a importância da massagem infantil como estratégia de comunicação, vinculação e gestão emocional;</li> </ul>	

### 4.3. Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian

Como já foi referido anteriormente no capítulo 2 deste apêndice, umas das perturbações mais frequentes das crianças nascidas prematuras são as neurológicas, tais como a hidrocefalia e a PC. Neste sentido, uma percentagem significativa das crianças internadas na UCIN poderão vir a ter alguma destas complicações ao longo do seu desenvolvimento. Assim, penso que ao ter um contacto mais próximo com esta realidade, poderei compreender melhor de que forma a condição de saúde da criança influencia a sua atividade e participação ativa na sociedade, e que fatores pessoais, familiares e do contexto podem contribuir para esta forma de encarar a doença. Em suma, estarei mais apta a preparar os pais

emocionalmente para o que poderá ser o futuro de algumas crianças, ainda durante o internamento na UCIN.

Objetivo específico	Atividades	Recursos
<p>1. Identificar estratégias de intervenção realizadas com crianças com necessidade de cuidados de saúde especiais;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação das intervenções desenvolvidas com crianças com paralisia cerebral, ou em reabilitação por outras patologias degenerativas;</li> <li>• Consulta de documentos sobre organização, funcionamento e objetivos do centro;</li> <li>• Caracterização de algumas atividades através da realização de 2 jornais de aprendizagem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipa multidisciplinar, criança e família;</li> <li>• Instalações;</li> <li>• Bibliografia, protocolos, livros e jogos.</li> </ul>
<p>2. Compreender o papel do EEESCJ no seio da equipa multidisciplinar;</p> <p>3. Perceber que apoio é dado aos pais de crianças com necessidade de cuidados especiais de saúde;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discussão de práticas com a Enfermeira especialista e perita na área.</li> </ul>	
<p>4. Desenvolver técnicas de comunicação adequadas a crianças com maior dificuldade de expressão verbal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistematização dos instrumentos utilizados na Unidade de técnicas aumentativas e alternativas da comunicação, com recurso a pesquisa bibliográfica.</li> </ul>	

#### **4.4. Internamento de Pediatria – 1ª infância**

Esta experiência decorreu num hospital de pediatria durante 3 semanas (25 de Novembro a 15 de Dezembro).

O internamento numa enfermaria de primeira infância decorre, essencialmente, de uma situação de doença aguda, médica ou cirúrgica, que por ser inesperada, gera demasiada ansiedade, quer para a criança quer para a família. A evidência científica refere que, independentemente dos fatores que possam influenciar a reação dos pais à hospitalização do filho, estes inicialmente poderão reagir com “(...) descrença (...) culpa ou raiva (...)” (Tavares, 2011), levando os pais a questionarem as suas próprias capacidades parentais.

Percebe-se também que se os pais tiverem uma experiência anterior de hospitalização positiva, bem como uma boa capacidade de adaptação à mudança ou um sistema económico e familiar de apoio, gerem mais facilmente as experiências emocionais decorrentes deste processo, contribuindo para a gestão emocional junto dos filhos. Também o trabalho em parceria parece ser uma estratégia para reduzir sentimentos de frustração decorrentes da falta de informação sobre a situação clínica da criança, sobre as rotinas do serviço ou sobre a possibilidade de participarem nos cuidados ao filho internado, pelo que procuro mobilizá-lo no sentido de influenciar experiências emocionais positivas nos pais destas crianças. O trabalho em parceria permite ainda preparar os pais de forma progressiva para a autonomia dos cuidados à criança, não apenas no sentido de uma continuidade dos cuidados no domicílio, caso haja essa necessidade, mas também no sentido do reforço da parentalidade e vigilância para promover a saúde e prevenir a doença, sendo esta uma das competências do EEESCJ preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

No cuidar da criança em particular, pretendo reduzir os efeitos negativos da hospitalização, minimizando a dor, reduzindo a ansiedade e promovendo a satisfação das necessidades básicas da criança, incluindo o brincar, utilizando estratégias de comunicação, de distração e alívio da dor adequadas a cada faixa etária, pois acredito que, da mesma forma que pais tranquilos contribuem para crianças mais calmas e colaborantes, também crianças menos ansiosas podem influenciar os pais nesse sentido.

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>
1. Promover uma hospitalização positiva na criança com doença aguda através da gestão emocional;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar à criança a hospitalização e minimizar as emoções negativas;</li> <li>• Observação e registo das intervenções dos profissionais – trabalho emocional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiro Tutor;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Criança e família;</li> <li>• Instalações;</li> <li>• Bibliografia, protocolos, livros e jogos;</li> <li>• Grelha de observação: de intervenções no trabalho emocional em pediatria</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Dossier</i> temático: emoções em pediatria;</li> </ul>		
2. Estabelecer uma relação de parceria com os pais no sentido de promover a gestão emocional do internamento do filho por doença aguda.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestação de cuidados em parceria com os pais para uma alta em segurança.</li> <li>• Observação e registo das intervenções dos profissionais – trabalho emocional.</li> </ul>	

#### **4.5. Serviço de Urgência Pediátrica (SUP)**

O SUP é caracterizado como sendo um serviço com uma grande variabilidade tanto ao nível das situações clínicas, como da faixa etária das crianças. O SUP tem como objetivo assistir a criança num momento da sua vida, que se espera curto e não frequente. Por isso o enfermeiro deve ser capaz de dar resposta a uma variedade de situações, bem como, estabelecer níveis de comunicação e relação que, embora não sejam “permanentes” permitam assegurar um cuidado holístico, de confiança e de qualidade, garantido a satisfação dos utentes, o que, na minha perspetiva, passa por criar estratégias junto dos pais e crianças que permitam gerir as emoções inerentes.

A evidência científica diz-nos que, muitas vezes, o facto de os pais não serem informados, estarem sujeitos a horas de espera, perceberem o filho em sofrimento, quer pela doença quer pelos exames complementares que têm que fazer, aumenta os seus níveis de ansiedade. Nesta lógica, o acolhimento em pediatria e a preparação para uma eventual hospitalização da criança é para mim fundamental, sendo uma das áreas a explorar durante este ensino clínico.

No que respeita à população neonatal, Cunha *et al.*, (2007, p. 239) referem que os motivos que aumentam a preocupação dos pais e os incitem a procurar o SU são “(...) as alterações do trânsito intestinal, o bolçar, o choro, as lesões da pele e mucosas e a obstrução nasal (...)”, ou seja, na sua maioria situações não urgentes que poderiam muitas vezes ser evitadas caso os pais tivessem mais confiança nos cuidados que prestam e possuíssem mais conhecimento dos sinais de alerta e de agravamento.

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Atividades</b>	<b>Recursos</b>
1. Elencar o motivo de recorrência ao SUP;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultar os processos e registos e fazer um levantamento de crianças até um mês de idade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiro Tutor;</li> <li>• Equipa multidisciplinar;</li> <li>• Criança e família;</li> <li>• Instalações;</li> <li>• Bibliografia, protocolos, livros e jogos.</li> </ul>
2. Desenvolver técnicas de comunicação adequadas à gestão emocional de pais com filhos em situação de urgência/emergência;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparação da criança e família para a hospitalização minimizando emoções negativas através da utilização de documentos/brinquedos existentes no serviço;</li> <li>• Reforço de ensinamentos de cuidados parentais que diminuam a recorrência aos SUP.</li> </ul>	
3. Refletir sobre as necessidades emocionais dos pais de crianças que recorrem ao SUP;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registo de momentos de interação com os pais em SO;</li> <li>• Análise reflexiva.</li> </ul>	

#### **4.6. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)**

Nos últimos 30 anos tem-se observado uma mudança significativa nas UCIN's, desde a modernização dos equipamentos tecnológicos, à passagem para um

modelo mais holista dos cuidados ao invés do modelo biomédico, com o reconhecimento de que os cuidados prestados nos primeiros tempos de vida podem ter efeitos no RN e família muito para lá do momento da alta.

No entanto, ainda hoje, a passagem das mães e pais dos RN pela UCIN é repleta de mensagens confusas e contraditórias. Estas experiências emocionais estão relacionadas essencialmente com a situação clínica da criança e o risco eminente de vida, e são exacerbadas pelo cansaço que as mães sentem decorrente do parto, ou pela sensação de vulnerabilidade e estranheza que os pais sentem por se encontrarem num ambiente desconhecido onde não reconhecem o seu papel parental ou não encontram a privacidade necessária para expressar sentimentos e emoções, sentindo uma contradição constante entre a necessidade de estar com a mulher ainda internada, ou com o filho que corre perigo de vida.

A UCIN surge assim como palco fundamental ao desenvolvimento do meu projeto no sentido em que as emoções são vividas de forma muito intensa e interferem na transição para o papel parental, bem como no estabelecimento de uma relação de vinculação, podendo comprometer a alta do RN para casa em segurança.

Objetivos específicos	Atividades	Recursos
1. Promover a parentalidade; 2. Promover a vinculação de RN de Risco;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensino da massagem infantil aos pais como estratégia de gestão emocional e de vinculação;</li> <li>• Registo de 2 momentos de interação pais/bebé no método canguru/banho/massagem, em diário de aprendizagem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipa multidisciplinar, RN e família;</li> <li>• UCIN;</li> <li>• Enfermeira Tutora</li> <li>• Protocolos da UCIN</li> <li>• Projetos implementados no</li> </ul>

<p>3. Identificar as experiências emocionais dos pais de RN de risco no momento da alta;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação dos cuidados prestados pelos pais e a sua evolução, com base na escala de intensidade das competências parentais Auto percebidas;</li> <li>• Criar momentos de aprendizagem de cuidados parentais formais e didáticos e expressão de sentimentos e emoções;</li> <li>• Análise reflexiva.</li> </ul>	<p>âmbito da massagem e vinculação.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiências e informação recolhida nos estágios anteriores.</li> <li>• Bibliografia específica: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Competências maternas autopercebidas no contexto da prematuridade, Marques e Sá, 2004;</li> </ul> </li> </ul>
<p>4. Refletir sobre as estratégias utilizadas pela equipa de enfermagem na gestão das experiências emocionais dos pais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registo de observações de cuidados prestados pelos Enfermeiros em cuidados intensivos e cuidados intermédios, na presença dos pais;</li> <li>• Fazer o levantamento das necessidades de formação da equipa de saúde sobre trabalho emocional/preparação dos pais para a alta do RN risco, através da aplicação de um formulário com questões abertas;</li> <li>• Propor uma ação de formação para a equipa de enfermagem, para discussão de práticas no âmbito da gestão das emoções/transição para casa e vinculação;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliação de Necessidades para a Implementação de um Programa de Transição para a Parentalidade, Murta <i>et al.</i>, 2011.</li> </ul>

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cunha, J., Nunes, F., Nunes, M., & Azeredo, P. (2007). Recém-nascidos na Urgência Pediátrica Hospitalar. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38(6), pp. 235-240. Obtido em 7 de Julho de 2013, de [http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/1/20080215185927\\_Acta%20Ped%20Vol%2038%20N%206.pdf#page=16](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/1/20080215185927_Acta%20Ped%20Vol%2038%20N%206.pdf#page=16)
- DGS. (2011). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Obtido em 10 de Dezembro de 2013, de Direção Geral de Saúde: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- DGS. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Obtido em 3 de Junho de 2013, de Direção geral de Saúde: <http://www.dgs.pt>
- Diaz, Z. (2012). *Identificação e intervenção nas dificuldades, preocupações e necessidades dos pais de bebés internados numa unidade de Neonatologia*. Dissertação de Mestrado em Educação Especial, Área de Intervenção Precoce. Obtido em 1 de Março de 2013, de <http://hdl.handle.net/1822/21003>.
- Guimarães, H., Teresa, T., Virella, D., & Mimoso, G. (2007). *Nascer prematuro. Um manual para os pais dos bebés prematuros*. Porto: Direção da Secção de Neonatologia.
- IAC. (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. Obtido em 2009, de Instituto de apoio à Criança: [www.iacrianca.pt](http://www.iacrianca.pt)
- Kirk, S., Glendinning, C., & Callery, P. (2005). Parent or nurse? The experience of being a parent of a technology-dependent child. *Journal of Advanced Nursing*, 5, pp. 456-464.
- Marques, S., & Sá, M. (Março de 2004). Competências Maternas Auto-percebidas no contexto da prematuridade. *Referência*(11), pp. 33-41.
- Murta, S., Rodrigues, A., Rosa, I., Paulo, S., & Furtado, K. (Jul-Set de 2011). Avaliação de Necessidades para a Implementação de um Programa de Transição para a Parentalidade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(3), pp. 337-46.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem*.

- Santos, M. (2011). *A visita domiciliária ao recém-nascido pré-termo após a alta da neonatologia*. Dissertação de mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Obtido em 1 de Fevereiro de 2013, de <http://hdl.handle.net/10400.19/1487>.
- Soares, H. (2008). *Acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem*. Dissertação de mestrado em ciências de Enfermagem. Obtido em 23 de Abril de 2013, de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitst>.
- Tavares, P. (2011). *acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.
- Valente, A., & Seabra-Santos, M. (2011). Nascimento prematuro de muito baixo peso: impacto na criança e na mãe aos 3-4 anos. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1, pp. 1-7.

**APÊNDICE III**  
**Diário de Aprendizagem – *Interação com os pais na UCIN***



## **1. NOTA INTRODUTÓRIA**

Atualmente os cuidados pediátricos assentam numa filosofia de CCF, o que implica a participação ativa e inclusiva dos pais desde o momento da admissão. De acordo com Tamez (2013, p. 104), esta participação é essencial para que a família “(...) possa ser capaz de cuidar [do RN] após a alta hospitalar e para incutir segurança em todos nesse momento”. Quando o bebé nasce muito prematuro, ou com alguma doença congénita, numa primeira instância, ocorre um distanciamento emocional entre os pais e o filho. A fase de ajustamento pode, por vezes, ser mais prolongada, consoante a etapa emocional em que os pais se encontram e influenciar o processo de vinculação.

Para que possamos ajudar os pais neste sentido, é importante que o enfermeiro tenha capacidade para avaliar os comportamentos dos pais inerentes à vinculação, tais como: como é que os pais se dirigem ao bebé; que tipo de contacto têm com o filho; quais os estímulos que utilizam (visuais, auditivos, táteis); como se manifestam aquando da necessidade de prestar cuidados; demonstram preocupação com o bebé; como demonstram o afeto; e que técnicas utilizam para confortar o filho quando ele chora (Hockenberry & Wilson, 2014).

Há estratégias de promoção da vinculação descritas na literatura, que facilmente se colocam em prática, diariamente, no exercer das nossas funções, tais como a aproximação progressiva, o toque nutritivo, a prestação de cuidados de higiene e conforto, a estimulação da presença junto ao bebé e o contato pele com pele através do método canguru. O que observei, durante o ensino clínico, é que, mesmo quando os pais estão muito renitentes a estar junto do filho, em tocar ou em observar a prestação de cuidados, se tiverem um acompanhamento adequado, conseguem ultrapassar as suas próprias limitações. De entre as estratégias descritas, vou reportar-me às que tiveram maior significado para mim durante o estágio na UCIN.

### **1.1. Prestação de Cuidados de Higiene e Conforto**

Os pais apresentam uma grande variabilidade ao nível das suas habilidades para interagirem com o filho. Se por um lado, alguns querem tocar e falar com o filho logo na primeira visita, outros há que nem sequer se sentem confortáveis para se

aproximar da incubadora e olhar para um ser tão pequeno e frágil. De acordo com Hockenberry e Wilson (2014, p. 358), há pais que podem “(...) não ser recetivos ao contato precoce e prolongado com a criança porque precisam de tempo para se adaptarem ao impacto (...)” de terem um filho diferente daquilo que estavam à espera. O envolvimento na prestação de cuidados de higiene e conforto, começando pela mudança da fralda com ajuda, e passando para a observação e posterior colaboração no banho do RN, acabam por ser as principais estratégias que, na minha opinião, contribuem para que eles se comecem a sentir pais daquela criança, e a encará-lo como o bebé que é, a necessitar de cuidados e afeto como todos os outros.

Claro que os cuidados de higiene e conforto ao RNPT se revestem de algumas particularidades. A pele dos RNPT, por exemplo, é imatura quando comparada com a pele do RN de termo. Estudos recentes indicam que a pele, enquanto barreira de proteção, continua a desenvolver-se até 12 meses após o nascimento (Fernandes, *et al.*, 2011) ao contrário do que se pensava anteriormente, que a mesma atingia a sua maturidade por volta da 34<sup>a</sup> semana de gestação. A pele do RNPT é, por isso, mais frágil e mais sensível, o que compromete a capacidade dos RNPT de dar resposta às múltiplas agressões cutâneas a que estão sujeitos durante a prestação de cuidados de enfermagem/médicos/outros. Além disso, para o planeamento de cuidados implica ainda ter em conta um outro conjunto de aspetos que incluem a imaturidade de todos os sistemas do RNPT, incluindo a deficiente capacidade de termorregulação, a instabilidade hemodinâmica, e a resposta desorganizada aos estímulos internos e externos (Leite & Mendes, 2008).

Na UCIN, por rotina, prestam-se banhos diários aos RN internados durante o turno da manhã, porque faz parte de uma norma estipulada pelo serviço, que se justifica pelo rácio enfermeiro-utente mais elevado e pela necessidade de observação médica e peso diário dos RN. Em termos de organização para o RNPT é preferível realmente agrupar os cuidados médicos/enfermeiros/família para assim respeitar os seus ciclos de sono. O planeamento de cuidados deve, então, ter em conta as prioridades inerentes à condição clínica do RN e as suas preferências e/ou reações aos cuidados prestados. À medida que vamos prestando os cuidados, devemos dar indicações aos pais sobre a forma de reagir do RNPT, para que

entendam que o choro e os comportamentos de evitação não são reflexo de competências inadequadas dos pais. Estes devem ser orientados relativamente aos procedimentos e à necessidade de contenção durante os mesmos, para que se reduzam as perdas de calor e a desorganização do RN. Para isso, é também importante informar os pais da necessidade de reunirem o material necessário (roupa, compressas, elétrodos, soro fisiológico e compressas esterilizadas para limpeza dos olhos, água morna, olioban® e creme hidratante) para que os cuidados sejam prestados de uma forma contínua, sem interrupções, minimizando a desorganização do RN. Por fim, alertamos também os pais para a necessidade de respeitar o RN, isto é, respeitar o seu ritmo, fazermo-nos anunciar e pedir a sua permissão para ser tocado.

O banho poderá terminar com a aplicação do creme hidratante através de uma massagem parcial dos membros inferiores e com o aconchego do bebé vestindo a roupa e posicionando. A massagem é feita por alguns de forma intuitiva, por outros por conhecimentos adquiridos em formações. A decisão em massajar o RN depende da nossa sensibilidade e capacidade de observação para perceber se ainda está recetivo a este cuidado, ou se ficou demasiado agitado ou cansado.

O posicionamento é outro cuidado importante a ser transmitido aos pais, pois através de um posicionamento que cumpra os princípios dos cuidados centrados no desenvolvimento, isto é, que permita a manutenção do corpo em flexão e na linha média, consegue-se minimizar os gastos de energia e promover o bem-estar, a tranquilidade e a organização motora (Santos A., 2011). Por fim, procura-se promover um ambiente tranquilo, o que numa UCIN por vezes é difícil, reduzindo a luz forte e contínua e os ruídos, de forma a promover o sono e garantir um mínimo de 60 minutos de tranquilidade.

Da minha experiência durante o ensino clínico é que, os pais que foram incluídos precocemente nestes cuidados, demonstram maior autonomia e autoconfiança quando é feita a transição para a sala de cuidados intermédios. Parecem também estar mais satisfeitos com o seu desempenho parental e com níveis de motivação superiores. Contudo, também acontece, haver grande investimento nos pais e, devido às suas próprias características pessoais, ou pela situação clínica da criança, nem sempre conseguirmos ser bem-sucedidos, e assistirmos à alta ou transferência

para outros serviços sem que os pais se sintam minimamente seguros nos cuidados a prestar aos filhos, mesmo após longos meses de internamento.

## **1.2. Método Canguru**

O contato pele com pele, ou método canguru, teve início na Colômbia em 1979, numa altura em que, por falta de incubadoras tiveram necessidade de colocar os bebés junto do corpo das mães durante 24h para que mantivessem a temperatura corporal (Tamez, 2013). Mais tarde foram realizados outros estudos que têm demonstrado a existências de um vasto leque de benefícios tanto para os pais como para o bebé. Para os pais estão descritos a melhoria do vínculo, o aumento do sentimento de controlo, de competência para prestar cuidados e da autoestima, o aumento da produção de leite e a redução de casos de depressão pós-parto (Tamez, 2013). Para o bebé, a evidência científica mostra melhoria das respostas sensoriomotoras, melhoria das respostas reflexas, melhoria dos movimentos espontâneos e tónus muscular, diminuição do tempo de internamento, melhoria da atividade sensorial, mais tempo em estado de alerta, amamentação precoce e ganho de peso significativo (Mota, *et al.*, 2005). Existem ainda benefícios térmicos, cardiopulmonares e de redução de infeções hospitalares (Ludington-Hoe, *et al.*, 2008) que concorrem para uma alta hospitalar precoce. Além disso, no contexto da promoção do desenvolvimento neuropsicomotor no RNPT e de baixo peso, o Programa de avaliação e Cuidados Individualizados para o Desenvolvimento do Neonato (Santos A. 2011) preconiza o método canguru como componente fundamental para o cuidado e apoio ao desenvolvimento do RN de alto risco.

Na UCIN onde trabalho, preconiza-se que se inicie o método canguru com RN de IC superior a 30 semanas, peso superior a 1000g, e estabilidade hemodinâmica, o que não implica, por exemplo, que a criança não possa estar ventilada aquando da realização da técnica. É feita uma entrevista inicial aos pais no sentido de perceber qual o interesse dos pais em realizar o método canguru, após uma explicação sobre em que é que consiste e quais os benefícios. Penso que nunca nenhuma mãe e/ou pai se recusaram a iniciar esta técnica, que consiste no contato pele com pele, com o bebé repousado em decúbito ventral e semirreto sobre o peito de um dos pais.

Manifestam, sim, bastante entusiasmo e motivação, pois significa estar próximo do filho e ainda aumenta o sentimento de utilidade relativamente ao bebé.

Normalmente este método é bem tolerado por todos os RN e pais. Porém, em situações em que os pais estão muito ansiosos, principalmente se não confiam na estabilidade do bebé, o método canguru, na minha opinião, contribui para o aumento do *stress* emocional e, ao invés de estarmos perante uma mãe descontraída, que usufrui plenamente daquele momento, temos uma mãe sempre em alerta, com contração muscular e expressões faciais que demonstram receio e pânico. Já assisti, algumas vezes a estas situações, principalmente quando as crianças estão ventiladas e /ou são colocadas no método canguru pela primeira vez.

Nestes casos, não me parece que haja grandes vantagens em prosseguir com a técnica, até porque a ansiedade dos pais transmite-se ao bebé. Contudo, a mãe que acompanhei durante o ensino clínico insitiu em continuar porque acreditava nos benefícios que poderia trazer para a filha e, de facto, após alguns dias de realização diária do método, o que antes parecia um momento de tortura, passou a ser um momento agradável para ambas as intervenientes.

O que é fundamental, na minha perspetiva, é a preparação física e emocional dos pais para as reações do bebé ao toque; para o tempo que os RNPT necessitam para se reorganizar após a manipulação; e para as alterações hemodinâmicas que por vezes podem ocorrer sem que seja culpa dos pais. Por exemplo, é necessário informá-los que, no mínimo, o RN deve ficar uma hora em método canguru, isto porque as transferências da cama para a posição canguru e vice-versa podem, por vezes, causar respostas desorganizadas e instabilidade hemodinâmica, semelhante às descritas durante alguns procedimentos de rotina (Hockenberry & Wilson, 2014). Por outro lado, está descrito que, na prática, o RN só atinge o sono profundo e relaxamento ao fim dos primeiros 20 a 30' do contato pele com pele (Tamez, 2013). Também devem ser informados que a tolerância dos RN para permanecer em posição de canguru, no máximo, cerca de 2h, findas as quais eles começam a apresentar sinais de alterações comportamentais e fisiológicas, como bradicardias, descidas de saturação de oxigénio (Tamez, 2013). Quando proporcionamos aos pais estes conhecimentos, contribuímos para a redução de vivências emocionais negativas (gestão das emoções reativas), pois eles deixam de interpretar esse tipo

de reações dos filhos como negativas e de relacioná-las com algo que eles próprios possam não ter feito bem.

## **2. CONTRIBUTOS PARA A APRENDIZAGEM**

A reflexão sobre a prática de cuidados durante estes dois momentos de interação dos pais com o RN torna-se fundamental quando pretendemos melhorar a qualidade dos nossos cuidados. Entender as reações dos pais permite-nos orientá-los para a aquisição de competências parentais fundamentais à prestação de cuidados a um RN de risco. Por outro lado, poderemos aperfeiçoar a nossa própria capacidade para avaliar os comportamentos dos pais inerentes à vinculação e de adequar intervenções a cada situação em particular por forma a promovê-la.

Em última análise, o EEESCJ deve preocupar-se não apenas com a situação clínica da criança, mas também com o bem-estar físico e emocional do RN e dos pais. Para isso, todo este envolvimento com os pais é fundamental. Não poderemos considerá-los como meras visitas, se tencionamos que sejam responsáveis para assegurar a continuidade de uma vida com qualidade do bebé a quem prestamos cuidados e por quem lutamos todos os dias para que recupere o equilíbrio do seu sistema. Refletir sobre a nossa interação com os pais em contexto de uma unidade de cuidados intensivos e/ou intermédios, é refletir sobre a nossa própria capacidade para gerir emoções e ser um enfermeiro competente.

### 3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fernandes, D., Machado, M., & Oliveira, Z. (2011). Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 86(1), pp. 102-110.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong. Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência.
- Leite, A., & Mendes, V. (2008). Cuidados à pele do Recém-Nascido Pré-termo. *Nursing*, pp. 7-11.
- Ludington-Hoe, S., Morgan, K., & Abouelfetoh, A. (2008). A Clinical Guideline for implementation of kangaroo care with premature infants of 30 or more weeks' postmenstrual age. *Advances in Neonatal Care*, 8(3S), pp. S3-S23.
- Mota, L., Sá, F., & Frota, M. (2005). Estudo comparativo do desenvolvimento sensório-motor de recém-nascidos prematuros da unidade de terapia intensiva neonatal e do método canguru. *RBPS*, 18(4), pp. 191-198.
- Santos, A. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados.... *Nascer e Crescer*, 1, pp. 26-31.
- Tamez, R. (2013). *Enfermagem na UTI Neonatal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.



**APÊNDICE IV**  
**Avaliação do Desenvolvimento Infantil pela Escala de Avaliação**  
**das Competências SGS II**



## 1. FUNDAMENTAÇÃO

Pretendemos que cada criança tenha um ótimo desenvolvimento físico, mental e emocional. Interessa não apenas curar a doença na criança mas, sobretudo, preveni-la e, ainda, favorecer o desenvolvimento pleno das suas potencialidades. É essencial detetar precocemente deficiências e ou incapacidades que possam existir - sensoriais, motoras ou psíquicas - e os fatores ambientais desfavoráveis que podem prejudicar o desenvolvimento da criança.

O desenvolvimento psicomotor infantil é um processo dinâmico e contínuo, sendo constante a ordem de aparecimento das diferentes funções. Contudo, a velocidade de passagem de um estágio para outro varia consoante as crianças, bem como a idade de aparecimento de novas aquisições (DGS, 2013a).

Para conhecer os desvios de normalidade é preciso conhecer bem os detalhes da evolução do desenvolvimento normal da criança e ter a noção de que não existe uma linha divisória nítida entre a normalidade e a deficiência. Nesta lógica, a avaliação do desenvolvimento infantil tem como objetivo detetar crianças que são, ou podem vir a ser, portadoras de alterações ao normal desenvolvimento físico e motor, como forma de iniciar uma intervenção atempada. Através da deteção precoce é possível estabelecer um programa de intervenção junto da criança e família, evitando deficiências secundárias e favorecendo o desenvolvimento das suas potencialidades com apoio e orientação dos pais.

Esta intervenção e apoio deverão incluir atividades dirigidas à criança e ao seu ambiente, com o objetivo de criar condições favoráveis ao desenvolvimento da criança, tais como: estimulação do desenvolvimento, práticas educacionais, apoios de saúde, terapias, intervenção junto da família e comunidade<sup>3</sup>.

. Para a realização desta atividade o profissional de saúde tem ao seu dispor instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil dos 0 aos 5 anos de idade, tais como a escala Mary Sheridan (SGS I). Esta é a escala que está, ainda, integrada nos processos informáticos nos centros de saúde, e pela qual os enfermeiros se guiam para aferir a aquisição, ou não, de competências psicomotoras

---

<sup>3</sup> Apontamentos da Unidade Curricular - *Criança em Crescimento e Desenvolvimento*, ESEL, 2013

da criança. Contudo, esta escala, quando aplicada, apenas nos informa se a criança tem, ou não essas competências, sendo muito subjetiva a necessidade de encaminhamento para a intervenção precoce. Não deixam, no entanto de ser bastante pertinentes, na medida em que podem “(...) servir como «padrão de referência da normalidade», contribuir para focar a atenção nesta área da saúde infantil e, ainda, motivar e encorajar os pais a levantarem questões e a participarem na promoção do desenvolvimento dos seus filhos” (DGS, 2013b, p.4).

Atualmente a DGS pretende que esta avaliação seja feita com recurso à SGS II (*Schedule of Growing Skills II*), que em Português se designa Escala de Avaliação das Competências do Desenvolvimento Infantil II ou escala de Mary Sheridan Modificada. Esta escala constituiu um processo de desenvolvimento que se baseia nas sequências de desenvolvimento descritas no trabalho de Mary Sheridan, e tem como principal objetivo “(...) fornecer um método preciso e fidedigno de avaliação do desenvolvimento, que possa ser utilizado como rastreio nos programas de vigilância de saúde infantil” (Bellman, *et al.*, 2003, p. XV). A SGS II foi estandardizada a partir de uma amostra de 348 crianças representativa da população inglesa dos 0 aos 5 anos. A prova avalia nove áreas de competências (Controlo Postural Passivo, Controlo Postural Ativo, Locomotoras, Manipulativas, Visuais, Audição e Linguagem, Fala e Linguagem, Intervenção Social e Autonomia Pessoal) em catorze níveis de idade e integra uma área Cognitiva, extraída a partir das nove áreas existentes (Bellman, *et al.*, 2003). Esta escala permite a avaliação contínua do desenvolvimento e, ao quantificar a avaliação, ajuda a detetar perturbações no desenvolvimento (considera-se a existência de uma perturbação quando duas áreas são avaliadas abaixo do esperado para aquela faixa etária).

Porém, dado que esta escala não está, ainda, acessível a todos, nomeadamente no que diz respeito às folhas de registo e perfil que permitem a aplicação e interpretação da mesma, optei por realizar as avaliações de desenvolvimento com recurso à escala de Mary Sheridan modificada (Anexo I), uma vez que integra o atual PNSIJ (DGS, 2013b).

## 2. PLANEAMENTO

- Programar avaliações do desenvolvimento em ambiente domiciliário e hospitalar;
- Aceder à escala de avaliação do Desenvolvimento Infantil Mary Sheridan Modificada, disponível no PNSIJ 2013;
- Até aos dois anos de idade, devemos atender sempre à IC e não à idade real da criança que nasceu prematura.<sup>4</sup>

## 3. EXECUÇÃO

- Criança do sexo feminino, com 11 meses, mas IC de 9,5 meses. Avaliação durante uma visita domiciliária.

Áreas de Competência	Atividade aos 9 meses	Avaliação
Postura e Motricidade Global (PMG)	Senta-se sozinho e fica sentado 10 a 15min	Sim
	Põe-se de pé com apoio mas não consegue baixar-se	Sim
Visão e Motricidade Fina (VMF)	Tem preensão e manipulação	Sim
	Leva tudo à boca	Sim
	Aponta com o indicador	Não
	Faz pinça	Sim
	Atira os objetos ao chão deliberadamente	Sim
	Procura o objeto que caiu ao chão	Sim
Audição e Linguagem (AL)	Atenção rápida para os sons perto e longe	Sim
	Localização de sons suaves a 90cm abaixo ou acima do nível do ouvido	Sim
	Repete várias sílabas ou sons do adulto	Sim
Comportamento e Adaptação Social (CAS)	Leva uma bolacha à boca	Não
	Mastiga	Sim
	Distingue os familiares dos estranhos	Sim

---

<sup>4</sup> Apontamentos da Unidade Curricular - *Criança em Crescimento e Desenvolvimento*, ESEL, 2013

- Criança do sexo masculino com 3 anos de idade, prematura de 26 semanas, com paralisia cerebral. Avaliação durante a VD.

<b>Áreas de Competência</b>	<b>Atividade aos 3 anos</b>	<b>Avaliação</b>
Postura e Motricidade Global (PMG)	Equilíbrio momentâneo num pé	Não
	Sobe escadas alternadamente	Não
	Desce com os dois pés no mesmo degrau	Não
Visão e Motricidade Fina (VMF)	Constrói torre de 9 cubo	Não
	Imita (3A) e copia (3A 1/2) a ponte de 3 cubos – copia o círculo – imita a cruz	Não
	Combina duas cores geralmente o vermelho e o amarelo. (confunde o azul e verde)	Não
Audição e Linguagem (AL)	Diz o nome completo e o sexo	Não
	Vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos	Não
	Defeitos de articulação e imaturidade na linguagem	Não
Comportamento e Adaptação Social (CAS)	Pode despir-se, mas só se lhe desabotoarem o vestuário	Não
	Vai sozinho à casa de banho	Não
	Come com colher e garfo	Não

Pela escala da Mary Sheridan modificada esta é uma criança que claramente necessita de apoio e intervenção precoce. Podemos dizer que esta criança tem um nível de desenvolvimento bastante inferior ao esperado. Por exemplo, ao nível da PMG a criança consegue atividades que correspondem a crianças com 3-6 meses; ao nível da VMF tem algumas competências dos 3 meses, mas dos 6 meses apenas apresenta prensão palmar; ao nível da AL tem competências entre os 6 e 9 meses; e ao nível do CAS apresenta a maioria das competências até aos 3 meses de idade, mas dos 6 meses apenas consegui observar a distinção entre os estranhos e os familiares. No entanto, temos que ter em conta o facto de esta criança ter paralisia

cerebral. O mais correto nesta situação seria utilizar o sistema de classificação da função motora global (SCFMG) dos 2 aos 4 anos, ao qual eu não consegui ter acesso em tempo útil (apenas tive acesso ao SCFMG dos 4 aos 6 anos).

- Criança do sexo masculino com 8 meses de idade. Prematuro de 35 semanas (IC = 7 meses e 7 dias), com atresia do esôfago e síndrome ainda por especificar. Avaliação feita no Internamento de Pediatria Médica de 1ª Infância.

Áreas de Competência	Atividades			
	6 meses	Avaliação	9 meses	Avaliação
Postura e Motricidade Global (PMG)	Decúbito ventral - apoia-se nas mãos	Sim	Senta-se sozinho e fica sentado 10 a 15'	Não
	Decúbito dorsal - levanta cabeça, membros inferiores na vertical com dedos fletidos	Sim	Põe-se de pé com apoio mas não consegue baixar-se	Não
	Tração pelas mãos - faz força para se sentar.	Não		
	Mantém-se sentado sem apoio	Sim		
	De pé faz apoio	Sim		
Visão e Motricidade Fina (VMF)	Tem preensão palmar	Sim	Tem preensão e manipulação	Não
	Leva os objetos à boca	Sim	Leva tudo à boca	Sim
	Transfere objetos	Não	Aponta com o indicador	Sim
			Faz pinça	Não

	Se o objeto cai esquece-o imediatamente	Sim	Atira os objetos ao chão deliberadamente	Não
	Boa convergência	Sim	Procura o objeto que caiu ao chão	Não
Audição e Linguagem (AL)	Segue os sons a 45cm do ouvido	Sim	Atenção rápida para os sons perto e longe	Sim
	Vocaliza sons monossílabos e dissílabos	Sim	Localização de sons suaves a 90cm abaixo ou acima do nível do ouvido	Sim
	Dá gargalhadas	Sim	Repete várias sílabas ou sons do adulto	Sim
Comportamento e Adaptação Social (CAS)	Muito ativo, atento e curioso	Sim	Leva uma bolacha à boca	Sim
			Mastiga	Não
			Distingue os familiares dos estranhos	Sim

Traçando o perfil desta criança percebemos que é uma criança que tem algumas competências inferiores às esperadas para a idade, provavelmente em mais do que duas áreas, pelo que seria pertinente iniciar um programa de intervenção precoce junto dela e da família. Tentei dar este feedback à equipa de Enfermagem, mas não tenho conhecimento de terem sido tomadas medidas a esse respeito.

- Criança com 4 anos de idade, com colostomia por síndrome do intestino curto, a aguardar cirurgia de encerramento. Avaliação efetuada no domicílio.

<b>Áreas de Competência</b>	<b>Atividade aos 4 anos</b>		<b>Avaliação</b>
Postura e Motricidade Global (PMG)	Fica num pé sem apoio 3 – 5 seg.		Sim
	Sobe e desce as escadas alternadamente.		Sim
	Salta num pé.		Sim
Visão e Motricidade Fina (VMF)	Constrói escada de 6 cubos		Sim
	Copia a cruz		Sim
	Combina e nomeia 4 cores básicas		Sim
Audição e Linguagem (AL)	<b>Atividades aos 3 anos</b> (não adquiriu ainda as competências dos 4 anos)	Diz o nome completo e o sexo	Sim
		Vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos	Sim
		Defeitos de articulação e imaturidade na linguagem	Sim
Comportamento e Adaptação Social (CAS)	<b>Atividades aos 3 anos</b> (não adquiriu ainda as competências dos 4 anos)	Pode despir-se, mas só se lhe desabotoarem o vestuário	Sim
		Vai sozinho à casa de banho	Não
		Come com colher e garfo	Sim

Ao observarmos a avaliação desta criança conseguimos perceber que, apesar da doença crónica, o seu desenvolvimento parece adequado à faixa etária na maioria das áreas de competência. Aquelas em que ele tem mais dificuldade estão diretamente relacionadas ao facto de ter uma colostomia e, associado a esta, uma ferida peri-estoma que não permite a adaptação de placas e sacos. Esta situação atrasou a aprendizagem na ida à casa de banho com autonomia (embora esse treino esteja a ser feito pela mãe) e influencia a forma como brinca e convive com outras crianças. Contudo, é notória a maior dificuldade na área da fala e linguagem, pelo que esta criança tem tido apoio da terapeuta da fala, e de semana para semana, foram sendo visíveis as melhorias desde a data em que a avaliação foi feita.

- As avaliações do desenvolvimento realizadas durante as consultas de vigilância de saúde infantil não foram possíveis de registar tendo em conta

que foram feitas diretamente no aplicativo. Estas ainda foram realizadas segundo o modelo da escala Mary Sheridan (SGS I). Na maioria dos casos a avaliação das crianças foi fácil de realizar, com exceção de dois casos. O primeiro relacionado com a dúvida se a criança de 1 mês de idade seguia a bola pendente. A Enfermeira observou, e dado que a criança fixava a face humana e seguia-a, não deu importância ao facto de não realizar a outra atividade. A segunda situação diz respeito a um RN, também com um mês, que não levantava a cabeça em decúbito ventral. Neste caso foram fornecidas estratégias à mãe para estimular a criança nesse sentido, já que todas as restantes competências para a faixa etária estavam adquiridas.

#### **4. CONTRIBUTOS PARA A APRENDIZAGEM**

A realização desta atividade contribuiu essencialmente para treinar a observação das competências da criança. Por vezes estamos perante crianças que, no seu global, achamos que está a ter um desenvolvimento adequado à sua idade. Mas se formos analisar detalhadamente, poderá haver áreas em que necessita de mais apoio, ou de estratégias de intervenção. A vantagem da utilização da SGS II através no PNSIJ é que este possuiu, para além da grelha de observação, quadros com os sinais de alarme para cada faixa etária e atividades promotoras do desenvolvimento infantil. Fazer avaliações do desenvolvimento permite também estar mais atento à criança e família, promovendo o estabelecimento de uma relação mais próxima, principalmente em situações de internamento hospitalar. Os pais entendem que nos preocupamos e agradecem o *feedback* que lhes damos relativo ao desenvolvimento do filho, porque assim também eles ficam informados e atentos aos sinais de alarme.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bellman, M., Lingam, S., & Aukett, A. (2003). *Escala de Avaliação das competências no desenvolvimento infantil dos 0 aos 5 anos: manual do utilizador*. Lisboa: Cegoc-Tea.
- DGS. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Obtido em 3 de Junho de 2013, de Direção geral de Saúde: <http://www.dgs.pt>
- DGS. (2013b). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, texto de apoio 1*. Obtido em 3 de Junho de 2013, de Direção geral de Saúde: <http://www.dgs.pt>



## **APÊNDICE V**

### **Dinamização da sala de espera através do desenho infantil**



## 1. FUNDAMENTAÇÃO

A realização desta atividade teve lugar durante o ensino clínico na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados. Embora a maior parte da comunicação verbal, durante as consultas, seja estabelecida com os pais, a criança nunca deve ser excluída do processo.

A comunicação com as crianças pode não ser tarefa fácil, primeiro porque, enquanto enfermeiros, somos vistos como alguém desconhecido e que representa, na maior parte das vezes, situações que provocam medo e dor. Depois porque cada estágio de desenvolvimento implica a existência de medos e stressores inerentes à hospitalização diferentes, pelo que estratégias a mobilizar têm que ser as adequadas. A compreensão de que os processos de pensamento progridem do sensório-motor para a perceção, para o concreto e finalmente para o abstrato, pode facilitar a comunicação com as crianças. Mas não basta apenas atender aos aspetos psicomotores do desenvolvimento infantil, temos também que ter em consideração as experiências de vida de cada criança. Ajuda, no entanto, se tivermos consciência de que “na comunicação com as crianças de todas as idades, a componente não-verbal encerra as mensagens mais significativas” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 127). Estas dificilmente disfarçam o que sentem, o que pensam e o que querem.

As crianças que participaram nesta atividade encontram-se na idade escolar. Nesta fase as crianças “acreditam menos no que vêem e mais no que sabem” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 129), pelo que se torna fundamental explicar tudo o que vamos fazer, mostrar-lhes os equipamentos que vamos utilizar, demonstrar como se utiliza cada um deles e para que servem. Pretende-se com estas atitudes o entusiasmo com as atividades e, conseqüentemente, a colaboração da criança para os procedimentos que precisamos de realizar. Podemos pensar que numa consulta de vigilância de saúde infantil, serão poucos os procedimentos que possam causar dor ou desconforto na criança. Mas tudo o que for desconhecido para ela será assustador, e mesmo que a criança até colabore, se não estiver realmente integrada no processo, vai estar sempre desconfiada.

De entre as técnicas de comunicação verbais e não verbais utilizadas com as crianças, o Brincar é talvez a principal, talvez por ser a linguagem que estas melhor

conhecem. Além disso, o brincar constitui também uma das principais ferramentas para gerir o *stress* da criança. Através do brincar, e da forma como se comportam durante esta atividade, os enfermeiros “(...) podem conseguir desocultar pistas relativamente ao desenvolvimento físico, intelectual e social (...)”(Hockenberry & Wilson, 2014, p. 130), bem como perceber as relações interpessoais estabelecidas com a família, amigos ou pessoal hospitalar. Foi nesta lógica que decidi implementar a atividade do desenho na sala de espera.

O desenho, enquanto técnica de comunicação criativa, tem uma componente não-verbal (quando olhamos para o desenho) e uma componente verbal (a história que a criança conta sobre o desenho que realizou) (Hockenberry & Wilson, 2014). Esta técnica é fácil de utilizar, porque a grande maioria das crianças em idade escolar gosta de fazer desenhos. É também uma ferramenta importante para compreensão da criança, já que os desenhos constituem projeções do *eu* interior da criança. Hockenberry e Wilson (2014, p. 1043) referem que “ as crianças têm mais à vontade expressando os seus pensamentos e sentimentos através da arte dos que através das palavras”.

## **2. PLANEAMENTO**

A realização desta atividade não precisou de um grande planeamento. Foi discutida a sua pertinência com a Enf<sup>a</sup>. Tutora, que não se opôs à realização da mesma. Depois, no início de cada dia de consultas de vigilância de saúde infantil analisava o programa de consultas para perceber a afluência de crianças em idade escolar. Por fim, selecionei o material necessário (papel e lápis) e dirigia-me à sala de espera quando essas crianças apareciam, falava com elas e explicava-lhes a atividade. Optei por propor um desenho com alguma orientação, por forma a tentar perceber quais os sentimentos ou perspetivas inerentes à experiência de ir ao centro de saúde.

### 3. EXECUÇÃO

Embora tenha havido várias crianças a realizar esta atividade, apenas foi oportuno ficar com dois dos desenhos, pela impossibilidade de tirar fotocópia dos anteriores e a Enf<sup>a</sup>. Responsável pela consulta querer ficar com o desenho no processo da criança. Em seguida apresentam-se os desenhos realizados. Não pretendo fazer uma análise interpretativa do seu conteúdo, mas apenas refletir sobre eles.

#### Desenho 1 – Gabriel, 6 anos de idade



No desenho 1, o Gabriel desenhou um edifício, o qual disse tratar-se do centro de saúde, e o ambiente em redor ao mesmo. Observamos que a criança não se incluiu no desenho, mas quando questionado não me soube dizer porquê. Será que era o desejo de não estar ali hoje? Por outro lado, percebe-se a importância que ele quis dar ao tema do desenho “a ida ao centro de saúde” pelo tamanho com que desenhou o edifício em detrimento das árvores em seu redor. De acordo com

Hockenberry e Wilson (2014, p. 132) o tamanho das figuras individuais expressa “importância, poder ou autoridade”.

### Desenho 2 – Lisandro, 6 anos de idade



No desenho 2 já observamos figuras humanas, neste caso o Lisandro identificou-as (da esquerda para a direita) como sendo ele próprio, Eu e a Tia que o acompanhou à consulta. O que de imediato constatei é que ele não tinha desenhado a mãe, a qual também se encontrava presente naquele dia, ao invés, desenhou a tia. Hockenberry e Wilson (2014, p. 132), referem que a “exclusão de um membro pode denotar sentimento de não pertença ou desejo de eliminar”. Por outro lado, os mesmos autores descrevem também que a posição da criança em relação aos membros da família expressa o sentimento do estado ou as alianças entre eles e, neste caso, o Lisandro desenhou-se afastado do único elemento da família, estando a enfermeira no meio dos dois. Claro que os desenhos espontaneos não devem ser avaliados isoladamente, estes devem ser interpretados á luz de outras informações disponíveis sobre a criança e família. Mas, depois da consulta e após a

contextualização familiar que a Enfermeira me deu a conhecer, percebe-se que há de facto alterações no seio desta família que, para os peritos, poderia explicar e justificar o desenho.

#### **4. CONTRIBUTOS PARA APRENDIZAGEM**

Embora tenha poucos exemplares, o que retiro desta atividade foi a experiência de interação que a mesma me proporcionou com estas crianças. Se antes da aplicação do desenho na sala de espera, as crianças se sentiam intimidadas quando entravam no gabinete para a consulta, depois de ter começado a propor a atividade senti que elas vinham mais desinibidas e com vontade de comunicar e colaborar. Com o desenho como início da interação, as crianças rapidamente respondiam às perguntas e mais facilmente pareciam confiar em nós para a realização dos procedimentos. Via-se que entravam com um sorriso na cara, não só por terem estado a fazer uma atividade de que gostam, mas porque tinham um trabalho do qual se orgulhavam para mostrar.

No fundo, os contributos que retiro desta atividade são ao nível da comunicação com as crianças em idade escolar, através de técnicas como o brincar e as artes, mas também algumas noções sobre a interpretação de desenhos e os seus benefícios para a criança, através das leituras que realizei.

#### **5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong. Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência.



**APÊNDICE VI**

**Sessão de formação - *Massagem Infantil: curso para pais***



## 1. FUNDAMENTAÇÃO

O nascimento de um filho corresponde a uma das etapas mais importantes na vida de muitos seres humanos. É um período de *stress* e de crise, que implica uma reorganização, mas ao mesmo tempo é uma fase normativa na vida de qualquer casal que decide ter filhos. Todo o processo envolve exigências psicológicas e emocionais, nem sempre fáceis de gerir, que podem levar a pessoa a tornar-se vulnerável e criar descompensações (Canavarro, 2001). A massagem do bebé surge como uma importante estratégia de apoio na díade mãe-bebé, potenciando e facilitando a relação entre ambos. O toque entre pais e filhos e a utilização da massagem é uma prática ancestral comum por exemplo, em países como a Índia, Nigéria, Uganda, Nova Guiné. Nas culturas ocidentais, onde se inclui Portugal, esta foi-se perdendo ao longo dos tempos.

Ao contrário do que se pensou ao longo de muitos anos, o bebé participa de uma forma ativa em todo o seu processo de desenvolvimento, pois nasce com um conjunto de competências que lhe permitem interagir com o meio (Bolwby, 1982). De acordo com a evidência científica, o toque é fundamental para o desenvolvimento do recém-nascido, para a organização e maturação dos seus sistemas e como forma de comunicação entre pais e bebé. Cedo se percebeu a forte ligação da pele com o sistema nervoso, adquirindo o tacto um papel primordial na relação do bebé com o mundo. Este é fundamental para a sobrevivência do recém-nascido pois, por um lado, este é fonte de satisfação emocional e por outro, de sobrevivência (Field, 2001a; Montagu, 1988, citados por Bárcia, 2010).

Os estudos que se têm realizado nesta área provam que os benefícios da massagem são muitos para os bebés e para os pais a dois níveis, psicológico e fisiológico. A massagem do bebé permite por um lado a construção de uma relação saudável, equilibrada e de respeito mútuo, o que leva à criação de laços mais fortes entre pais e bebé promovendo a vinculação, assim como estimula o sistema imunitário e hormonal permitindo o ganho de peso, diminuição do *stress* e o alívio das dores; o sistema nervoso e endócrino; o sistema músculo-esquelético, facilitando as trocas celulares relacionadas com o metabolismo; o sistema circulatório, facilitando o retorno venoso; o sistema respiratório, pois permite-nos estimular a expansão torácica, facilitando as trocas gasosas; e o sistema

gastrointestinal facilitando a digestão, o trânsito intestinal e a absorção de alimentos (Figueiredo, 2007; Bárcia, 2010).

Para além dos benefícios fisiológicos para o bebé, devemos entender que também os pais usufruem do relaxamento e da interação, permitindo a manutenção de um equilíbrio emocional saudável. Bárcia (2010) desenvolveu um estudo que pretendia relacionar a realização da massagem infantil com a melhor vivência da maternidade, e concluiu que as mães que aprenderam a realizar a massagem no bebé, no pós-parto, apresentaram atitudes mais positivas face à maternidade; partilharam e envolveram mais os pais nos cuidados do bebé; o prazer que tinham no cuidar do bebé era maior do que no grupo de controlo; e ao longo do tempo classificaram os seus bebés como tendo um temperamento melhor do que o grupo de controlo, o que poderá facilitar a relação de vinculação que se cria entre mãe e bebé.

Estes dados são importantes para os profissionais que trabalham nesta área, pois estes encontros podem ajudar os casais a desenvolverem estratégias que lhes permitam lidar melhor com a maternidade. Estas tornam-se fundamentais junto de famílias com um nível socioeconómico mais baixo, com menos conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil e, talvez por isso, com menos oportunidades para investir na promoção da vinculação, como no caso da população abrangida pela UCSP.

## **2. PLANEAMENTO**

- Proposta atividade à Enfermeira Tutora tendo em conta as características da população abrangente pela UCSP;
  - Definição da população alvo;
  - Apresentada atividade à Enfermeira Chefe que considerou a sua realização pertinente;
  - Definição do espaço a utilizar (aquecido e acolhedor para o bebé e família);
  - Definição do dia e hora (13 Novembro 2013, às 16h);
  - Elaboração dos convites e entrega aos pais entre os dias 31 de Outubro e 12 de Novembro.
- Elaboração do plano da sessão e grelha de encadeamento:

## Plano de Sessão

---

**Tema da sessão** - Sensibilização para a importância da massagem infantil

---

**População alvo** - Bebés até aos 4 meses e seus pais

---

**Formadora** - Ana Carolina Almeida

---

### Objetivos gerais

- Desenvolver estratégias que promovam a vinculação entre pais e filhos;
  - Contribuir para o desenvolvimento psicomotor e social do bebé;
  - Transmitir à população a importância da massagem no bebé;
- 

### Objetivos específicos

- Relacionar a massagem com os fatores favorecedores da vinculação mãe-bebé;
  - Identificar 4 benefícios da massagem para o bebé, para os pais e para a sociedade;
  - Enumerar 5 pontos-chave positivos e 5 pontos-chave negativos do bebé;
  - Enumerar as principais formas de comunicação do recém-nascido;
  - Aplicar os princípios base da massagem no bebé: respeito, pressão, sentido dos movimentos e adequação ao segmento.
- 

### Pré-requisitos

Pertencer à UCSP – Lumiar e ser seguidos nas consultas de vigilância de Saúde Infantil

---

**Duração** - 60'

---

**Data** - 13 de Novembro de 2013 às 16h

---

**Local** - Piso 3 – Saúde Infantil (UCSP)

---

### Grelha de encadeamento

<b>Etapas</b>	<b>Atividades didáticas</b>	<b>Métodos e Técnicas Pedagógicas</b>	<b>Equipamentos/meios didáticos</b>	<b>Avaliação Formativa</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Apresentação dos formandos e formador</b></li> <li>• <b>Comunicação do tema e objetivos</b></li> <li>• <b>Controlo dos pré-requisitos</b></li> </ul>	<p style="text-align: center;">Método ativo</p> <p style="text-align: center;">Método expositivo</p> <p style="text-align: center;">Método interrogativo</p>			5'

<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>A Origem</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Breve História</li> <li>• Conceitos</li> <li>• Fatores que favorecem e inibem a vinculação</li> </ul> </li> <li>• <b>O Toque</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipos de toque</li> <li>• Importância do toque</li> <li>• Benefícios</li> </ul> </li> <li>• <b>Conhecendo o bebê</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estádios Comportamentais</li> <li>• Reflexos do bebê</li> <li>• Pontos – Chave</li> <li>• Comunicação <ul style="list-style-type: none"> <li>• O Choro</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>• <b>O Programa de Massagem da IAIM</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnicas de Massagem (pernas)</li> <li>• Protocolo Cólicas</li> </ul> </li> </ul>	Método expositivo			5'
		Método Ativo (Leitura e discussão do poema)	Poema “Por favor toca-me”		10'
		Método Expositivo			10'
		Método Demonstrativo	Manequins		20'
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Síntese</b></li> <li>• <b>Conclusão</b></li> <li>• <b>Avaliação do Módulo</b></li> </ul>	Método Ativo		Partilha de experiências	10'

### 3. EXECUÇÃO

A principal finalidade da sessão de sensibilização para a massagem infantil foi transmitir aos pais a necessidade de comunicarem com os filhos e de os entender através da aplicação do toque. Por este motivo, optei por realizar uma sessão prática, sem recurso à projeção de slides em *PowerPoint*, embora este trabalho tenha sido feito para sistematização de ideias. Neste sentido, a sessão foi um momento de partilha e de interação, entre os pais-bebés e as mães dos bebés. Utilizei como recursos o manual da Associação Internacional de Massagem Infantil (2008), e os manequins próprios para demonstração das técnicas de massagem. Aos pais que acompanharam as mães foi fornecido também um boneco manequim para que participassem ativamente no processo de aprendizagem, já que o bebé deve ser massajado por uma pessoa apenas, e não deve mudar a meio de uma sessão para não estranhar diferenças de pressão e formas de manipular.

Optei por ensinar apenas as técnicas de massagem dos membros inferiores, por ser a parte do corpo onde os bebés melhor toleram o toque numa primeira fase por estarem já habituados à sua manipulação durante a muda da fralda; e o protocolo das cólicas, já que a população alvo se encontra num período de vida em que estas estão presentes e provocam muita ansiedade no seio do casal.

Em seguida apresento os slides que foram preparados para esta sessão.





## Breve História

Com apenas 21 anos foi trabalhar para um orfanato na Índia onde teve o primeiro contacto com a massagem.



Vimala McClure



“ Ela tinha tão pouco, no entanto podia oferecer ao seu bebé aquela dádiva de amor e segurança...”



## Breve História



## Conceitos

**Bonding**  
(breve e primeiras horas de vida)



Primeira relação que se estabelece entre o bebé e a sua figura parental;

**Vinculação**  
(primeiros anos de vida)



Relação que emerge ao longo do tempo a partir de uma história de interações e prestação de cuidados.

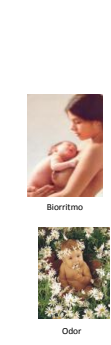


## Vinculação

Factores que dificultam

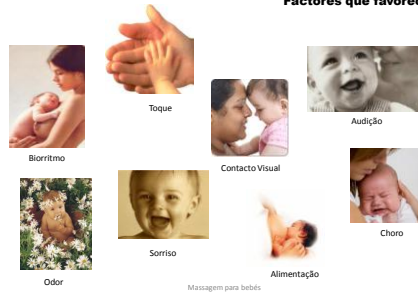


Massagem para bebés



## Vinculação

Factores que favorecem



7



## Vinculação e Massagem



Massagem para bebés

9



10

## “Por favor, Toca-me!”



11

## Importância do toque

### Estudos com primatas



Massagem para bebês

### Estudos em Bebês Prematuros

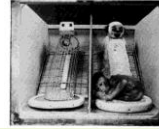


12

## Importância do toque

Harlow, anos 50-60

### Estudos com primatas



É o contacto físico e não o alimento, que favorece o desenvolvimento afectivo.

Massagem para bebês

13



## Importância do toque

### Estudos em Bebês Prematuros

40 mil prematuros;  
Aplicação de massagem básica;  
15 minutos, 3x/semana, 10 dias

Estudo de Field, et al, 1986

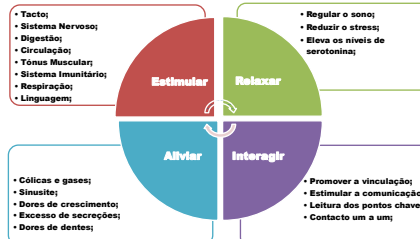
- Tiveram um aumento de peso de, em média, mais 47%.
- Mais despertados e mais activos durante mais tempo;
- Mais atenção, orientação e capacidade de reacção (EACNB);
- Menos 6 dias de hospitalização.

Massagem para bebês

14

## Porquê massajar o bebé?

Benefícios GLOBAIS para o bebé



Massagem para bebês

15

## Porquê massajar o bebé?

### Cólicas e Gases

Causas possíveis

- Imaturidade do intestino do bebé;
- Alergia gastrointestinal;
- Intolerância ao leite de vaca;
- Má absorção;
- Refluxo gastro-esofágico.



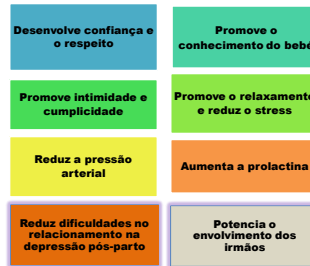
Surgem na 2ª/3ª semana de vida do bebé  
Intensificam-se à 4ª/6ª semana de vida do bebé  
Aliviam gradualmente até ao final do 3º mês

Massagem para bebês

16

## Porquê massajar o bebé?

Benefícios para os pais/família



17

## Porquê massajar o bebé?

### Consequências da privação do contacto físico



Massagem para bebês

18



Conhecendo o bebé

19

## Reflexos do bebé



## Pontos-chave

	Positivos	Negativos
Contacto visual e expressões faciais	<ul style="list-style-type: none"> <li>Olhos bem abertos e brilhantes;</li> <li>Desviar o olhar e voltar a olhar para os pais a sorrir;</li> <li>Olhar directamente para os pais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Olhos fechados quando acordado, bocejar, adormecer;</li> <li>Virar o olhar para fora e franzir o sobrolho ou enrugar a testa;</li> <li>Olhar espantado, fazer caretas.</li> </ul>
Sons	<ul style="list-style-type: none"> <li>Babar-se, chuchar de satisfação, rir;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solçar; Cuspir; Irritação; Chorar.</li> </ul>
Linguagem corporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Permanecer silencioso e relaxado;</li> <li>Movimentos suaves dos braços e pernas;</li> <li>Esticar em direcção aos pais, contacto visual e sorriso;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tentar gatinhar, rolar sobre si próprio, arqueamento de costas, corpo tenso;</li> <li>movimentos bruscos ou incontroláveis;</li> <li>Afastar os pais, empurrar ou pontapear as mãos dos pais;</li> </ul>

Massagem para bebés

## Comunicação



## Formas de comunicação no 1º ano de vida



### O Choro

1ª forma de comunicação

5 palavras para que transmitam as suas necessidades básicas

"Palavras" inatas e Universais

Massagem para bebés

### O Choro

**Choro nº1: Neh = "tenho fome"**

O som "Neh" é baseado no reflexo da sucção, combinado com o choro.

**Choro nº2: Owh = "tenho sono"**

Este som é baseado no reflexo de bocejar e este "Owh" pode ser longo e pronunciado.

**Choro nº3: Heh = "alento desconforto"**

Se ouvir este som no seu bebé é porque provavelmente ele necessita que lhe mude a fraida, ou que o coloque numa nova posição.

Massagem para bebés

### O Choro

**Choro nº4: Eairh = "estou com gases"**

Quando os bebés têm dores devido a cólicas, usualmente encolhem as pernas e fazem o som "Eairh".

**Choro nº5: Eh = "quero arrotar"**

Nesta situação o choro do bebé é usualmente curto e repetitivo: "eh", "eh", "eh".

Massagem para bebés

### O Choro

Algumas dicas

- Durante a fase pré-choro, o choro que o bebé faz é mais facilmente identificável.
  - Na presença de mais que um tipo de choro, perceber qual o dominante.
  - Se ouvir mais do que um tipo de choro tentar perceber qual é o mais dominante e agir de acordo com esse choro.
  - Se não conseguir perceber o choro do bebé tentar mudá-lo de posição.
- Massagem para bebés

# O Programa de Massagem da IAIM



28



## As técnicas de massagem



Massagem Indiana



Princípios da reflexologia



Massagem Sueca



Princípios do Ioga

Massagem para bebés

29



## As técnicas de massagem

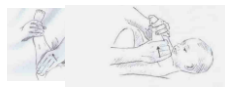
Massagem Indiana



Abrir o livro



Borboleta



Ordenha Indiana



Rosca



Rolar

Pás de moinho

30



## As técnicas de massagem

Massagem Indiana



Afastar dos polegares



Caminhar dos dedos



Deslizar lateralmente

Deslizar longitudinalmente



Deslizar nas costas da mão



Deslizar na planta da mão e rolar dedos



Abrir o livro



Sorriso

31



## As técnicas de massagem

Massagem Indiana



Deslizar nas sobrancelhas



Deslizar orelhas ao queixo



Sobe e desce no nariz



Círculos nas bochechas

32



## As técnicas de massagem

Massagem Sueca



Ordenha sueca



Pentear



Círculos



I

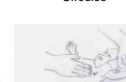
L

U

I Love You



Sol e Lua



Deslizar na axila

33



## As técnicas de massagem

Princípios da reflexologia



Deslizar na planta do pé



Rolar os dedos



Pressão com o indicador



Caminhar na planta do pé



Deslizar no dorso do pé



Círculos no tornozelo



## As técnicas de massagem

Princípios do Yoga

### Ginástica

- Cruzar de braços
- Cruzar Braços-Pernas
- Cruzar de pernas
- Dobrar-Esticar as pernas
- Bicicleta

Massagem para bebés

35

## Curso de Massagem Infantil para pais



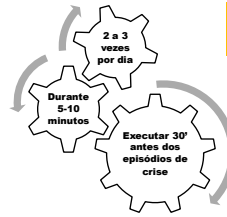
### Protocolo das Cólicas

6 x pás de moinho  
Joelhos sobre abdómen 6 seg.  
Toque de relaxamento  
6 x sol e lua  
Joelhos sobre abdómen 6 seg.  
Toque de relaxamento

Massagem para bebés

37

## Curso de Massagem Infantil para pais



### Protocolo das Cólicas

Alívio imediato dos sintomas após 2-3 dias

Massagem para bebés

38

## Síntese



Massagem para bebés

39

## Bibliografia

- FIGUEIREDO, Bárbara, "Massagem ao Bebê" – Artigo de Actualização. *Acta Pediátrica Portuguesa*, V38, nº1, Janeiro/Fevereiro 2007, p.29-38.
- Associação Internacional de Massagem Infantil, *Manual for Infant Massage Instructors* – versão portuguesa, 2008.
- Johnson&Johnson, *O Contacto Físico, Toque, no Parto e na Infância: Implicações Clínicas* (s/d).
- www.apmi.org.pt

Massagem para bebés

41

## 4. AVALIAÇÃO

No final da sessão foi pedida uma avaliação escrita e individual a cada pai. De acordo com as respostas obtidas, posso concluir que a sessão foi de encontro às expectativas deles, e que a mensagem foi transmitida, isto é, a importância do toque para o pleno desenvolvimento psicomotor do bebé e para o estabelecimento de uma relação íntima entre pais e filho.

As avaliações individuais apresentam-se em seguida.

### Avaliação da Sessão

Módulo: Marsengem infantil  
 Data: 13/11/2013  
 Formador: Carolina Almeida  
 Formando: Tónica Pereira

#### Escala de Avaliação

4	3	2	1
Muito Bom	Bom	Satisfatório	Insatisfatório

Conteúdo	Avaliação
Correspondeu às expectativas	4
Correspondeu aos objectivos	4
Os conteúdos estão adequados à realidade	4
Importância para o futuro	4
<b>Metodologia</b>	
Foi facilitadora da aprendizagem	4
Adequada ao tema	4
Permitiu a troca de experiências entre participantes	4
Contribuiu para a motivação	4
<b>Formador</b>	
Assiduidade e pontualidade	4
Conhecimento e domínio do assunto	4
Explicitou os objectivos a atingir	4
Segurança na abordagem dos temas	4
Clareza ao transmitir conhecimentos	4
Objectividade na condução dos temas	4
Criou ambiente favorável à colocação de questões e participação activa dos formandos	4
Capacidade de motivar o grupo	4
Capacidade de coordenar o grupo	4
<b>Recursos</b>	
Slides	4
Exercícios práticos	4
<b>Carga Horária</b>	
Tempo para a parte teórica	4
Tempo para a prática	4
<b>Condições de Aprendizagem</b>	
Local	4
Instalações Físicas	4

**PONTOS FORTES**

Transmissão de conhecimentos e técnicas sobre a massagem e a sua importância no desenvolvimento do bebé

**PONTOS FRACOS**

**SUGESTÕES E COMENTÁRIOS**

Obrigado pela sua colaboração!

## Avaliação da Sessão

Módulo: Massagem Infantil  
 Data: 13/11/13  
 Formador: Cecília Almeida  
 Formando: Flávia, Heise, Tomás, Mariana

### Escala de Avaliação

4	3	2	1
Muito Bom	Bom	Satisfatório	Insatisfatório

Conteúdo	Avaliação
Correspondeu às expectativas	3
Correspondeu aos objectivos	3
Os conteúdos estão adequados à realidade	4
Importância para o futuro	4
<b>Metodologia</b>	
Foi facilitadora da aprendizagem	4
Adequada ao tema	4
Permitiu a troca de experiências entre participantes	4
Contribuiu para a motivação	4
<b>Formador</b>	
Assiduidade e pontualidade	3
Conhecimento e domínio do assunto	4
Explicitou os objectivos a atingir	4
Segurança na abordagem dos temas	4
Clareza ao transmitir conhecimentos	4
Objectividade na condução dos temas	4
Criou ambiente favorável à colocação de questões e participação activa dos formandos	4
Capacidade de motivar o grupo	4
Capacidade de coordenar o grupo	4
<b>Recursos</b>	
Slides	3
Exercícios práticos	4
<b>Carga Horária</b>	
Tempo para a parte teórica	4
Tempo para a prática	4
<b>Condições de Aprendizagem</b>	
Local	4
Instalações Físicas	4

**PONTOS FORTES**

Didática; motivação; Meia-vidua para mãe e o bebé

**PONTOS FRACOS**

**SUGESTÕES E COMENTÁRIOS**

Obrigado pela sua colaboração!

### Avaliação da Sessão

Módulo: Massagem infantil  
 Data: 13/11/2013  
 Formador: Carolina Almeida  
 Formando: Sofia Almeida

#### Escala de Avaliação

<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
Muito Bom	Bom	Satisfatório	Insatisfatório

Conteúdo	Avaliação
Correspondeu às expectativas	4
Correspondeu aos objectivos	4
Os conteúdos estão adequados à realidade	4
Importância para o futuro	4
<b>Metodologia</b>	4
Foi facilitadora da aprendizagem	4
Adequada ao tema	4
Permitiu a troca de experiências entre participantes	4
Contribuiu para a motivação	4
<b>Formador</b>	
Assiduidade e pontualidade	4
Conhecimento e domínio do assunto	4
Explicitou os objectivos a atingir	4
Segurança na abordagem dos temas	4
Clareza ao transmitir conhecimentos	4
Objectividade na condução dos temas	4
Criou ambiente favorável à colocação de questões e participação activa dos formandos	4
Capacidade de motivar o grupo	4
Capacidade de coordenar o grupo	4
<b>Recursos</b>	
Slides	
Exercícios práticos	4
<b>Carga Horária</b>	
Tempo para a parte teórica	4
Tempo para a prática	4
<b>Condições de Aprendizagem</b>	
Local	4
Instalações Físicas	4

**PONTOS FORTES**

Exercícios práticos ; utilidade dos conhecimentos

**PONTOS FRACOS**

Nada a apontar

**SUGESTÕES E COMENTÁRIOS**

Passar em folheto para fornecer a pais com segurança dos manuseios.

Obrigado pela sua colaboração!

## Avaliação da Sessão

**Módulo:** Passagem infantil  
**Data:** 13/11/2013  
**Formador:** Paulina Almeida  
**Formando:** Laura Aguiar

### Escala de Avaliação

<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Muito Bom</b>	<b>Bom</b>	<b>Satisfatório</b>	<b>Insatisfatório</b>

Conteúdo	Avaliação
Correspondeu às expectativas	3
Correspondeu aos objectivos	3
Os conteúdos estão adequados à realidade	4
Importância para o futuro	4
<b>Metodologia</b>	
Foi facilitadora da aprendizagem	3
Adequada ao tema	3
Permitiu a troca de experiências entre participantes	3
Contribuiu para a motivação	3
<b>Formador</b>	
Assiduidade e pontualidade	4
Conhecimento e domínio do assunto	4
Explicitou os objectivos a atingir	4
Segurança na abordagem dos temas	4
Clareza ao transmitir conhecimentos	4
Objectividade na condução dos temas	4
Criou ambiente favorável à colocação de questões e participação activa dos formandos	4
Capacidade de motivar o grupo	3
Capacidade de coordenar o grupo	4
<b>Recursos</b>	
Slides	—
Exercícios práticos	3
<b>Carga Horária</b>	
Tempo para a parte teórica	3
Tempo para a prática	3
<b>Condições de Aprendizagem</b>	
Local	4
Instalações Físicas	4

**PONTOS FORTES**

Empatia, exigência de formadora

**PONTOS FRACOS**

Baixa adesão dos utentes do CS.

**SUGESTÕES E COMENTÁRIOS**

Multiplique as sessões.

Obrigado pela sua colaboração!

### Avaliação da Sessão

Módulo: \_\_\_\_\_  
 Data: 13/11/2013  
 Formador: \_\_\_\_\_  
 Formando: Yfêcia Queiroz

#### Escala de Avaliação

<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
Muito Bom <u>x</u>	Bom	Satisfatório	Insatisfatório

Conteúdo	Avaliação
Correspondeu às expectativas	4
Correspondeu aos objectivos	4
Os conteúdos estão adequados à realidade	4
Importância para o futuro	4
<b>Metodologia</b>	
Foi facilitadora da aprendizagem	4
Adequada ao tema	4
Permitiu a troca de experiências entre participantes	3
Contribuiu para a motivação	3
<b>Formador</b>	
Assiduidade e pontualidade	3
Conhecimento e domínio do assunto	3
Explicitou os objectivos a atingir	3
Segurança na abordagem dos temas	3
Clareza ao transmitir conhecimentos	4
Objectividade na condução dos temas	4
Criou ambiente favorável à colocação de questões e participação activa dos formandos	3
Capacidade de motivar o grupo	4
Capacidade de coordenar o grupo	4
<b>Recursos</b>	
Slides	3
Exercícios práticos	4
<b>Carga Horária</b>	
Tempo para a parte teórica	3
Tempo para a prática	3
<b>Condições de Aprendizagem</b>	
Local	3
Instalações Físicas	3

**PONTOS FORTES**

*• Foi muito positivo. Fases de trabalho muito boas. Queira-se relaxar. Sempre*

**PONTOS FRACOS**

*• Opção de ter apresentações e exercícios no*

**SUGESTÕES E COMENTÁRIOS**

*Sugestão: música relaxante*

*curso inteiro ter idolo mais tempo de aula para prática*

Obrigado pela sua colaboração!

## 5. CONTRIBUTOS PARA A APRENDIZAGEM

A realização desta sessão contribui para treinar competências no âmbito da promoção para a saúde da criança e família, através da transmissão de informações sobre a massagem do bebé e os benefícios que dela advêm, tanto para a criança, como para os pais e sociedade. Contribuiu também para entender a dificuldade que existe em trabalhar com os pais e motivá-los para comportamentos saudáveis em populações com estas características. Considerando as dificuldades atuais e o agravamento das condições de vida de muitas destas famílias, e apesar da pouca adesão que houve, penso que este tipo de iniciativas permitem intervir de forma preventiva e antecipar situações de maior complexidade.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Internacional de Massagem Infantil. (2008). *Manual of Infant Massage Instructors*. APMI.
- Bárcia, S. (2010). *A massagem no desenvolvimento do bebé e das competências parentais*. Tese de Doutoramento em Psicologia na área de especialidade educacional.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss* (Vol. 1). London: Hogarth Press.
- Canavarro, M. (2001). Gravidez e maternidade: representações e tarefas do desenvolvimento. In M. Canavarro, *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto.
- Figueiredo, B. (2007). Massagem ao bebé. *Acta Pediátrica Portuguesa*, pp. 29- 38.



**APÊNDICE VII**

**Convites - *Massagem Infantil - curso para pais***



# Massagem para bebês

**UCSP— Lumiar**

*“Ligue-se com os seus filhos de coração para coração. Toque-lhes com as suas mãos, os seus olhos e o seu coração. Deixe-os ligarem-se com o mundo vivo que respira.”*

*de coração para coração.*

*Toque-lhes com as suas mãos, os seus olhos e o seu coração. Deixe-os*

*ligarem-se com o mundo vivo que respira.”*

**Vimala McClure**



**Instrutora:** Ana Carolina Banha e Almeida, certificada pela Associação Portuguesa de massagem Infantil (APMI-IAIM) Aluna do 4º Curso de Mestrado de Enfermagem na Área de ESIP, da ESEL.

**CONVITE**  
**13 Novembro—16h**  
**Saúde Infantil—Piso 3**

**Traga o seu  
bebé**

**Os pais  
massajam os  
seus filhos**

**Benefícios para o seu bebé**



**Relaxar  
Aliviar  
Interagir  
Estimular**

**Para um melhor conforto seu e do seu bebé, deve trazer:**

- Roupa confortável (pois as atividades são realizadas no chão);
- Uma manta para deitar o seu bebé;
- Creme para massajar o bebé ou óleo de amêndoas doces.



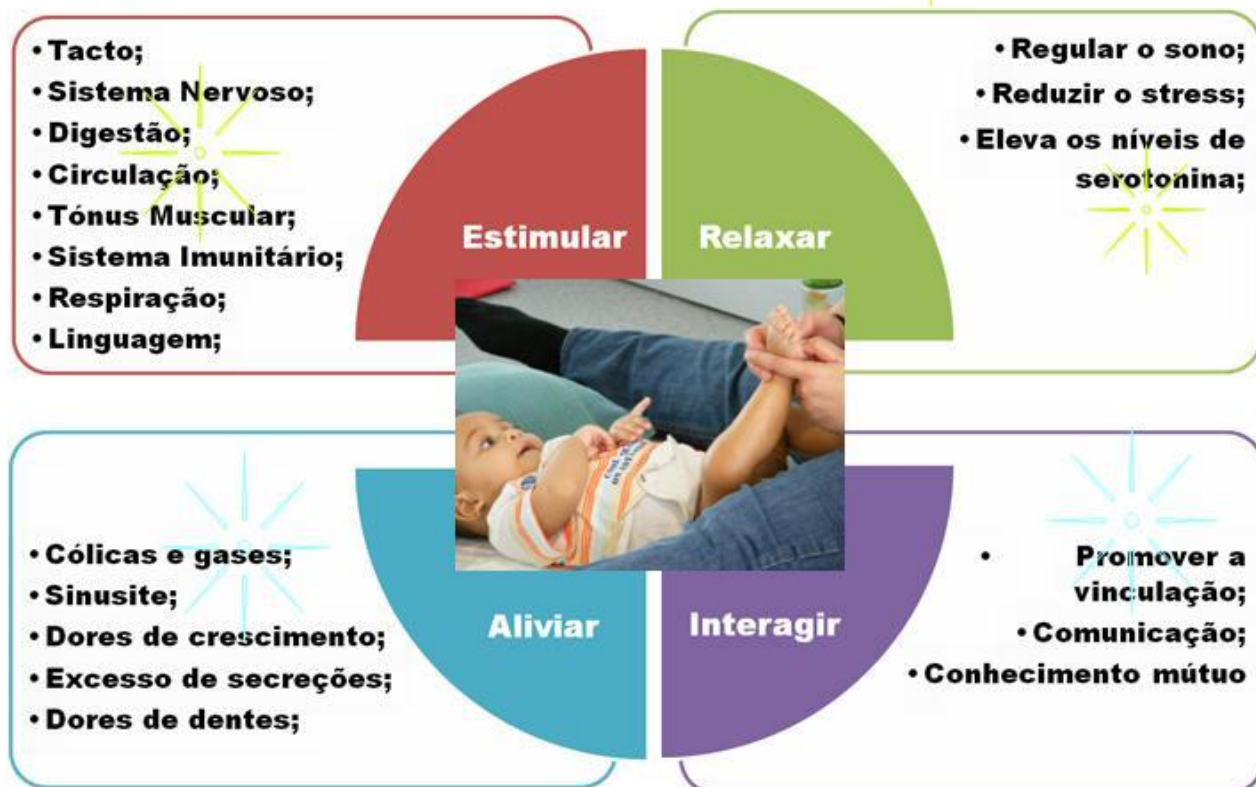
**APÊNDICE VIII**

***Poster – Massajar o meu bebé...Porquê?***



# Massajar o meu bebé... porquê?

A Massagem é uma “ferramenta” essencial ao desenvolvimento do bebé, que utiliza o toque como fonte de prazer, partilha e ligação emocional



***“Ligue-se com os seus filhos de coração para coração. Toque-lhes com as suas mãos, os seus olhos e o seu coração. Deixe-os ligarem-se com o mundo vivo que respira.”***

**Vimala McClure**

Elaborado por: Ana Carolina Banha e Almeida, aluna do 4º Curso de Mestrado de Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, ESEL.

12 Novembro 2013



**APÊNDICE IX**  
**Diário de Aprendizagem – *Visitas Domiciliárias***



## 1. FUNDAMENTAÇÃO

A humanização dos cuidados à criança preconiza que os mesmos sejam realizados tanto quanto possível, perto de casa ou em casa, pois no contexto natural da criança os hábitos familiares têm maior probabilidade de serem mantidos, há um menor número de fatores stressantes associados à doença, bem como a comunicação e a confiança entre família e profissional está facilitada. Ao nível da qualidade e segurança dos cuidados prestados, futuramente a grande aposta serão os cuidados domiciliários (DGS, 2011). A componente dos cuidados domiciliários e a aproximação à comunidade permitirá um acompanhamento holístico do utente e assim garantir ganhos do bem-estar das famílias. Por outro lado previnem-se episódios de readmissões hospitalares.

De acordo com o modelo de gestão dos centros de saúde emanado pela Ordem dos Enfermeiros (2003), as necessidades de cuidados devem-se centrar essencialmente “nos processos de transição que os desafios de saúde lhes vão lançando ao longo da vida”, pelo que defendem o desenvolvimento de intervenções em torno da promoção do papel parental (ensino dos cuidados com a criança nas diferentes etapas do seu desenvolvimento) e a garantia dos cuidados de enfermagem domiciliários ao RN após a alta hospitalar. A este propósito também Soares (2008), citando Ahlborg e Strandmark (2001) e Neslon (2003) defende que é conveniente realizar VD às famílias no período perinatal por forma a detetar possíveis dificuldades e riscos inerentes a inseguranças e problemas na gestão emocional e suporte nos primeiros seis meses após o parto.

Por outro lado, as VD são momentos que devem ser aproveitados para a realização de ações que visam o atendimento educativo e assistencial. Deve estar direcionada para a educação em saúde e a consciencialização dos indivíduos com relação aos aspetos de saúde no seu próprio contexto. O resultado que se deseja com a VD é a mudança de atitudes a partir de conceções adquiridas pelas famílias e comunidades.

De acordo com Marinheiro (2002), a capacidade da família se ajustar a uma criança com necessidades especiais depende, em grande medida, da disponibilidade de uma rede de apoio, dos seus mecanismos de adaptação, dos

recursos disponíveis e da percepção do tipo e gravidade da doença ou deficiência. Neste sentido, o apoio prestado pela equipe de enfermagem no domicílio pode ser fundamental para ajudar a criança e família na adaptação ao novo ambiente, tendo em conta a especificidade de cuidados de cada criança.

A VD pode ainda ter como principal objetivo, prevenir situações de risco, na criança e família, inerentes a fatores da própria criança, como relacionado com os pais e/ou a situação socioeconómica da família que possa conduzir ao consumo de substâncias ilícitas, abandono escolar, gravidez na adolescência, violência e maus-tratos. Isto só é possível na medida em que, ao estarmos mais próximo da comunidade, conseguimos ter um conhecimento mais concreto da realidade e do contexto em que a criança e família se inserem.

Considerando o RN prematuro uma criança em risco, não só pela sua prematuridade e condição de saúde, mas também pelo impacto psicológico que acarreta para a família, em particular para os cuidadores diretos, a VD pelos enfermeiros da Neonatologia é outra vertente na qual algumas Unidades começam a investir. Santos M. (2011, p.50), no estudo que realizou, concluiu que é “(...) inquestionável a necessidade que as famílias têm aquando da alta para o domicílio, na garantia da continuidade de cuidados com segurança (...)”, principalmente no apoio às crianças com necessidade de cuidados especiais ou em risco. A autora considera que a realização destas visitas, em conjunto com a Enfermeira dos Cuidados de Saúde Primários, é o primeiro passo para ajudar os pais neste período de transição, assegurando que a articulação é feita e que a criança tem condições para permanecer em casa com o apoio comunitário.

Durante o ensino clínico, assisti a duas modalidades de visita domiciliária: a primeira diz respeito ao apoio domiciliário prestado pelas colegas da consulta externa do hospital, no sentido de acompanhar crianças com doenças crónicas e cuidados de saúde especiais no domicílio; a segunda resulta da experiência com a equipa de saúde da UCSP, cujas visitas domiciliárias integravam um programa de intervenção junto da criança e família de risco.

Embora com populações muito distintas e objetivos específicos diferentes, a finalidade é só uma: trabalhar lado-a-lado com a comunidade, fornecendo recursos

que estejam ao alcance de cada um para que promovam a sua saúde e qualidade de vida.

## **2. PLANEAMENTO**

O planeamento para esta atividade teve início ainda durante o período de escolha dos campos de estágio, já que foi condição essencial para a realização do meu projeto, ter a experiência da visita domiciliária, por forma a contactar com as dificuldades, necessidades e formas de adaptação destas famílias às novas condições e processos de vida. A reflexão sobre as ações e interações de enfermagem inerentes à visita domiciliária encontra-se, assim, em forma de diário de aprendizagem sobre duas destas visitas, escolhidas aleatoriamente.

## **3. EXECUÇÃO**

### **18 de Outubro de 2013**

Hoje começámos por visitar a “Maria”. Esta bebé tem atualmente 11 meses de vida (IC=9,5meses) É a segunda semana que está em casa desde que nasceu, após um internamento prolongado no hospital durante 10 meses. Ao chegarmos, a “Maria” está acompanhada pela família (mãe e avós) e recebe-nos com um sorriso tímido de alguém que não está totalmente certa de nos conhecer, principalmente porque acabou de ser acordada pela mãe para que as Enfermeiras da UMAD a pudessem observar e prestar os cuidados necessários.

Iniciamos a interação com a “Maria” através das técnicas que costumam funcionar com ela, como o falar animado, fazer cócegas e a utilização dos seus brinquedos. Obtivemos a resposta encantadora habitual: muitos sorrisos e um balbuciar musical. Depois tentamos perceber junto da mãe como tem sido o dia-a-dia da “Maria”, dirigindo a nossa atenção em primeiro lugar para as preocupações da mãe, tais como a falta de apetite da “Maria”, principalmente de manhã; continua a recusar a sopa, esboçando o vômito sempre que se insiste. Avaliamos então o peso da bebé e constatámos que houve uma evolução ponderal positiva e adequada, pelo que a mãe ficou mais tranquila. Além disso, fizemos questão de frisar que a “Maria”

ainda faz alimentação parentérica (AP) total 16h por dia, entre as 22h-14h, o que contribui para esta diminuição do apetite. Validamos também as restantes atividades de vida diárias, as quais não parecem ter qualquer alteração.

Outra das atividades realizadas foi a avaliação de desenvolvimento utilizando a escala de Mary Sheridan Modificada. Embora esta criança tenha sido uma prematura de 34 semanas, tenha estado 10 meses internada, sujeita a várias cirurgias e, ainda, com necessidade de AP parcial através de um cateter venoso central (CVC), concluímos que o seu desenvolvimento está ótimo tendo em conta os padrões “normais” para uma criança de 9 meses. Foi muito fácil fazer esta avaliação através da observação da interação da bebé com o meio que a rodeia. Colocámo-la no tapete junto aos seus brinquedos e percebemos que gatinha, senta-se e permanece sentada e procura os brinquedos. Com ajuda consegue andar em pé. E quando colocada dentro do seu berço, rapidamente se levanta agarrada às grades para pedir colo. Se não atendemos ao seu pedido, então tenta mostrar as suas habilidades, tais como manter-se em pé, primeiro agarrada apenas com uma mão, depois sem nenhuma por alguns segundos, até que cai com o rabo no colchão da cama e choraminga.

Hoje era também dia de realizar o penso do CVC. Embora os pais já estejam autónomos neste cuidado, sempre que a equipa de enfermagem da UMAD vai lá a casa e é dia de mudar o penso, as enfermeiras ajudam neste processo, também para observar o local de inserção e despistar qualquer risco de infeção. Durante a realização da atividade percebemos, e foi-nos verbalizado pela mãe, que esta estava menos ansiosa que na semana passada, mais confiante e segura no que estava a fazer. Descobrimos que a “Maria” é alérgica ao penso que estava a utilizar, pelo que aproveitamos para discutir com a mãe alternativas ao mesmo.

Após os cuidados diretos à “Maria”, tratamos de resolver assuntos inerentes à necessidade de reforçar material e programar uma nova VD no sentido de manter o acompanhamento do desenvolvimento da criança, reforçar o apoio emocional à mãe e promover o estabelecimento da autoconfiança na prestação dos cuidados.

## **7 Novembro de 2013**

Após várias insistências junto da Enfermeira Tutora do estágio na UCSP, consegui finalmente ter um lugar na unidade móvel que permite a realização das visitas domiciliárias. Para a manhã de trabalho programámos 4 visitas, todas elas por motivos de não comparecimento às consultas no centro de saúde, ausência das atividades escolares, ou suspeita de envolvimento de uma adolescente em atividades ilícitas como aliciamento de jovens para “trabalhar” num bordel. Nenhuma delas foi combinada com a criança/família, exatamente pela necessidade de encontrar cada uma destas pessoas/famílias no seu contexto natural. Contudo, estas visitas “ao acaso” contribuíram para que nenhuma tivesse sucesso. Batemos às várias portas e nenhuma nos foi aberta.

Os objetivos da intervenção da unidade móvel junto desta população são facilitar a acessibilidade aos cuidados de saúde primários, sensibilizando para a importância da vigilância de saúde; identificar e encaminhar/acompanhar as situações de risco, priorizando as situações de negligência, maus-tratos e violência; e, ainda, identificar junto da população dos bairros pessoas-chave que possam funcionar como promotoras e dinamizadoras de atividades que conduzam a mudanças efetivas. Mas quando a comunidade nos fecha as portas, a única solução que nos resta é observar o ambiente em que vive, as condições de insalubridade e insegurança, e esperar que o investimento que é feito diariamente não seja em vão.

Considerando as dificuldades atuais e o agravamento das condições de vida de muitas destas famílias, só estando mais próximos da comunidade poderemos intervir de forma preventiva por forma a antecipar situações de maior complexidade e gravidade. Mas quando as pessoas não querem ser ajudadas e, inclusivamente, destroem aquilo que lhes é dado para que tenham uma vida com mais qualidade e segurança, a motivação para continuar a abraçar projetos deste nível diminui, mesmo quando tentamos pensar que estamos a contribuir para o bem-estar de crianças indefesas e vulneráveis, sujeitas às condições de vida que os pais lhes querem dar.

#### 4. CONTRIBUTOS PARA APRENDIZAGEM

A realização desta atividade mas, em particular, das VD per si, foram fundamentais para o desenvolvimento de competências na ordem da comunicação, avaliação e intervenção junto da comunidade. Há situações que não transparecem quando a criança está internada. Mas quando fazemos a visita a uma criança com 8 meses de idade que necessita de fazer AP contínua em casa devido à cirurgia intestinal que fez e nos deparamos com a criança deitada na cama da mãe, na única área mobilada da casa, que está dessarrumada e muito suja, ficamos apreensivos. Percebo que se fornecem todos os apoios necessários no que respeita ao material para realização do penso do CVC e preparação da AP. Mas e o espaço com condições, já não digo de assépsia, mas com o mínimo de higiene, para a realização desses procedimentos? Somo apanhadas desprevenidas, e por vezes não é fácil lidar com estas situações, porque os recursos disponíveis são poucos. Por outro lado, saímos motivadas, mas com uma ligeira mágoa no coração, quando vamos a casa de outra criança, que em breve irá fazer 6 anos e não poderá comer do próprio bolo, pelo que a mãe acha que o melhor é nem fazer festa de anos. Uma criança bem-disposta, que sorri quando brincamos com um dos 6 bonecos que ela tem à sua disposição. Mas em contrapartida, sabemos que os cuidados são prestados pela mãe com eficiência, e que todos os produtos estão bem acondicionados. Mas estamos no quarto da criança, ou num quarto de hospital?

Embora nem sempre seja fácil, considero que a VD é relamente uma mais valia e um instrumento indispensável à prestação de cuidados, ao indivíduo, família e comunidade pelos resultados inovadores que pode trazer, uma vez que possibilita conhecer a realidade do doente e sua família *in loco*, contribuir para a redução de gastos hospitalares, além de fortalecer os vínculos doente-profissional. Suncitamente pode dizer-se que esta atividade possibilita avaliar o bem-estar da criança, reforçar ensinamentos, avaliar os cuidados prestados pelos cuidadores, avaliar o risco social/económico, identificar crianças de risco, reduzir o número de saídas de casa quando não é aconselhado que o façam ou quando esse processo é muito complexo, dar continuidade ao plano de cuidados iniciados durante o internamento e contribuir para a tranquilização e estabilização emocional dos pais.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DGS. (2011). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Obtido em 10 de Dezembro de 2013, de Direção Geral de Saúde: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Marinheiro, P. (2002). *Enfermeiro de Ligação. Cuidados pediátricos do domicílio*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Conselho de Enfermagem: Do caminho percorrido e das Propostas*. Lisboa: Grafinter, edições OE.
- Santos, M. (2011). *A visita domiciliária ao recém-nascido pré-termo após a alta da neonatologia*. Dissertação de mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Obtido em 1 de Fevereiro de 2013, de <http://hdl.handle.net/10400.19/1487>
- Soares, H. (2008). *Acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem*. Dissertação de mestrado em ciências de Enfermagem. Obtido em 23 de Abril de 2013, de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitst>



**APÊNDICE X**

**Análise Crítica - *Consulta de Desenvolvimento Infantil***



## **1. FUNDAMENTAÇÃO**

Uma das competências a desenvolver enquanto futura enfermeira especialista diz respeito a cuidar da criança/família em situações de especial complexidade, onde se inclui a promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, oncológica e/ou deficiência. A criança com uma perturbação do desenvolvimento causada por epilepsia, autismo, défice cognitivo, paralisia cerebral, hiperatividade com défice de atenção, etc., será sempre uma criança que necessita de um acompanhamento focado nas suas capacidades e oportunidades de desenvolvimento pessoal. O trabalho com a família é fundamental na medida em que são os alicerces para o crescimento e desenvolvimento da criança. O processo de capacitação parental torna-se fulcral para que haja adesão terapêutica, incentivo à aprendizagem e, acima de tudo, aceitação da condição especial do filho.

Durante a experiência de estágio no CDI, assisti a várias consultas de seguimento, onde a maioria já tinha aceite o diagnóstico do filho e, em muitas foi visível, na expressão e relatos dos pais, a evolução positiva no desenvolvimento psicomotor da criança. Mas e quando o diagnóstico é feito pela primeira vez? Como é que os pais lidam? Como é que se trabalham as estratégias de intervenção? Como é que se comunica à família? Como é que se interage com a criança? Foi no sentido de dar respostas a estas inquietações que me fazia sentido assistir a uma consulta de primeira vez, pesquisar e analisar o seu conteúdo.

## **2. PLANEAMENTO**

- Organização do tempo de estágio por forma a estar presente numa consulta de primeira vez;
- Análise da folha utilizada para registo dos dados recolhidos na consulta de primeira vez.

### 3. EXECUÇÃO

Particpei numa consulta de primeira vez no dia 22 de Outubro, onde estava presente a Médica, a Professora, eu, a criança e a mãe da criança. Pedi autorização para registar algumas notas enquanto a consulta decorria, por forma a preencher a folha de avaliação inicial e recolher alguns dados para futura reflexão. Elaborei uma pesquisa no *Google Académico* sobre perturbações do espectro do autismo e vinculação, por forma a poder refletir sobre os dados obtidos.

#### a. Avaliação inicial

UNIDADE DE DESENVOLVIMENTO  
HOSPITAL DE DONA ESTEFÂNIA  
(Coordenador: Dr. João Estrada)

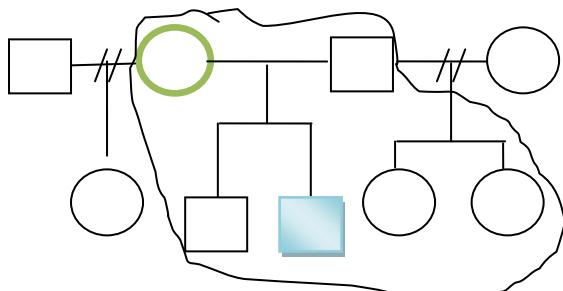
#### HISTÓRIA CLÍNICA

##### IDENTIFICAÇÃO

IDADE: 21 meses	NOME (colar vinheta)
DATA: 22/10/2013	David
RAÇA/ETNIA	Caucasiana
HISTÓRIA FORNECIDA POR	Mãe
MOTIVO ENVIO	Irmão com a mesma mutação genética (13/14)
ENVIADO POR	Médica de família
PEDIATRA/MÉD FAMÍLIA	

## HISTÓRIA FAMILIAR

### Árvore Genealógica



Consanguinidade:	Sim	Não
Antecedentes familiares: Tem uma meia-irmã de 10 anos, da parte da mãe que não vive com eles que também possui mutação genética; Irmão de 3 anos com problemas de desenvolvimento por meningite aos 4 meses, também com mutação genética; Duas meias-irmãs da parte do pai saudáveis.		

	IDADE	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	ANTECEDENTES
MÃE	29	4ª classe	Desempregada	
PAI	40	8º ano	Mecânico	

## ANTECEDENTES PESSOAIS

GRAVIDEZ	T.GES	PARTO	LOCAL	PESO	COMP	PC	APGAR	ALTA
Vigiada. Internada às 28 sem por ameaça PPT	38 sem	Eutócico		2910g	47 cm	34 cm	9/10	

**NOTAS:** Criança saudável desde o nascimento, nunca foi internada. Fez LM apenas durante 4 dias. Iniciou papas aos três meses e 15 dias.

## DESENVOLVIMENTO

<b>Sorriso</b>	Sempre ?	<b>Palmas</b>	Não imita
<b>Segurar a cabeça</b>	2 Meses	<b>Adeus</b>	Não faz
<b>Senta-se</b>	5 Meses	<b>Palra</b>	Muito Pouco
<b>Gatinha</b>	Nunca *	<b>1ª palavra</b>	Não diz
<b>Pé agarrado</b>	_____	<b>Frases</b>	_____
<b>Andar</b>	11Meses	<b>Esfíncteres</b>	Ainda não

\* Nunca gatinhou mas rastejava para se deslocar.

**NOTAS:** Sempre sorriu. Desde que a mãe se lembra sempre foi uma criança bem-disposta. A Mãe refere que ele sempre foi um bebé que nunca deu trabalho, nunca chorou.

**Motricidade grossa:** Neste momento ele sobe as escadas com os dois pés, mas tem dificuldade em descer. Consegue baixar-se para apanhar os brinquedos do chão e levanta-se sem apoio. A mãe refere que ele cai muitas vezes, mas nunca chora (durante a consulta isto verificou-se, inclusivamente bateu com a cabeça várias vezes e nunca se queixou).

**Autonomia:** Não ajuda para se vestir ou despir, nem tenta comer com as próprias mãos. Se a mãe lhe dá uma bolacha para a mão a maior parte das vezes não come, deixa-a cair.

**Linguagem:** Não diz uma única palavra nem tem comunicação não-verbal. Não pede, não aponta. A mãe não sabe o que ele precisa, age intuitivamente conforme as horas/rotinas diárias.

**Socialização:** Não sabe brincar, embora a mãe ache que atirar tudo para o chão é brincar. Não tem jogo simbólico ou construtivo. Não brinca com as outras crianças, nem com o irmão – costuma ir ter com ele para lhe bater ou tirar os brinquedos. Quando a mãe o chama, nem sempre obedece. Não reage aos estranhos (sai da sala comigo sem manifestar receio em se afastar da mãe).

**Comportamento:** Não consegue ficar quieto no mesmo sítio. Se a mãe o deixa no berço para ir dar banho ao irmão, não chora nem chama, fica na dele.

## HISTÓRIA EDUCATIVA

Idade	Pais	Avós	Ama	Creche/JI	Escola	IPrec	Ed.Esp	TF	TO	Psic	Pedop
0-1	x	x									
1-2			x								

**NOTAS:** Neste momento frequenta uma ama, juntamente com outras 2 crianças. Não faz qualquer medicação. A mãe diz que o pai não impõe regras e que, por vezes era agressivo, pelo que teve um ano fora de casa. Família disfuncional: o pai nunca vem às consultas. Aparentemente sem apoios familiares ou outros. Parece que já foi referenciada para a CPCJ por negligência e perturbações do comportamento, provocando desequilíbrios familiares. Sabe que a mutação genética é da parte dela e continua a ter filhos mesmo depois de alertada e incentivada a fazer laqueação de trompas. A outra filha foi-lhe retirada, não tem permissão para a ver e parece não se preocupar muito em ter notícias dela.

**Conclusão:** Criança com alterações comportamentais significativas na área da comunicação e socialização – perturbação do espectro do autismo / vinculação comprometida. Sugere-se encaminhamento para Intervenção precoce (terapia ocupacional) na UPI (Unidade de Primeira Infância), onde também é dada orientação e apoio aos pais.

### **b. Análise Crítica**

Estava bastante entusiasmada para assistir a uma primeira consulta e perceber o importante papel que as enfermeiras iriam desempenhar na identificação das necessidades e preocupações dos pais face ao filho. Tinha a expectativa de que a consulta de primeira vez seria de descoberta pela ausência de um diagnóstico prévio. Contudo, houve uma falha de comunicação entre a equipa médica e a de enfermagem e a família entrou diretamente para o gabinete médico. Frustrada, questionei se seria possível assistir então à consulta médica. O pedido foi aceite.

Quando entrei no gabinete deparei-me com duas crianças pequenas em alto alvoroço, desarrumando tudo o que era brinquedos, sem que o objetivo principal fosse brincar com eles. A mãe e a avó também se encontravam na sala, mas sem qualquer autoridade sobre as crianças.

A consulta começou pela avaliação da criança mais velha, que era já um seguimento. A certa altura começou a ser muito difícil a médica fazer-se ouvir, e a comunicação tornou-se algo ansiosa, pela procura rápida de respostas no sentido de

terminar rapidamente aquele frenesim. Felizmente que a Professora sugeriu separar as crianças, ficando na sala apenas a mãe e a criança em consulta.

O David é uma criança de 21 meses que tinha sido referenciado à consulta pela médica de família, não só por possuir a mesma mutação genética do irmão, mas por manifestar alterações ao comportamento habitualmente esperado para uma criança da mesma idade.

Quando estamos de fora, isto é, quando não somos nós a realizar a consulta, temos maior disponibilidade para observar e analisar respostas, gestos, expressões faciais e atitudes. Confesso que aquela mãe me conseguiu confundir. Se por um lado parecia ser uma mãe preocupada com o desenvolvimento do filho, por outro lado parecia algo ausente e indiferente ao que acontecia com ele. Tudo começou quando percebi que sabia que a mutação genética vinha da parte dela e que, ainda assim, continuava a ter filhos e não mostrava qualquer preocupação nisso. Quando foi feita referência a uma outra filha (meia-irmã do David) a mãe referiu ter poucas informações sobre ela, não só porque estava impedida de a ver, mas também porque aparentemente, não tinha interesse em saber.

À medida que a consulta ia decorrendo e a mãe ia respondendo às perguntas, o David mantinha um comportamento hiperativo, não se concentrando em nenhuma brincadeira nem mostrando um sentido exploratório concreto. Simplesmente batia com as coisas, espalhava os brinquedos, e não ouvia quando era chamado a atenção. Caiu por diversas vezes, bateu com a cabeça na mesa por três vezes, e nem por uma vez manifestou dor. Fomos percebendo que esta era a maneira de ele “brincar”, e a mãe nunca achou estranho.

No final da consulta a mãe tornou-se emotiva, referindo dificuldades face ao casamento e à adaptação da sua vida a duas crianças com dificuldades e perturbações do desenvolvimento. Mas a realidade é que esta mãe já havia sido referenciada para a CPCJ por diversos motivos.

Importa aqui refletir sobre o apoio que deve ser dado a esta criança e família. Em conversa com a Médica, tudo indicaria para que esta criança tivesse alguma perturbação do espectro do autismo. De acordo com Marques e Dixe (2011), o autismo é uma perturbação global do desenvolvimento infantil, cuja causa é ainda desconhecida. Sabe-se que resulta de um distúrbio neurofisiológico, com provável

predisposição genética, que afeta o funcionamento cerebral em diferentes áreas, sobretudo a capacidade de interação social e de comunicação. Existem algumas doenças que podem estar relacionadas com o aparecimento destas perturbações, entre elas, prematuridade, baixo peso ao nascer, epilepsia, infeções graves neonatais, doenças metabólicas (todas excluídas no caso do David que sempre foi saudável e nasceu de 38 semanas sem intercorrências). Existe contudo a certeza de que não há uma ligação causal entre atitudes e ações dos pais e o aparecimento das perturbações do espectro autista. Na classificação das doenças mentais DSM-IV, as perturbações do espectro do autismo incluem comprometimento qualitativo da inserção social e da comunicação; e padrões restritivos e repetidos de comportamentos, interesses e atividades, as quais têm início, normalmente, antes dos 3 anos de idade.

Ao analisarmos o comportamento do David, e integrando-o nas respostas fornecidas pela mãe, facilmente poderíamos incluí-lo neste diagnóstico. Para melhor interpretação, apresento estes resultados na tabela seguinte.

<b>Caraterísticas espectro autismo</b>	<b>Caraterísticas do David</b>
- Dificuldade, ou mesmo incapacidade, em comunicar seja de forma verbal como não-verbal;	Mãe – <i>O que me preocupa é que o David não diz uma única palavra.</i> Médica – <i>Então como é que percebe o que ele quer? Se tem fome, ou se tem frio...?</i> Mãe – <i>Adivinho. Eu dou-lhe de comer porque são horas. Ele não pede, não aponta, não se manifesta.</i>
- Isolamento social ou dificuldade em relacionar-se com os outros, evitando contacto visual.	Médica – <i>Ele na ama brinca com os outros meninos?</i> Mãe – <i>Sim.</i> Médica – <i>Mas brinca como?</i> Mãe – <i>Brinca como brinca com o irmão, tira-lhes os brinquedos, por vezes bate... ele brinca mais assim como vocês estão a ver, sozinho.</i> Médica – <i>O que é que ele faz quando fica</i>

	<p><i>sozinho?</i></p> <p>Mãe – <i>Fica quieto. Por exemplo, se vou dar banho ao mano, ponho-o na cama e ele fica lá à espera, não chora, não chama.</i></p>
<p>- Insistência na repetição /movimentos estereotipados.</p>	<p>Médica – <i>Alguma vez o David mostrou particular interesse por rodas, ou bolas, ou por ficar a ver a máquina da roupa a lavar?</i></p> <p>Mãe – <i>Não.</i></p> <p>Médica – <i>Acha que ele tem algum comportamento que lhe chamasse a atenção por ser repetitivo? Ou assusta-se com sons muito altos e repentinos levando as mãos às orelhas para as tapar?</i></p> <p>Mãe – <i>Não.</i></p>
<p>- Elevada resistência à dor.</p>	<p>Médica – <i>acontece muitas vezes ver nódoas negras e não saber como aconteceu?</i></p> <p>Mãe – <i>Sim porque ele não chora. Já a ama diz que ele cai muitas vezes e nunca chora.</i></p> <p>Médica – <i>Pois, de facto ele já aqui bateu 3 vezes com a cabeça e não se queixou.</i></p>
<p>- Ausência de jogo simbólico/imaginativo.</p>	<p>Médica - <i>Ele costuma brincar ao faz de conta, como a tentar imitar o que a mãe faz em casa?</i></p> <p>Mãe – <i>Não.</i></p>

Para a conclusão desta análise é necessário, contudo, ter em conta outros aspetos do comportamento manifestados pelo David. Por exemplo, quando comecei a brincar com a criança, durante a consulta, ele abraçou-se às minhas pernas, deu-me as mãos e achou engraçado “dançar” comigo. Consegui sentá-lo por 2 minutos a fingir que tocava piano. Quando saímos os dois da sala para avaliação dos dados antropométricos, não mostrou qualquer sentimento de separação por se afastar da mãe: não chorou, não resistiu, não procurou voltar para trás. Pelo contrário, ia

sorridente, de mão dada, e iria para onde eu o levasse sem manifestar qualquer ansiedade.

Através dos estudos desenvolvidos por Bowlby, determinou-se que havia determinados comportamentos da criança e dos pais que, quando ativados e correspondidos da melhor maneira, permitiam o desenvolvimento de uma relação vinculativa (Brazelton e Cramer, 2007). A evidência científica revela, também, que a qualidade da vinculação parece influenciar, de uma forma geral, as relações sociais, tais como interações com os irmãos, pais, amigos e pares. De acordo com Soares (1996), citado por Martins (2007), esta relação de vinculação é consolidada entre os 6 e os 24 meses. Contudo, assim como o bebê durante o primeiro ano de vida tem a capacidade para estabelecer laços vinculativos, tem também a habilidade para organizar comportamentos que se adaptem às condições externas, criando diferentes padrões de vinculação. Tendo em conta os padrões de vinculação descritos por Mary Ainsworth (Idem), poderemos considerar que o David terá desenvolvido um padrão de vinculação “inseguro/ansioso evitante”, na medida em que demonstra comportamentos de evitamento da mãe, tais como “(...) ignorar a sua presença ou afastar-se fisicamente” e “(...) interage com a mãe e com uma estranha de uma forma semelhante” (Ibidem). Estas crianças podem inclusivamente demonstrar baixa tendência para comportamentos de vinculação como a ausência de choro na presença ou ausência da mãe (tal como verificado durante a consulta). A mesma autora refere ainda que normalmente estas crianças passam mais tempo a interagir com objetos do que com pessoas. Gonçalves (2003) defende que o aparecimento de sintomas no bebê que decorram da desadaptação da relação mãe-bebê são percursores de perturbações mentais nas crianças mais velhas, tais como “(...) as dificuldades de aprendizagem, a instabilidade e as perturbações do comportamento” (p. 6).

Ainsworth *et al.* (1978), citado por Martins (2007) revela que as mães que cuidavam de bebês classificados como inseguros-evitantes eram frequentemente mais insensíveis às comunicações do bebê e respondiam às necessidades da criança de forma mecânica, ou seja, não adaptada ao ritmo da criança. A própria mãe do David referia que este era um bebê que nunca deu trabalho, nunca chorava, nunca fez birras, era o que se portava melhor.

Perante esta análise, é evidente que esta criança e família necessitam de intervenção precoce, por forma a minimizar as perturbações de desenvolvimento presentes. A UPI foi criada em 1983 em Lisboa, com o objetivo de “tratar as situações em que a relação precoce mãe-filho põe em risco o desenvolvimento psicoafectivo da criança” (Gonçalves, 2003). Neste sentido, a intervenção nesta unidade preconiza o trabalho junto da mãe-criança no sentido do reforço e da qualidade das experiências relacionais, onde integram terapia sensorial, terapia ocupacional, terapia da fala, entre outras. No caso do David, parece-me que esta intervenção seria essencial, até porque, aparentemente, não há qualquer atraso no desenvolvimento psicomotor, pelo menos por enquanto, e ao se intervir precocemente, podemos evitar que se perpetuem os mecanismos patológicos do comportamento.

#### **4. CONTRIBUTOS PARA A APRENDIZAGEM**

Penso que realização desta análise crítica contribuiu para o desenvolvimento de competências na área da deteção precoce e intervenção nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem, já que possibilitou a avaliação do desenvolvimento infantil de uma criança com perturbações do comportamento. Desenvolvi o meu sentido de observação, de análise e gestão emocional, os quais considero importantes quando o objetivo é intervir junto da criança e família tendo em conta o seu todo. Percebi que nestas consultas não interessa apenas o défice de atenção, ou o défice cognitivo: importa também a adaptação da criança à família e à escola; a saúde auditiva, visual, mental; bem como todas as outras especialidades em que a criança é habitualmente seguida.

A pesquisa bibliográfica efetuada contribuiu para uma melhor perceção dos sinais de alerta para crianças com possíveis perturbações do espectro do autismo, algo que eu desconhecia, e fez-me rever aspetos importantes relacionados com a vinculação aos quais ainda não tinha dado o devido valor.

O desenvolvimento infantil é um mundo complexo, variado e muito interessante de aprofundar quando nos preocupamos com o bem-estar bio-psico-socio-cultural e emocional da criança e família.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brazelton, T., & Cramer, B. (2007). *A relação mais precoce: os pais, os bebês e a interação precoce*. Lisboa: Terramar.

Gonçalves, M. (2003). Uma nova perspectiva em saúde mental do bebê - a experiência da Unidade da Primeira Infância. *Análise Psicológica*, 1(XXI), pp. 5-12.

Marques, M., & Dixe, M. (2011). Crianças e jovens autistas: impacto na dinâmica familiar e pessoal de seus pais. *Revista Psiquiatria clínica*, 38(2), pp. 66-70.

Martins, E. (2007). *Regulação emocional diática, temperamento e nível de desenvolvimento aos 10 meses como preditores da qualidade da vinculação aos 12-16 meses*. Obtido em 26 de Outubro de 2013, de Repositório da Universidade do Minho: <http://hdl.handle.net/1822/6906>



**APÊNDICE XI**

**Registo Telefónico da Consulta de Desenvolvimento**



## **1. FUNDAMENTAÇÃO**

O telefonema é uma atividade que os Enfermeiros realizam com alguma frequência, com um objetivo terapêutico, mas que muitas vezes não é valorizado. Contudo, é uma estratégia importante a utilizar quando se intervém segundo uma filosofia de cuidados centrados na família, pois para além de servir para dar informações aos pais, contribui para reduzir vindas ao hospital, retirar dúvidas sobre cuidados ou terapêuticas, ou ainda, reduzir receios e ansiedades relacionadas com o filho.

## **2. PLANEAMENTO**

- Apresentação do modelo de registo telefónico de enfermagem utilizado pelo serviço de Neonatologia;
- Discussão com a enfermeira responsável sobre os conteúdos a integrar para que se adequem às características do serviço;

## **3. EXECUÇÃO**

O documento foi redigido em Word, tendo por base o modelo utilizado pelo serviço de Neonatologia “telefonema Pós-alta”:

HDE

**TELEFONEMA de ENFERMAGEM**



- ✓ Diagnóstico: \_\_\_\_\_
- ✓ Data do contacto telefónico: \_\_/\_\_/\_\_\_\_
- ✓ Motivo (s) do contacto:
  - Validar adesão à terapêutica   
\_\_\_\_\_
  - Alterações à terapêutica   
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - Apoio emocional ao cuidador   
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - Interligação com o Centro de Saúde   
\_\_\_\_\_
  - Interligação com o NACJ   
\_\_\_\_\_
  - Ensinos /esclarecimento de dúvidas   
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - Outro   
\_\_\_\_\_
- ✓ Data da última consulta: \_\_/\_\_/\_\_\_\_      Data da próxima consulta: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

✓ Pontos a questionar:

- Terapêutica atual:

---

---

- Estado geral:

---

- Alimentação:

---

---

- Eliminação:

---

- Sono e repouso:

---

- Escola / Lazer:

---

✓ Dificuldades, dúvidas e medos dos pais:

---

---

✓ Apoios/ encaminhamentos:

---

---

✓ Observações:

---

---

✓ Necessidade de novo telefonema \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Assinatura /nº OE: \_\_\_\_\_

## **4. AVALIAÇÃO**

Durante o estágio no CDI não tive oportunidade de perceber qual o feedback das enfermeiras no que respeita à utilização deste documento. Após a sua apresentação pareceu-me que as colegas o tinham achado pertinente e prático tendo em conta a finalidade a que se destina. Mas continuaram a registar apenas na agenda telefónica os telefonemas feitos e os agendamentos até ao final desse período, pelo que não consigo analisar qual o impacto real do mesmo.

**APÊNDICE XII**  
**Competências do Enfermeiro no Centro de Desenvolvimento**  
**Infantil**



## **1. FUNDAMENTAÇÃO**

Para o desenvolvimento de uma prática especializada, seja em que área for, é necessário estabelecer quais as áreas de intervenção de cada profissional, principalmente quando se preconiza que haja o envolvimento de uma equipa multidisciplinar. Esta definição de papéis permite que o profissional seja capaz de investir num processo de formação contínua que exige a detenção de competências “ (...) multidimensionais, capacidades de interação, adaptação e readaptação” (Mendonça, 2009).

O Enfermeiro que trabalha junto da criança/jovem e família tem como princípio-base o trabalho em parceria. Neste sentido, é importante compreender que intervenções o enfermeiro poderá desenvolver no CDI com o objetivo máximo de promover o mais elevado estado de saúde possível da criança/jovem e família.

## **2. PLANEAMENTO**

- Conversa informal com a Enfermeira ESIP Paula Silva, Enf<sup>a</sup> responsável pela consulta de Enfermagem no Centro de desenvolvimento;
- Discussão sobre o papel do enfermeiro no centro de desenvolvimento – emerge a necessidade de clarificar intervenções;
- Projeta-se o desenvolvimento de um documento para consulta;
- Pesquisa bibliográfica com recurso ao PNS 2012-2016, ao Regulamento de Competências do EESIP e PNSIJ.

## **3. EXECUÇÃO**

### **a) Enquadramento**

De acordo com o regulamento das competências do Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2010b), o enfermeiro “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”; “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.”; e “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.”

O atual PNSIJ enfatiza a necessidade de intervir precocemente junto de crianças com “risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo”, ou em “risco grave de atraso de desenvolvimento” (DGS, 2013) através do encaminhamento para o SNIPI.

### **b) Consulta de Desenvolvimento Infantil**

Uma consulta de Enfermagem no CDI, em primeiro lugar deve ser vista como uma consulta de enfermagem básica, onde se preconiza um acompanhamento individual da criança e família no seu crescimento e desenvolvimento. Segundo o PNSIJ (DGS, 2013), as intervenções de enfermagem devem integrar a avaliação do crescimento e desenvolvimento com respetivo registo e recorrendo às respetivas escalas e gráficos; o incentivo à adoção de comportamentos promotores de saúde; a promoção da imunização e prevenção de situações que comprometam a saúde, entre as quais, perturbações emocionais e do comportamento; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam comprometer ou afetar a qualidade de vida da criança/família; a prevenção e identificação de doenças comuns; a sinalização e apoio continuado a crianças com doenças crónicas/deficiências e famílias; o aconselhamento genético quando indicado; a identificação, o apoio e a orientação de crianças e famílias vítimas de maus tratos e de violência; a promoção do desenvolvimento pessoal e social e da autodeterminação; e por fim, o apoio e incentivo ao exercício adequado das responsabilidades parentais.

No contexto de um CDI devemos ter em consideração que as crianças com perturbações do desenvolvimento exigem, de facto, cuidados acrescidos, nomeadamente a continuidade de intervenção de várias especialidades. A interligação destes cuidados deve ser liderada, de preferência, pelo médico assistente ou pelo enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica/enfermeiro de família, privilegiando-se a articulação com a área da saúde escolar e o SNIPI (DGS, 2011).

As alterações à dinâmica familiar e o turbilhão de emoções que envolvem estas famílias, principalmente os cuidadores principais da criança com perturbações do desenvolvimento, não devem ser desvalorizadas, antes pelo contrário, deve ser

dada especial atenção às preocupações dos pais e à rede de suporte sociofamiliar, por forma a estabelecer um programa único de atuação que facilite o desenvolvimento de capacidades e potencialidades, numa perspetiva centrada na família.

Neste sentido o enfermeiro no centro de desenvolvimento deverá ser responsável por desenvolver as seguintes atividades:

- Consulta de Enfermagem
  - Avaliação e registo dos parâmetros antropométricos;
  - Avaliação da Frequência Cardíaca e Tensão Arterial;
  - Avaliação e registo do desenvolvimento psicomotor;
  - Validação do cumprimento da terapêutica, eficácia e efeitos secundários;
  - Avaliação das atividades de vida diárias;
  - Levantamento das necessidades e preocupações dos pais;
  - Validação do plano nacional de vacinação;
  - Levantamento dos recursos familiares e sociais;
  - Identificação e notificação de crianças vítimas/em risco de maus-tratos.
  
- Pós-consulta multidisciplinar
  - Validação da informação fornecida durante a consulta e esclarecimento de dúvidas;
  - Reforço de cuidados de saúde relacionados com as necessidades específicas de cada criança;
  - Articulação com recursos da comunidade e outros profissionais;
  - Apoio emocional aos pais/família quando indicado, promovendo espaços de partilha.
  
- Gestão logística
  - Pedidos de farmácia;
  - Pedidos de consumo clínico e administrativo;
  - Gestão e pedidos dos testes utilizados;

- Conservação e manutenção dos equipamentos e mobiliários;
- Avaliação da limpeza;
- Orientação da assistente operacional nas tarefas a realizar às sextas-feiras.

### **c) Conclusão**

Em suma, o que se pretende com a intervenção de enfermagem num centro de desenvolvimento infantil é minimizar as consequências no desenvolvimento psicomotor da criança, partindo do pressuposto que este é influenciado por situações de ordem biológica (ex. prematuridade, atraso do crescimento intrauterino, asfixia ou infeções precoces) ou ambiental, como a pobreza, o baixo nível sociocultural e a psicopatologia familiar (Guimarães *et al.*, 2007). Pretende ainda capacitar os pais para a prestação de cuidados ao filho, tendo em conta as particularidades de cada criança, contribuindo com o desenvolvimento de estratégias de intervenção cognitivas, motoras, emocionais e sociais, para um melhor desenvolvimento da criança e do equilíbrio familiar.

## **4. AVALIAÇÃO**

Após a realização do documento este foi discutido com as enfermeiras que colaboram nesta área. Fizemos alguns acertos, no que respeita ao conteúdo, tendo-se conseguido no final uma síntese daquilo que é esperado desenvolver pelo enfermeiro tendo em conta as especificidades do serviço. Percebi que este documento teve impacto imediato na prestação de cuidados porque verifiquei um maior investimento na perceção das preocupações dos pais e da criança durante as consultas de enfermagem.

Uma vez que esta consulta está em reestruturação, foi uma mais-valia para o serviço a realização deste trabalho porque sistematizou informações e contribui de forma positiva para a realização de futuras normas de atuação.

## 5. CONTRIBUTOS PARA A APRENDIZAGEM

Considero que esta atividade contribui para a compreensão do trabalho que deve ser realizado pelo Enfermeiro no seio de uma equipa multidisciplinar CDI. Foi, de alguma forma, a base para a estruturação mental das competências necessárias à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. Para além de sistematizar ideias fez-me refletir sobre as vantagens que poderiam existir, não só para os utentes, como para a equipa do CDI se as intervenções de enfermagem fossem mais visíveis e mais integradas numa perspetiva de consulta multidisciplinar. Vê-se que, dadas as condições físicas do serviço, as Enfermeiras se tentaram ajustar da melhor maneira, contudo a minha opinião é que se perde informação sobre a condição clínica, social e psicológica da criança e família quando não se assiste à parte da “consulta médica”, tornando a nossa intervenção menos dirigida e individual no que respeita às dúvidas, receios e plano de cuidados delineados durante a mesma.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DGS. (2011). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Obtido em 10 de Dezembro de 2013, de Direção Geral de Saúde: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

DGS. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Obtido em 3 de Junho de 2013, de Direção geral de Saúde: <http://www.dgs.pt>

Guimarães, H., Teresa, T., Virella, D., & Mimoso, G. (2007). *Nascer prematuro. Um manual para os pais dos bebés prematuros*. Porto: Direção da Secção de Neonatologia.

Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem*.

Mendonça, S. (2009). Competências profissionais dos enfermeiros: A excelência do cuidar. *Editorial Novembro*.



**APÊNDICE XIII**

**Diário de Aprendizagem – *Um dia na UTAAC***



## 1. FUNDAMENTAÇÃO

A Unidade de Técnicas Aumentativas e Alternativas na Comunicação (UTAAC) é um serviço de intervenção transversal, integrado no CRPCCG, que tem como principal objetivo apoiar a temática da Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA), da qual as Tecnologias de Apoio e a utilização de Sistemas Gráficos de Comunicação são parte fundamental. Destina-se a pessoas com PC ou situações neurológicas com disfunções comunicativas que necessitem de utilizar a comunicação aumentativa e/ou tecnologias de apoio para comunicar e interagir no dia-a-dia, e/ou com necessidade de utilizar diferentes formas de acesso ao computador de modo a poderem participar nas atividades académicas do currículo educativo, em igualdade com os seus pares sem deficiência (UTACC, s/d).

A importância da interação social, no desenvolvimento das crianças, tem sido amplamente defendida e justificada. No entanto, em crianças com algum tipo de incapacidade esta interação pode ser totalmente afetada. Em consequência haverá atividades em que estas crianças serão incapazes de participar, limitando fortemente as suas experiências em diversas áreas do seu desenvolvimento. Em parte, estas limitações são agravadas pelas experiências negativas que estas crianças vivem diariamente, contribuindo para um sentimento de frustração impulsionando-as a desistir de atividades para as quais até poderiam ter alguma capacidade.

No caso de crianças que, para além das incapacidades motoras, têm também dificuldades de comunicação, o problema torna-se ainda mais complexo. A fala é a forma de expressão mais utilizada pelas pessoas quando pretendem comunicar. Contudo, esta deve ser entendida apenas como um dos meios de comunicação existentes, o qual integra o sistema de comunicação do ser humano. De acordo com Ferreira, *et al.* (2000, p. 16), um sistema de comunicação é “(...) um conjunto de símbolos e regras que possuem um significado convencional para um determinado grupo” e que, por isso, permite ter acesso às experiências uns dos outros. Nesta lógica, um sistema alternativo e aumentativo da comunicação é um “(...) conjunto integrado de técnicas, ajudas, estratégias e capacidades que a pessoa com dificuldades de comunicação usa para comunicar” (Idem).

Assim, o termo Técnicas Aumentativas da Comunicação refere-se a quaisquer técnicas que, num processo comunicativo complementam ou reforçam a fala. Segundo Ferreira, *et al.* (2000), todas as pessoas usam técnicas aumentativas, tais como sorrisos, contato visual, expressões faciais e a escrita quando comunicam e interagem com os outros. As crianças que têm a fala gravemente afetada necessitam utilizar, para além destas técnicas vulgares, outras técnicas aumentativas mais elaboradas que se ajustem às necessidades comunicativas.

Segundo Lloyd e Fuller (1984), citados por Ferreira, *et al.* (2000), os sistemas alternativos e/ou aumentativos da comunicação podem ser divididos em dois grandes grupos:

- sistemas sem ajuda, que são constituídos por símbolos ou conjuntos de símbolos que não necessitam de quaisquer dispositivos, apenas utilizam partes do corpo do indivíduo para se expressar (p.ex. cara, cabeça, braços). Ou seja, “o corpo de quem comunica é o veículo transmissor daquilo que se pretende comunicar” (p. 22). Destes sistemas fazem parte, por exemplo, os códigos de linguagem gestual.

- sistemas com ajuda, que incluem objetos, imagens, símbolos gráficos e linguagem codificada, os quais necessitam de qualquer tipo de suporte exterior ao sistema, como papel, lápis, quadros de comunicação ou dispositivos eletrónicos, para que possam ser emitidos.

Estes sistemas alternativos da comunicação podem ter três funções principais: servir como meio de comunicação temporário, até que se estabeleça a fala, ou esta se torne funcional e inteligível; servir como meio para facilitar o desenvolvimento da fala propriamente dita e/ou, nalguns casos, das habilidades cognitivas e comunicativas necessárias para a aquisição da linguagem; ou servir como meio de comunicação a longo prazo, quando a aquisição da fala é totalmente impossível (Lloyd, 1983; Musselwhite e St Louis, 1982; citados por Ferreira, *et al.*, 2000).

Associado aos sistemas de comunicação aumentativa com ajuda, podem ser utilizadas tecnologias de apoio, como tabuleiros e quadros de comunicação, relógios indicadores, máquinas de escrever adaptadas, digitilizadores e sintetizadores da fala, computadores, entre outros, as quais possibilitam a transmissão da mensagem e o suporte eficaz do processo de interação/comunicação, fundamental ao processo de ensino/aprendizagem (Ferreira, *et al.*, 2000).

A implementação de um Sistema Aumentativo e Alternativo da Comunicação deve, assim, ser dirigida para a promoção da comunicação, a qual está intimamente ligada à capacidade de interação da criança. Qualquer criança que faça uso de um destes sistemas, só participará num processo comunicativo se possuir competência para uma comunicação efetiva.

## **2. PLANEAMENTO**

A presença nas sessões desenvolvidas pela UTAAC foi-me proposta pela Enf<sup>a</sup>. Teresa Folha após ter tido conhecimento do meu projeto e dos objetivos específicos que tinha definido para este estágio, nomeadamente o que dizia respeito ao *Desenvolver técnicas de comunicação adequadas a crianças com maior dificuldade de expressão verbal*. Reunimos com a Educadora de Infância especialista em Comunicação Aumentativa e foi pedida a sua colaboração no sentido de eu poder estar presente durante algumas sessões.

## **3. EXECUÇÃO**

Parti para esta experiência com apenas algumas noções teóricas do que era a UTAAC, retiradas do folheto informativo existente no CRPCCG sobre a mesma. Foi apenas um dia de atividades, durante o qual assisti a 3 sessões.

1<sup>a</sup> Sessão – Criança do sexo masculino, com 7 anos de idade, PC grave, atividade motora mínima (mobiliza a cabeça e tinha alguns movimentos espásticos, por vezes intencionais dos membros superiores) e com cognição mantida. Frequentava o 3<sup>o</sup> ano da escola primária, com recurso ao uso de tecnologias de apoio. Durante a sessão a criança esteve a explicar-me como usava o computador para comunicar, aprender e interagir. O *software* utilizado era o Grid, o qual permite a criança escrever, transmitir mensagens, realizar fichas do âmbito escolar e jogar. A criança começou por se apresentar, dizendo o nome, a idade, onde mora, com quem

vive (através de mensagens previamente gravadas), com recurso a um sistema de seleção por varrimento eletrónico e auxiliado por um manípulo que controlava com o movimento da cabeça. Sempre que queria selecionar uma resposta, ou uma opção do computador pressionava o dito manípulo.

O método de varrimento pode ser automático, onde “as escolhas de símbolos são apresentadas ao utilizador, que pressiona um manípulo quando o símbolo desejado é atingido” (Ferreira, *et al.*, 2000, p. 56) ou passo-a-passo, o qual requer do utilizador um movimento repetido de pressão sobre o manípulo para mover o cursor entre os vários símbolos até atingir o eleito. Esta experiência foi fascinante do ponto de vista da minha própria aprendizagem. Com o recurso ao computador, *software* e manípulo, esta criança mostrou-me o que mais gosta de fazer, como é que aprende na escola, como é que faz os trabalhos de casa e como é que comunica com as pessoas que o rodeiam.

2ª Sessão – Criança do sexo masculino, com 3 anos de idade, com PC, que consegue dizer algumas palavras de forma perceptível e tem coordenação motora. A atividade com esta criança consistiu numa conversa casual, numa canção e na leitura de uma história.

A conversa casual serviu para que a criança pudesse falar um pouco sobre si utilizando como recurso um caderno de comunicação (incluído no grupo de mapas da comunicação). Este é criado com base no sistema alternativo de comunicação de Símbolos Pictográficos para a Comunicação (SPC), em que a maior parte dos símbolos são iconográficos, contendo principalmente símbolos transparentes, desenhados com um traço negro ou a cores, mas sobre um fundo branco, com o seu significado escrito em cima, mas pode também incluir outros sistemas de símbolos. Na língua Portuguesa o SPC contempla 32000 símbolos agrupados em 6 categorias – pessoas, verbos, adjetivos, substantivos, diversos e sociais (Ferreira, *et al.*, 2000). Tem a particularidade de apresentar os temas em grandes áreas, como religião, sexualidade, lazer, etc., e de poder ser específico de cada criança, de acordo com a família, as experiências de vida, os hábitos e gostos. Normalmente este tipo de sistemas de comunicação por símbolos estão também associados a um sistema de

cores: a chave de *Fitzgerald* que designa pessoas-amarelo, verbos-verde, adjetivos-azul, substantivos-laranja, diversos – branco, sociais – cor-de-rosa (Idem).

A conversa com recurso a este material faz-se através da seleção direta sem ajuda, quando o próprio consegue apontar com o dedo, ou com ajuda, quando utiliza um ponteiro de cabeça ou um ponteiro luminoso como interface. Outra forma que vi utilizar foi a de varrimento manual, na qual a professora ia apontando para os símbolos disponíveis até que a criança lhe transmitisse um sinal de que o símbolo que queria tinha sido alcançado. Esta técnica de seleção é mais lenta e torna a criança muito dependente da professora, ou da pessoa que o está a ajudar a comunicar, mas há situações que o justifica como neste caso, em que a criança estava em fase de iniciação ao uso da técnica.

As canções e histórias infantis adaptadas requerem a utilização de um digitalizador da fala. Este permite a gravação de 8, 16 ou 36 mensagens e a emissão de fala ou quaisquer outros sons, consoante aquilo que se pretende trabalhar com a criança e as capacidades da mesma. Estes digitalizadores permitem a interação das crianças através do manípulo ou de uma superfície sensível ao toque. Esta criança em particular utilizava a superfície tátil para cantar parte de uma música ou história, ao mesmo tempo que era incentivada a dizer as palavras associadas à imagem que lhe era mostrada, ou por imitação daquilo que ouvia ao pressionar a tecla. Para aqueles que não têm ainda desenvolvidas capacidades que permitam a oralidade ou a articulação de várias mensagens no digitalizador, este pode conter apenas uma mensagem, a qual é repetida pela criança, pressionando o manípulo com a parte do corpo que tem maior mobilidade voluntária, sempre que for “a sua vez”. Todas as canções e histórias são auxiliadas por livros desenvolvidos para o efeito, os quais integram um sistema de símbolos gráficos adaptados à Língua portuguesa. Nesta experiência, mais do que mera observadora, fui convidada a cantar e a participar na história.

3ª Sessão – criança do sexo feminino, com 4 anos, com mobilidade mantida (entrou na sala a andar de triciclo), embora precise de ajuda para andar em pé. A sessão com esta menina começou também com uma conversa sobre a sua ida ao parque infantil, através do caderno de comunicação.

Depois cantámos uma música e lemos uma história, embora mais complexa que a anterior (incluía 36 mensagens gravadas), sempre estimulando a oralidade. Ferreira, *et al.* (2000), defendem que as histórias adaptadas são fundamentais para o desenvolvimento da linguagem. Estas “ devem ser escolhidas de acordo com temas que tenham a ver com os interesses da criança, devem relacionar-se com experiências já vivenciadas e facilitar a compreensão dos acontecimentos” (Idem). De facto, foi sempre dada possibilidade de escolha à criança, não só daquilo que queria fazer, como depois da história que queria ler. A oportunidade de escolha e tomada de decisão acaba por ser fundamental neste processo de comunicação, além de que a criança acaba por escolher repetidamente a mesma história/canção, possibilitando um maior conhecimento e maior participação na mesma.

Dado o nível mais avançado de desenvolvimento desta criança, fez-se também o treino da leitura e construção de frases. Este material é também construído com base no sistema alternativo da comunicação SPC, e após uma primeira leitura com a professora, permite que a criança articule as peças por forma a construir a frase inicial e a leia em voz alta. Por fim treinámos o cálculo matemático através de um jogo interativo no computador, utilizando como interface o manípulo (pressionando com a mão).

Estas foram as ajudas técnicas que vi utilizar durante as sessões, mas existem muitas outras ao dispor do técnico e da criança. O importante é saber adequar cada uma delas às capacidades da criança.

#### **4. CONTRIBUTOS PARA A APRENDIZAGEM**

*“Todas as crianças comunicam de alguma maneira. Têm de se aceitar os meios que a criança é capaz de utilizar para efetuar mudanças no ambiente, quaisquer que eles sejam”*

(Ferreira, Ponte, & Azevedo, 2000).

Esta foi a ideia central com que fiquei desta experiência, e o principal contributo para o desenvolvimento da minha prática. A capacidade de comunicar é de facto

crucial para o desenvolvimento das relações humanas, para a educação em geral, para o viver em comunidade, enfim, para satisfazer ou alcançar praticamente todas as necessidades do ser humano. Quando a criança está imersa em modelos de linguagem que incluem práticas como um ambiente adaptado ao uso da comunicação simbólica e uma estimulação da linguagem com ajuda, ela é encorajada a comunicar interactivamente, promovendo a sua comunicação verbal e não-verbal.

Para mim esta experiência foi de facto única. Perceber que estas crianças, caso lhes sejam fornecidas as ferramentas adequadas, são capazes de nos dizer o que pensam, como se sentem e o que querem foi um passo importantíssimo para adequar os cuidados a prestar a estas crianças e famílias. No fundo, nós é que temos que entrar no mundo deles, porque nós é que temos a dificuldade de os entender. Aquando da hospitalização de uma criança com dificuldades na comunicação, o EEESCJ deverá estar atento ao sistema de comunicação utilizado pela criança por forma a prestar cuidados de forma individualizada, integrando a criança, sempre que possível, nos cuidados a realizar.

## **5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Ferreira, M., Ponte, M., & Azevedo, L. (2000). *Inovação curricular na implementação de meios alternativos de comunicação em crianças com deficiência neuromota grave*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

UTAAC. (s.d.). Panfleto informativo. *Comunicação aumentativa e Tecnologias de apoio*. Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian, Lisboa, Portugal.



**APÊNDICE XIV**

**Diário de Aprendizagem – *Alimentação oral da criança com PC***



## 1. FUNDAMENTAÇÃO

A alimentação é uma das necessidades fisiológicas básicas, essenciais à manutenção da vida. Existem diferentes tipos de dietas, diferentes hábitos alimentares relacionados com fatores familiares, culturais e religiosos. Hockenberry e Wilson (2014, p. 34), referem que “os costumes e simbolismos relacionados com os alimentos são uma parte integrante da vida de vários grupos culturais, étnicos e religiosos”. Para que o Enfermeiro possa prestar cuidados individualizados deve entender que, em ambiente hospitalar, se os alimentos servidos forem familiares proporcionam maior conforto à criança e família. Devem, por isso, procurar satisfazer os gostos alimentares da criança, quando possível, tendo em conta que há algumas situações de saúde que podem implicar dietas específicas. Hockenberry e Wilson (2014, p. 35) reforçam esta ideia ao defenderem que “ a preocupação com as diferenças de hábitos e padrões alimentares, projeta uma atitude de respeito pela herança étnica ou religiosa da família”. Por vezes é também uma questão de cultura a forma como são preparados os alimentos e a forma de estar à mesa, ou durante uma refeição, pelo que se torna importante os enfermeiros terem presente o significado da comida e do comer para a família e comunidade

Por outro lado, a refeição é mais do que o momento em que se dão à criança os alimentos necessários ao seu desenvolvimento e crescimento. A refeição é também “uma situação privilegiada de comunicação e convívio” (Andrada *et al.*, 2007, p.3), onde se aprende a partilhar, a estar em conjunto com os outros e a esperar a sua vez. Particularmente em crianças que possam ter algumas dificuldades neste processo, o momento da refeição pode também ser encarado como um momento de crescimento e aprendizagem promovendo a autoconfiança e a autonomia.

Desde que a criança nasce que necessita de ser alimentada. Nos primeiros meses de vida a criança é totalmente dependente do prestador de cuidados para satisfazer esta necessidade, seja através da amamentação como da administração de leite materno ou artificial pelo biberão. Contudo, quando o bebé nasce prematuro ou com alguma dificuldade motora complexa, muitas vezes é necessário utilizar uma sonda gástrica para a alimentação, e só posteriormente ir fazendo o treino das competências orais para a alimentação por biberão. Há alguns casos em que depois

se consegue fazer a adaptação à mama, mas a maioria tem alta hospitalar da UCIN a mamar pelo biberão. Nestas situações, o importante é transmitirmos aos pais que mesmo a administração do biberão, com leite materno ou artificial, é um momento privilegiado para eles estabelecerem uma relação cada vez mais próxima e íntima com o seu bebé.

Em contexto de cuidados intensivos, nem sempre se consegue criar um ambiente calmo e sereno propício à alimentação do RN de risco. Mas em cuidados intermédios, faz-se um esforço para que haja menos agitação, menos barulhos. Ainda assim, é importante transmitirmos aos pais que estes bebés, pela sua imaturidade, podem ainda não ser capazes de interagirem com o meio ao mesmo tempo que estão a ser alimentados. Neste sentido os pais devem ser incentivados a aprender e reconhecer os ritmos e sinais de desconforto do seu filho, para adequarem o cuidado da alimentação à especificidade do bebé.

A algumas das crianças internadas na UCIN acaba por lhes ser feito o diagnóstico de PC, o que implica fazer algumas adaptações na satisfação das necessidades básicas da criança ao longo do seu ciclo vital.

As crianças com formas graves de PC têm, por vezes, disfunções na motricidade oral, o que significa terem “dificuldades em fechar a boca, com retração dos lábios e descontrolo da baba, dificuldades nos movimentos da língua, na mastigação e dos músculos que ajudam a engolir, ou ainda reflexos e movimentos involuntários [como] reflexo de morder e protusão da língua” (Andrada, *et al.*, 2007, p. 9). Estas alterações fazem com que a criança demore mais tempo a alimentar-se, com maior tendência para empurrar os alimentos para fora ou engasgarem-se.

O CRPCCG disponibiliza o acompanhamento destas crianças por terapeutas da fala, as quais procuram trabalhar as competências para alimentação destas crianças, ao mesmo tempo que fornecem estratégias aos pais e familiares de como podem ajudar os filhos a alimentarem-se.

## **2. PLANEAMENTO**

A possibilidade de assistir à hora de almoço das crianças com PC que frequentam o CRPCCG surgiu após a reunião com a Enfermeira tutora e a Terapeuta da fala responsável.

## **3. EXECUÇÃO**

Quando cheguei ao refeitório do CRPCCG encontrei diversas mesas e cadeiras em miniatura, com tabuleiros, pratos, copos e talheres adaptados. Estavam presentes duas crianças, cada uma delas acompanhada por uma terapeuta da fala, uma auxiliar e uma estagiária. Uma das crianças, inclusive, tinha a avó presente no sentido de lhe transmitir competências para que, em casa, conseguisse alimentar a criança e promover a sua autonomia nesta atividade de vida.

Dado o elevado número de pessoas em redor de cada criança, e percebendo que a alimentação destas crianças requer concentração, optei por ficar mais distante a observar e a registar. No final, discuti estas observações com a terapeuta da fala, tendo sido uma mais-valia para a minha aprendizagem.

As duas crianças estavam nitidamente em estádios de desenvolvimento diferentes, fosse pelo grau de PC, ou pela diferença de tempo de acompanhamento pela terapia da fala. Mas de facto, enquanto uma estava ainda a fazer o treino de competências motoras da cavidade oral e necessitava que a terapeuta lhe desse a comida à boca, mobilizando a comida para os dois lados da boca e encaminhando para a direção correta, a outra criança estava já a treinar habilidades que lhe permitissem alimentar-se com autonomia.

### **Situação 1 - Criança com menor autonomia**

Criança com cerca de 5 anos, com grandes dificuldades na coordenação motora dos músculos da face e mastigação. Os alimentos eram dados pela terapeuta da fala, sempre alterando o lado para onde introduzia a comida. Forçava a abertura da boca e o abaixamento da língua, para que a comida tocasse no palato. Este

movimento permite evitar a hiperextensão da cabeça, o que poderia provocar engasgamento (Andrada, *et al.*, 2007). Os alimentos eram passados ou semilíquidos para facilitar a coordenação com a deglutição. Foi notório, também, a insistência no posicionamento correto, nomeadamente, braços apoiados na mesa, anca com ângulo de 90º, ombros e tronco direitos, bem recostados ou encostados e na linha média e cabeça direita, com ligeira flexão com a ajuda de uma almofada. O posicionamento é importante para facilitar a alimentar, impedir posições viciosas ou que possam magoar a criança e, ainda, dar “oportunidade à criança de visualizar e manipular tudo o que está implicado na alimentação (alimentos e utensílios) ” (Andrada, *et al.*, 2007, p. 12).

Todas as rotinas associadas à refeição devem ser mantidas, como por exemplo, o lavar os dentes após a alimentação

### **Situação 2 – Criança com maior autonomia**

Nesta segunda situação a criança tinha cerca de 6 anos, e estava a tentar ser autónoma na sua alimentação. Para isso tinha utensílios adaptados, tais como rebordo no prato, para que a comida não caísse do prato; copo com pegas; talheres grossos de plástico; e antiderrapante debaixo do prato.

## **4. CONTRIBUTOS PARA A APRENDIZAGEM**

Assistir a esta atividade, ainda que pertença a outro grupo profissional, contribuiu para que compreendesse quais as estratégias que podem ser utilizadas em crianças com dificuldades na alimentação, nomeadamente ao nível da interação, estimulação para a maior autonomia possível e treino muscular.

O processo é lento, tanto o da aprendizagem, como o da estimulação das competências orais. Percebe-se que é preciso paciências, insistência, mas também carinho e compreensão. Um contributo importante entender que todos devem ter a oportunidade de participar na sua saúde, na sua vida, e muitos são capazes de o fazer, mesmo que para isso precisem de ajuda. Não se pretende a substituição total da criança, pelo contrário, quer-se a sua máxima autonomia. Neste sentido, o

trabalho junto dos familiares torna-se fundamental, para que as competências possam ser trabalhadas com mais frequência, obtendo-se mais e melhores ganhos para a criança.

## **5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Andrada, M., Andrada, M., Sameiro, M., Folha, M., salgueiro, A., Silva, E., & Aires, N. (2007). *A alimentação da criança com problemas de desenvolvimento: como ajudar a criança e os pais*. Lisboa: Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral.

Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong. Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência.



**APÊNDICE XV**

**Análise crítica – *Motivo de recorrência do RN ao SUP***



## 1. FUNDAMENTAÇÃO

O período neonatal é entendido como de grande especificidade e vulnerabilidade, dadas as alterações fisiológicas que o RN enfrenta face à vida extrauterina (Cunha, *et.al.*, 2007). É normalmente uma fase da vida em que os pais se estão, também, a adaptar à transição para o papel parental, pelo que as dúvidas, as incertezas e os receios surgem com maior frequência. De acordo com Cunha *et al.* (2007, p. 236), a maioria dos RN trazidos às urgências correspondem a situações “(...) benignas e autolimitadas ou a problemas de puericultura”.

A alta precoce nos partos eutócicos e os deficientes rácios de enfermeiros nas unidades de puérperas dificultam o ensino da puericultura e dos sinais de doença no primeiro mês de vida. Esta situação pode justificar a procura excessiva dos serviços de urgência por pais de RN por iniciativa própria, sem justificação. A evidência científica sugere ainda que outros fatores que influenciam a ida às urgências pediátricas com maior frequência são “(...) a idade materna (<21 anos), a família monoparental, a não assistência a aulas de preparação para o parto e a primiparidade” (Cunha, *et al.*, 2007, p. 236) e a “(...) facilidade de acesso ao serviço de urgência e de realização de exames auxiliares de diagnóstico, resposta inadequada e insuficiente por parte dos Cuidados de Saúde Primários e a escassa educação para a saúde da população” (Caldeira, *et al.*, 2006, p. 2).

Segundo Caldeira *et al.* (2006) a afluência em grande número dos RN e outras crianças aos serviços de urgência, em detrimento dos cuidados de saúde primários conduz inevitavelmente a custos económicos acrescidos e recursos humanos insuficientes. Os estudos de avaliação do custo-efetividade das intervenções preventivas têm demonstrado que cada euro gasto na promoção da saúde hoje, representa um ganho de 14 euros em serviços de saúde, amanhã (DGS, 2006). Numa altura em que se procura obter cuidados de saúde com mais qualidade, mas com gastos reduzidos, esta é uma noção que os enfermeiros devem ter bem presente no exercício das suas funções.

## **2. PLANEAMENTO**

Após apresentar o meu projeto à Enf<sup>a</sup>. Tutora surgiu a oportunidade de colaborar com a equipa na recolha e sistematização de dados relativos ao motivo de recorrência de crianças com idade igual ou inferior a 1 mês de idade ao SUP. Este trabalho tinha como principal objetivo recolher informações para adequar os ensinamentos a realizar durante o processo de preparação para a alta hospitalar da UCIN. Comuniquei que era, também, do meu interesse perceber quantas dessas crianças tinham nascido prematuras. Foi-me dado a conhecer a base de dados e o sistema informático para que pudesse obter a informação necessária ao trabalho.

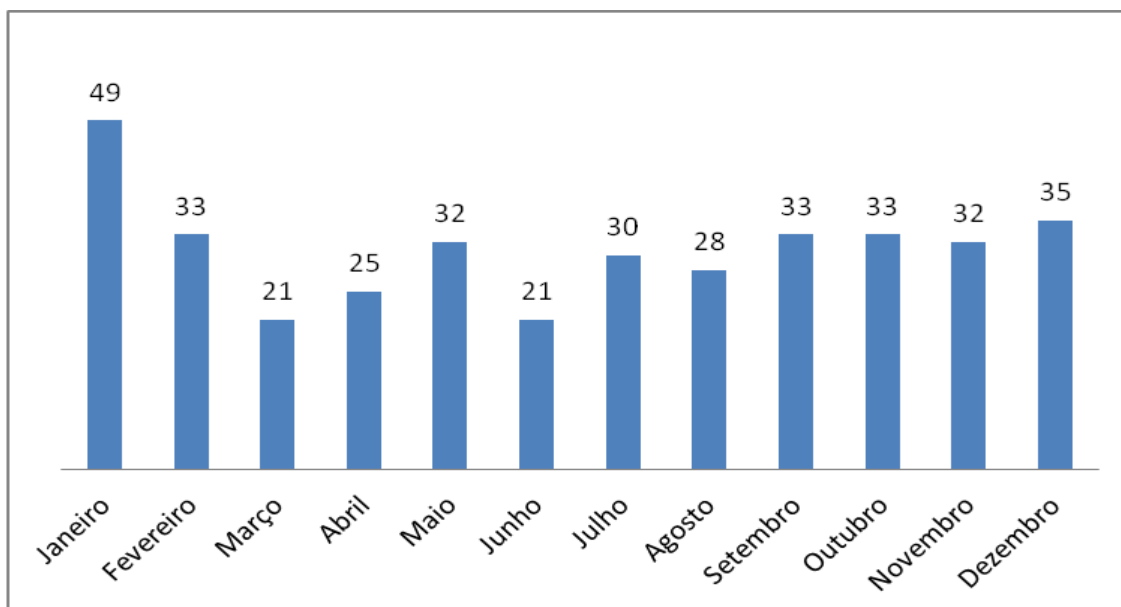
## **3. EXECUÇÃO**

Os dados recolhidos durante o período de estágio (16 de Dezembro de 2013 e 17 Janeiro de 2014) correspondem a RN que recorreram ao SUP deste hospital, entre Janeiro de 2013 e dezembro de 2013 e que estiveram internados na Sala de Observação (SO). De acordo com a experiência da Enf<sup>a</sup>. Tutora, todos os RN, mesmo os que, aparentemente não se justificam a ida ao hospital, são internados em SO, pelo que, à partida, a amostra será representativa da população que recorreu ao SUP nesse período. Considerou-se como recurso não justificado à urgência hospitalar, do ponto de vista clínico, quando o diagnóstico correspondeu a questões de puericultura (sem doença) e patologia benigna do RN.

### **3.1. Caracterização da amostra**

Durante o referido período existiram 372 registos de entrada e internamento em SO de crianças com idade igual ou inferior a 31 dias de vida, mas 22 dessas crianças recorreram mais do que uma vez ao serviço de urgência no mesmo mês, pelo que, para efeitos estatísticos, foram consideradas apenas 350 crianças.

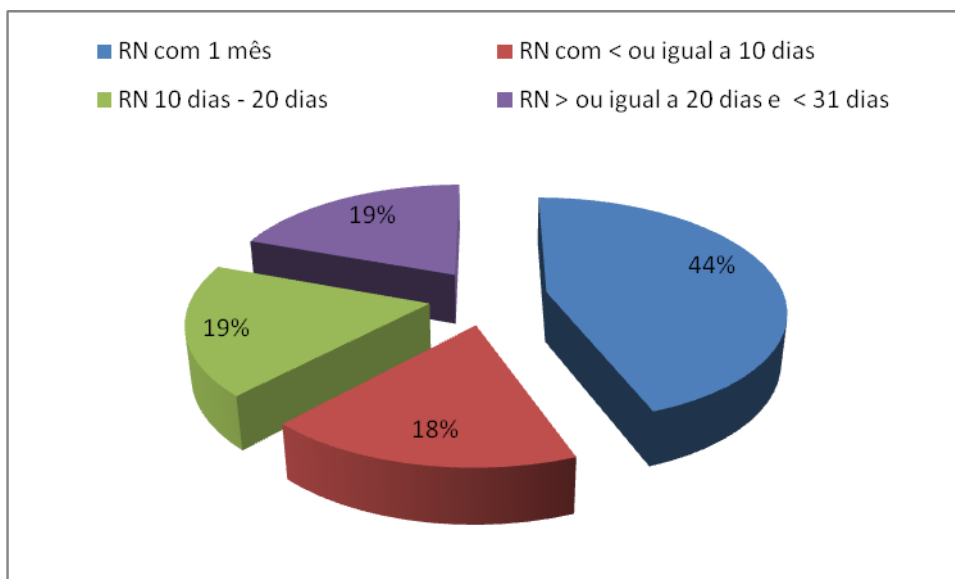
**Gráfico 1 – Número de RN que recorreram ao SUP entre Janeiro e Dezembro de 2013**



Tal como se pode observar no gráfico 1, o mês em que se registou um maior número de afluência à urgência deste hospital foi o de Janeiro. Contudo, nos restantes meses o número foi bastante homogêneo, com exceção dos meses de Março e Junho, onde se observam apenas 21 registos.

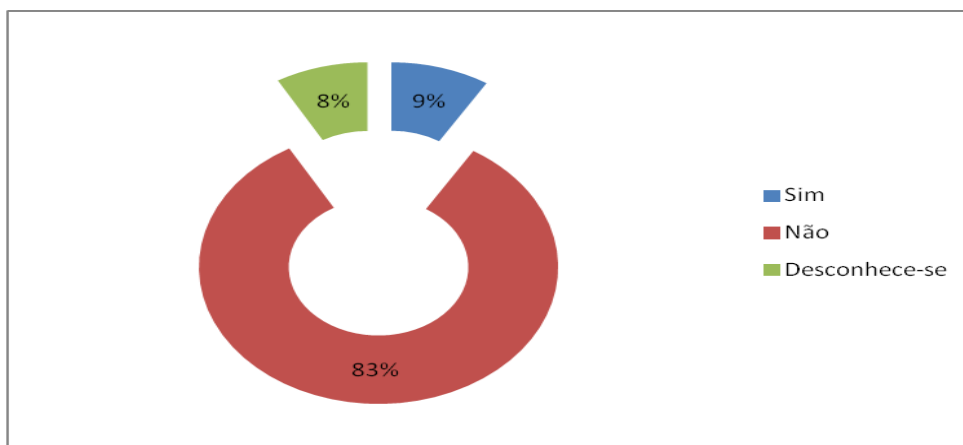
Destas 250 crianças, a maioria tem 1 mês de idade. As restantes distribuem-se igualmente pelos períodos < 10 dias de vida, 10 a 20 dias de vida, mais de 20 mas menos de 31 dias de vida (Gráfico 2). Observou-se também um maior número de RN do sexo masculino (n=191), embora a diferença não seja muito significativa, quando comparada com o número de crianças do sexo feminino (n= 151). Existem 8 registos em que, por ausência do nome da criança (identificado como *filho* de, ou por nome estrangeiro, não foi possível identificar o género da criança.

**Gráfico 2 – Distribuição dos RN pelos dias de vida**



Por fim, fui também tentar perceber quantas destas crianças teriam nascidas prematuras e, dos dados que foi possível recolher, obtemos que a maioria dos RN nasceu de termo, sendo que apenas 9% terá nascido antes das 37 semanas de idade gestacional e em 8% não se conseguiu apurar a altura do parto (Gráfico 3)

**Gráfico 3 – Prematuridade ( IG < 37 semanas)**



### 3.2. Apresentação dos dados

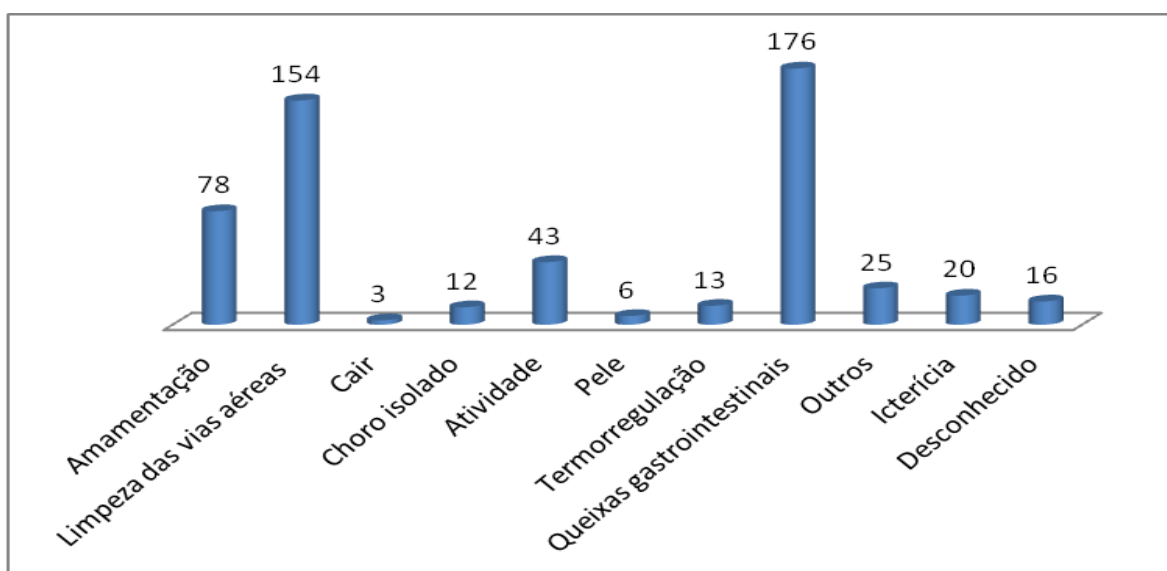
À semelhança do estudo desenvolvido por Cunha *et al.* (2007), os motivos de recurso ao SUP foram agrupados em classes. Contudo, em vez das 7 definidas

pelos autores, senti necessidade de criar 10 classes, tendo em conta os focos existentes e definidos pela CIPE: Amamentação (que inclui o egasgamento, perda ou má progressão ponderal e todos os problemas inerentes à dificuldade em amamentar relacionada com o bebé e/ou com a mãe); Limpeza das Vias aéreas (englobando obstrução nasal, tosse e dificuldade em respirar); Cair; Choro isolado (para diferenciar do choro que está associado a uma ou mais queixas); Atividade (que inclui movimentos sugestivos de convulsão); Pele; Termorregulação; Queixas gastrointestinais (alterações do trânsito intestinal, vômitos); Icterícia; um grupo designado “outros” em que foram incluídas situações hipertrofia mamária, pequenos acidentes, massas inguinais escrotais ou abdominais, alterações da urina (entre outros) e, por fim, um grupo dos que recorreram ao serviço de urgência sem que o motivo tivesse sido registado (Desconhecido).

As informações foram recolhidas através da base de dados existente no SUP do hospital onde realizei estágio, e tratados no programa Excel. Para a análise destes dados foi tido em conta o número total de registos de recorrência ao SUP, ou seja N=372 RN.

Através do gráfico 4, conseguimos perceber que os pais dos RN recorreram mais vezes ao hospital por motivos relacionados com queixas gastrointestinais, amamentação e limpeza das vias aéreas.

**Gráfico 4 – Motivo recorrência ao SUP por classes**



Na tabela 1 podemos observar de forma mais detalhada os sinais e sintomas manifestados pelas crianças e que suscitaram preocupação nos pais. Estes estão distribuídos de forma decrescente de frequência. Existe um número de sintomas muito superior ao número de RN dado que cada criança, normalmente, é trazida à urgência por mais que um motivo.

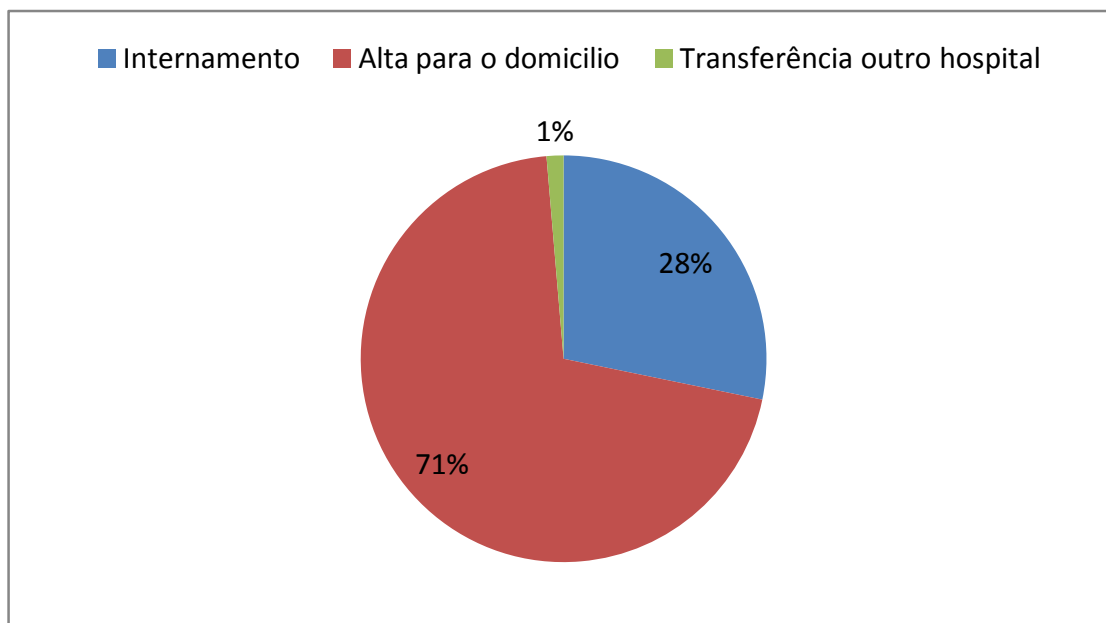
**Tabela 1 – Sinais e sintomas manifestados pelos RN**

<b>Sinais e Sintomas</b>	<b>Nº</b>
Vômitos	64
Obstrução nasal	63
Tosse	41
Dificuldade a mamar	40
Diminuição da ingesta	33
Bolsar	25
Dificuldade respiratória	22
Rinorreia	20
Icterícia	20
Perda Ponderal	19
Engasgamento	19
Desconhecido	16
Fezes líquidas	15
Irritabilidade	13
Sem dejeções	12
Prostração	12
Choro isolado	12
Choro	11
Febre e, pelo menos, mais um sintoma	9
Recusa alimentar	7
Apneia	7
Refluxo gastroesofágico	6
Exantema	6
Mais dejeções	5
Coto umbilical com cheiro fétido	5
Febre isolada	4
Crise convulsiva	4

Tumefação abdominal	3
Náuseas	3
Hipertrofia mamária	3
Gemido	3
Fezes com sangue	3
Cólicas	3
Alterações da urina	3
Tumefação perianal	2
Tumefação cervical	2
Queda	2
Exsudado ocular	2
Tumefação inguinal/umbilical	1
Traumatismo Craneo-encefálico	1
Soluços	1
Respiração ruidosa	1
Mamilos gretados	1
Lesões pavilhão auricular	1
Ingestão acidental de medicamentos	1
Hemorragia Vaginal	1
Hematemeses	1
Fezes acólicas	1
Alterações no pénis	1
Abdómen doloroso	1

Pelo gráfico 5 conseguimos perceber que quase todos os RN tiveram alta para o domicílio e, dos que ficaram hospitalizados (n=105), 52 foram internados na UCIPED (unidade de Cuidados Intermédios Pediátricos), 14 no serviço de Pediatria, 38 no serviço de Neonatologia, e 1 não tinha registo. Cinco das 372 crianças foram transferidas para outro hospital pela necessidade de cirurgia ou observação por outras especialidades.

**Gráfico 5 – Destino dos RN que recorreram ao SUP**



### **3.3. Discussão e análise**

Após apresentação dos resultados verificamos que a maioria dos RN têm 1 mês de idade. Porém, uma parte significativa está na primeira semana de vida, o que pode estar relacionado um menor acompanhamento das puérperas devido a altas cada vez mais precoces. Além disso, observa-se que dos 350 RN avaliados, apenas 31 eram pré-termo, o que se pode justificar pela sua própria condição de prematuridade, cujas complicações neonatais obrigam a internamentos hospitalares prolongados, com alta provável após o período neonatal.

Constata-se que os principais motivos que levaram os pais de RN a recorrer ao SU foram queixas gastrointestinais (essencialmente vômitos, bolsar alterações no padrão intestinal), Limpeza das vias aéreas (em particular obstrução nasal, tosse e dificuldade em respirar) e problemas com a amamentação (nomeadamente dificuldade em mamar, quase sempre associado à obstrução nasal e a perda ponderal).

No que respeita ao destino destes RN, percebe-se que a maioria teve alta para o domicílio, sendo que apenas 28% necessitaram de ficar internados, resultados estes que vão de encontro ao estudo realizado por Cunha *et al.* (2007).

Enquanto que no estudo de Cunha *et al.* (2007) 18% das idas ao SUP foram referenciadas (a maioria pelos cuidados de saúde primários, depois por outros hospitais, seguidos da linha saúde 24 e, por fim, de consultórios privados), dos dados que recolhi apenas 3% (n=11) dos RN têm registo de virem referenciados pelo Centro de saúde.

### **3.4. Conclusão**

Pela análise dos resultados, percebemos que a grande maioria dos RN recorreu ao SUP sem justificação do ponto de vista clínico. Este facto deixa alguma preocupação, pois as crianças são injustificadamente expostas a riscos, como transmissão de doenças infetocontagiosas e, por outro lado, a sua avaliação e esclarecimentos consomem tempo, o que não é desejável num serviço de urgência hospitalar.

Dos resultados podemos concluir que o que mais preocupa os pais são problemas relacionados com vómitos, bolsar, obstrução nasal, alterações do padrão intestinal (etc.), na maioria questões que podem ser resolvidas em casa, caso os pais tivessem mais confiança e conhecimento nos cuidados que prestam e nos sinais de alarme, ou nos centros de saúde.

Por outro lado há sintomas, por vezes, inespecíficos neste grupo etário, os quais podem esconder situações potencialmente graves, pelo que os pais devem continuar a ser incentivados a procurar ajuda quando sentem que algo não está bem com o bebé. O importante é precaver os pais destas situações, proporcionar os ensinamentos adequados antes da alta hospitalar, e motivá-los a recorrer, em primeira instância, aos serviços de saúde primários, como os centros de saúde ou a linha de saúde 24.

Por fim, pensei que o número de RN prematuro seria mais significativo do que aquele que se registou, mas de facto, por vezes os internamentos são tão prolongados que, quando vêm pela primeira vez ao serviço de urgência após a alta

hospitalar da UCIN, já têm mais de um mês de idade (e o sistema informático não contabiliza a idade corrigida).

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Caldeira, T., Santos, G., Pontes, E., Dourado, R., & Rodrigues, L. (2006). O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1(37), pp. 1-4.

Cunha, J., Nunes, F., Nunes, M., & Azeredo, P. (2007). Recém-nascidos na Urgência Pediátrica Hospitalar. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 38(6), pp. 235-240. Obtido em 7 de Julho de 2013, de [http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/1/20080215185927\\_Acta%20Ped%20Vol%2038%20N%206.pdf#page=16](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/1/20080215185927_Acta%20Ped%20Vol%2038%20N%206.pdf#page=16)

DGS. (2006). *Programa Nacional de Saúde Escolar. Divisão de Saúde Escolar*. Obtido em 22 de Dezembro de 2012, de Portal da Saúde: Disponível em <http://www.portaldasaude.pt>

**APÊNDICE XVI**

**1º Encontro Nacional de Enfermagem de Cuidados Intensivos  
Pediátricos - *Assegurar a Vida, Promover a Esperança***



## 1. RESUMO DO ENCONTRO

O 1º ENECIP decorreu nos dias 23 e 24 de Janeiro, subordinado ao tema Assegurar a Vida, Promover a Esperança. O programa científico incluiu Mesas sobre Segurança e Qualidade, onde se debateram ideias acerca dos sistemas de informação; sobre Gerir Emoções, na perspetiva dos profissionais e no desenvolvimento da parentalidade; e sobre Desafios em Cuidados Intensivos Pediátricos, nomeadamente ECMO (Extracorporal membrana oxigenada), grande queimado e transplantes. O que me motivou a participar neste Encontro foi o tema discutido na mesa 2, dada a relevância para o meu projeto.

### **Mesa 2 – Gerir Emoções**

Perspetivas dos profissionais – Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Ana Paula Nunes

Durante a apresentação foi transmitida a ideia de que gerir as emoções é autocontrolá-las e utilizá-las a nosso favor. O Enfermeiro vivência situações de grande ansiedade e tensão, com intensidade variável consoante os locais onde trabalha. Mas pensando numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, a exigência emocional é maior. A vida da criança está em risco e, por isso, o enfermeiro sente-se pressionado a não errar, ao mesmo tempo que tem que lidar com o sofrimento das crianças e pais. Pretende-se que, mesmo numa UCIP, se estabeleçam relações terapêuticas e essas implicam, necessariamente, a existência de emoções. Portanto, a ideia de gerir as emoções dos profissionais de saúde vai no sentido de os tornar emocionalmente competentes, para que não se construam barreiras na relação com o utente.

Tornarmo-nos emocionalmente competentes se conseguirmos desenvolver o nosso autoconhecimento e autoconsciência: o que eu estou a sentir agora? Ao darmos resposta a esta pergunta desenvolvemos a capacidade de empatia, isto é, de conseguir compreender ao limite o nosso sofrimento e o sofrimento dos outros. A chamada Inteligência emocional, a qual nos dá resposta às questões *o que eu quero? O que eu gosto? O que eu sou enquanto ser emocional?*, contribui para que sejamos capazes de substituir emoções negativas por emoções positivas. Só

quando encontramos as respostas a estas perguntas estaremos então capazes de ajudar, emocionalmente, os outros.

A assertividade, enquanto forma eficaz e eficiente da comunicação verbal, não-verbal e para-verbal, é outra das competências a desenvolver, na medida em que a comunicação é uma constante numa relação terapêutica, e os meus direitos são os direitos dos outros.

Enquanto estratégias para a gestão emocional dos profissionais foram sugeridas a comunicação em equipa transdisciplinar, a qual deve saber relacionar-se minimizando conflitos; a promoção de formação para o acompanhamento na morte; a valorização do humor, da música, do relaxamento e da respiração.

No fundo, quando se mobiliza este tipo de estratégias consegue-se então a melhoria da qualidade de vida, profissionais emocionalmente competentes e a gestão das emoções, do próprio e dos utentes.

#### Parentalidade e Gestão das Emoções na UCIP – Enf.º Carlos Correia

O colega transmitiu-nos que, de acordo com a evidência científica, a hospitalização conduz a alterações no exercício da parentalidade, influenciados pela perda de controlo, por sentimentos de ansiedade, culpa e incapacidade e pela quebra no quotidiano.

O que se tem vindo a demonstrar é que a ansiedade dos pais diminui quando acompanham a evolução da situação clínica do filho, quando presenciam e participam nos cuidados prestados. Neste seguimento, os pais, ao sentirem-se mais capazes durante o internamento, conseguem estar mais motivados na preparação para a alta e acabam por gerir melhor as suas emoções decorrentes da situação potenciadora de crise. Noutra perspetiva, o trabalho em parceria com os pais resulta num menor tempo de internamento e diminuição dos reinternamentos hospitalares, o que se traduz em ganhos em saúde.

## **2. CONTRIBUTOS PARA A APRENDIZAGEM**

A participação neste 1º ENECIP foi importante no sentido de adquirir novos conhecimentos importantes para a minha prática, nomeadamente ao nível de novas técnicas como a ECMO, mas principalmente para sistematizar informação e experiências de outros colegas sobre o trabalho emocional com os pais no sentido de os preparar para a alta hospitalar segura e com confiança. Foi interessante perceber que se tem investido na relação com os pais das crianças internadas em contextos de cuidados intensivos, pela preocupação de contribuir para o equilíbrio emocional de toda a família, dada a influencia que esta tem sobre a evolução clínica e saúde futura da criança. Fundamental foi, também, a troca de experiências com os colegas que já trabalham com o sistema informativo SAPE e que têm já desenvolvidas estratégias para dar visibilidade e relevo às intervenções de enfermagem relacionadas com preparação para a parentalidade e a gestão das experiências emocionais dos pais.



**APÊNDICE XVII**

**Grelha de Observação – *Caraterísticas do trabalho com as emoções nas interações de cuidados em pediatria***



## Grelha de observação

### Caraterísticas do trabalho com as emoções nas Interações de cuidados em pediatria<sup>5</sup>

Categoria	Intervenções de Enfermagem	Observações	
Promover um ambiente seguro e afetivo	• Acolher		
	• Cumprimentar		
	• Expressar afeto		
	• Gerar ambiente familiar		
	• Preservar a segurança no quarto		
	• Sintonia com o mundo fantástico da criança		
	• Despedidas calorosas		
	• Fotografias calorosas		
Nutrir os cuidados com afeto	• Sorriso		
	• Voz embalada		
	• Olhar meigo		
	• Falar animado		
	• Carinho		
	• Colo		
Gerir as emoções dos clientes	Gestão emocional de antecipação	• Postura calma e carinhosa	
		• Mostrar disponibilidade	
		• Preparação para os procedimentos	
		• Fornecer explicações/informações	
		• Favorecer a expressão de sentimentos	
		• Dar reforço positivo	
		• Distração	

<sup>5</sup> Adaptado de Diogo, P. (2012). Trabalho com as Emoções em Pediatria Pediátrica. Um processo de Metamorfose de Experiência Emocional no acto de Cuidar. Loures: Lusociência.

	Gestão das emoções reativas	• Envolver a família nos cuidados	
		• Dar carinho	
		• Explicar e esclarecer dúvidas	
		• Colocar-se ao lado	
		• Fazer pausas	
		• Fomentar a esperança,	
		• Diferenciar os momentos	
		• Desviar o foco de atenção	
		• Encorajar e restringir	

Construir a estabilidade na relação	Envolvimento emocional	• Ligação afetiva	
		• Proximidade	
		• Conhecimento mútuo	
		• Confiança	
	Gestão de episódios conflituosos	• Abordagem calma e de controlo	
		• Dar espaço para expressão	
		• Desmontar o problema	
		• Procurar a reconciliação	
		• Não fazer juízos de valor	
	Equilíbrio de poderes	• Tomada de decisão partilhada	
		• Dar espaço à função parental	
		• Colaboração mútua	
		• Participação do cliente	
		• Partilha de informação	

**APÊNDICE XVIII**  
***Dossier Temático – O Trabalho Emocional em Enfermagem***  
***Pediátrica***



# ***Dossier* Temático – O Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica**



Docente Orientadora:

Professora Doutora Paula Diogo

Enfº. Tutor:

Enfº Especialista Francisco Figueiredo Santos

Ana Carolina Banha e Almeida

Dezembro 2013

## 1. INTRODUÇÃO

A evidência científica sugere que a hospitalização de uma criança implica sempre uma revolução e desequilíbrio na dinâmica familiar, nomeadamente no desempenho de papéis, regras e funcionamento do sistema familiar. De acordo com Algren (2006), citado por Tavares (2011), existem alguns fatores que podem influenciar a reação dos pais à doença dos filhos, tais como “Gravidade da ameaça aos filhos”; “experiência prévia com a doença e a hospitalização”; “procedimentos médicos envolvidos no diagnóstico e tratamento”; “sistemas de apoio disponíveis”; “ego forte”; “outros stresses no sistema familiar”; “crenças culturais e religiosas” e ainda “padrões de comunicação entre os membros da família”. Contudo, independentemente do motivo de internamento ou idade da criança, surgem sempre emoções negativas – ansiedade, raiva e tristeza.

Segundo Diogo (2012a) as emoções constituem o processo de sentir através da relação com o meio. As emoções são a transformação dos sentimentos em ação ou expressão, tornando-se visíveis ao público. A autora defende que “o enfermeiro deve estar disposto e habilitado para experienciar ou partilhar o sofrimento dos outros, para poder dar resposta com sentido e apropriadas ao cliente” (Diogo, 2012b, p. 34).

Dix (1991), citado por (Cruz, 2005) defende a existência de um modelo que estabelece uma iteração entre os afetos e a cognição. Para o autor, as emoções são ativadas pelos processos cognitivos e medeiam o processamento da informação, o que se traduz nos comportamentos do indivíduo. Nesta lógica o sistema afetivo parental regula-se pelo estabelecimento de objetivos centrados no bem-estar e desenvolvimento da criança, os quais são ativados por uma emoção mais intensa (processo de ativação). O tipo de emoção vai variar consoante a situação, ou seja, negativo de houver conflito ou positivo se as interações forem harmoniosas. A intensidade da emoção é variável de acordo com o valor que os pais atribuem à situação, e dependente do nível de estabilidade do comportamento e da perceção que os pais detêm do controlo sobre a situação. O modelo integra ainda processos de envolvimento, o que significa que “(...) as emoções, quando ativadas, interferem com os processos motivacionais, cognitivos, expressivos e comportamentais” (Dix,

1991, citado por Cruz, 2005). Por fim, os processos de regulação emocional, neste modelo, permitem aos indivíduos lidarem com as emoções promovendo-as ou inibindo-as de forma a não prejudicarem os objetivos.

De acordo com Lopes (2005, pp. 223-224), o processo terapêutico de enfermagem é composto por diversos instrumentos, nomeadamente a gestão de sentimentos e a gestão de informação, sendo o segundo dependente do primeiro. Para o autor, a gestão de sentimentos caracteriza-se, “(...) por um lado, pela criação de um espaço-tempo que permita a expressão de sentimentos, e por outro, pela tentativa de promoção da confiança/segurança”. Por sua vez, a tentativa de promoção da confiança/segurança surge em resposta à insegurança manifestada pelos utentes e familiares, e pode ser conseguida através de algumas estratégias, tais como “(...) a racionalização, a desmistificação, a não generalização, a explicação dos sintomas, a transmissão de segurança; a antecipação e proposta de soluções; e a oferta de disponibilidade” (Idem). A Gestão de informação deve ser desenvolvida de forma informal e dando resposta às necessidades sentidas por cada utente/família em particular. Para o autor, a informação deve desempenhar um papel organizador, sendo que, para isso, tem que ser “(...) contextualizada, repetida e garantida (...)” (Ibidem).

O contributo do enfermeiro na gestão das experiências emocionais dos pais – trabalho emocional (Diogo, 2012a) - deve, assim, ir ao encontro do suporte aos pais/família em situações problemáticas tanto a nível interno como externo ao contexto familiar. Por trabalho emocional entende-se a regulação das emoções no exercício da prática profissional, sejam as do próprio, como as do cliente. Diogo (2012b) defende que é preciso diferenciar o modo de lidar com as emoções expressas pelos clientes do modo “pró-ativo” de criar ambientes e contextos relacionais e afetivos para atingir fins terapêuticos. Neste sentido, o trabalho emocional deve ser visto como uma intervenção de enfermagem que tem uma finalidade terapêutica. Os estudos relacionados com o trabalho emocional tiveram início com Smith, tendo sido identificados como principais componentes o “(...) dar suporte e tranquilidade, delicadeza e amabilidade, simpatia, animar, utilizar o humor,

ser agradável, ter paciência, aliviar o sofrimento, compaixão, conhecer o cliente e ajudar a resolver os seus problemas” (Diogo, 2012b, p. 41).

O internamento de uma criança pequena (recém-nascido, latente) e a alta para o domicílio são, habitualmente, dois momentos que desencadeiam nos pais um conjunto de sentimentos e emoções ambíguas: o primeiro mais relacionado com o sentimento de medo e a angústia da morte, o segundo repleto de grandes expectativas e incertezas. Por isso, o momento da alta está associado a elevados níveis de ansiedade (Diaz, 2012) que se acentuam quando o bebé fica dependente de algum equipamento tecnológico e/ou de cuidados de saúde especiais. Alguns autores associam esta ansiedade flutuante ao facto de, com a ida para casa a sobrevivência, o bem-estar e os cuidados ao bebé, passam a ser da responsabilidade dos pais, o que anteriormente era partilhado com os profissionais de saúde (Santos M., 2011; Diaz, 2012).

Vários estudos indicam, ainda, que a maior parte das necessidades sentidas pelos pais no momento da alta são do âmbito da informação e de se sentirem confiantes (Santos M. , 2011). Assim, a transição do ambiente de cuidados implica que o desempenho da família seja eficaz numa ótica de vigilância ativa, pelo que deve ser ajudada e capacitada para adequação do seu papel parental aos novos processos de vida, o que implica o estabelecimento de um plano de preparação para a alta individualizado e iniciado o mais precocemente possível. O manual de boas práticas em enfermagem pediátrica, no âmbito da preparação para a alta, defende os cuidados antecipatórios à alta devem garantir a qualidade e continuidade dos cuidados à criança após a alta com um plano assistencial adequado às suas necessidades e devem preparar a criança/família para a transição de cuidados e adaptação aos novos processos de vida, promovendo a respetiva segurança e bem-estar (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

## 2. EMOÇÕES EM SAÚDE

- a. *The Value of Positive Emotions. The emerging science of positive psychology is coming to understand why it's good to feel good.*
- b. *Emoção... Emoções... Que implicações para a saúde e qualidade de vida?...*

Estes artigos fazem uma alusão aos primeiros estudos que envolveram emoções, negativas e positivas, e qual o impacto das mesmas na saúde das pessoas. Uma das características do ser humano é ter a capacidade de sentir e de exprimir através de comportamentos aquilo que sente. Neste sentido, as reações aos eventos da vida estão repletos de emoções, algumas mais fáceis de gerir, como as positivas (alegria, entusiasmo, esperança...), conduzindo a situações de saúde positivas e melhor qualidade de vida, outras mais complicadas de gerir, como a raiva, a tristeza, a frustração. Muito embora os artigos descrevam as emoções negativas como prejudiciais à saúde da pessoa, também salientam que são importantes para que haja uma reação à situação. Neste sentido, se conseguirmos encontrar o positivismo nos resultados alcançados através da expressão das emoções negativas, poderemos tornar esse evento de vida em algo positivo.

É então importante não esquecermos que as emoções fazem parte de cada pessoa, pelo que, para nos relacionarmos, devemos entender não apenas como gerir as nossas emoções, como devemos entender que o outro é também um ser emocional mas que poderá vivenciar cada experiência de forma totalmente diferente da nossa. Como nos tornamos capazes de viver em harmonia e de captar a essência positiva das coisas é o que nos permite viver com melhor qualidade de vida.

### 3. TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM

- a. *The emotional labour of nursing 1: exploring the concept*
- b. *O Trabalho Emocional: Reflexão e Investigação em Cuidados de enfermagem*
- c. *Ideal nurses and the emotional labour of nursing*
- d. *Emotional labour and the clinical settings of nursing care: The perspectives of nurses in East London.*
- e. *Emotional labour and nursing: an under-appreciated aspect of caring work*
- f. *Who cares? Offering emotion work as a “gift” in the nursing labour process*
- g. *O trabalho emocional do Estudante de Enfermagem em Ensino Clínico*
- h. *A Comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado*
- i. *Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação.*

Neste conjunto de artigos começamos por entender o conceito de trabalho emocional, já existente noutras ciências, e a forma como foi surgindo inerente à Enfermagem, enquanto ciência e profissão. Saliento que o trabalho emocional em enfermagem deve ser entendido como um conjunto de intervenções que visam ajudar o utente a gerir as suas próprias emoções, despoletadas por situações de doença e/ou hospitalização. Por outro lado, o trabalho emocional em enfermagem contribui também para que os enfermeiros sejam capazes de lidar com as próprias emoções, no sentido de adquirirem o equilíbrio emocional propício a uma prestação de cuidados positiva e de qualidade. São várias as concepções de enfermagem que referem o estado emocional como um dos focos do cuidar em enfermagem. Swanson (1991), por exemplo, preconiza cinco momentos inerentes aos cuidados de enfermagem que devem ser incluídos na nossa prática tendo em conta a perspetiva do cuidar transpessoal e unitário de Watson. *Estar com*, é um desses momentos e significa mostrar empatia, mostrar sentimentos pelo cliente, de preocupação e cumplicidade com o seu sofrimento, no fundo, estar emocionalmente aberto para a relação terapêutica. O trabalho emocional em enfermagem reveste-se também da necessidade de estabelecer uma relação terapêutica com o utente alvo dos nossos cuidados, sendo a comunicação uma das ferramentas essenciais a este processo.

#### 4. TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

- a. *Emotion management in children's palliative care nursing.*
- b. *Gestão do cuidado emocional da criança (dos 6 aos 8 anos) através da atividade de brincar: analisando o cuidado de enfermagem em contexto de internamento de pediatria.*
- c. *O lugar do afeto na prática de cuidados de enfermagem em contexto pediátrico: perspectivas de crianças, jovens, pais e enfermeiros.*
- d. *O sofrimento dos Enfermeiros em Pediatria.*
- e. *Practices That Facilitate Critically Burned Children's Holistic Healing.*

Neste capítulo estão incluídos artigos relacionados com a gestão emocional no contexto pediátrico. A par das situações de doença oncológica e cuidados paliativos em adultos, o trabalho com crianças parece revestir-se de um maior turbilhão de emoções, e mais intensas, não só por se tratar de seres mais vulneráveis, que carecem de maior atenção e carinho, como pela envolvimento familiar que está muito mais presente em pediatria do que em serviços de adultos. Quem trabalha nesta área, facilmente percebe o quão difícil é ver uma criança em sofrimento, lidar com pais emocionalmente destruídos e ainda, sentir a necessidade de prestar cuidados com a máxima qualidade possível, centrados na individualidade de cada criança e família. Defendemos que as crianças devem ser protegidas, que lhes devem ser proporcionados momentos de felicidade, brincadeira e harmonia. Mas quando ocorre a hospitalização, a criança é a primeira a não ter estratégias desenvolvidas para gerir e controlar as suas emoções. Neste sentido, o cuidado emocional em pediatria reveste-se de uma maior importância, pelo simples facto de que, a forma como vivem e experienciam a hospitalização pode influenciar diversos aspetos ao longo do seu desenvolvimento psicomotor e a forma como passam a encarar experiências futuras. Igualmente importante é o cuidado emocional aos pais que nestas situações se sentem desamparados e podem não ser capazes, inicialmente, de dar uma resposta adequada às necessidades psicológicas, fisiológicas, de lazer, etc., dos filhos.

## 5. INTERAÇÕES DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO DO CUIDADO EMOCIONAL EM PEDIATRIA

a) Registo dos Resultados **Caraterísticas do trabalho com as emoções nas Interações de cuidados em pediatria**<sup>6</sup>

<b>Categoria</b>	<b>Ações/interações</b>	<b>Nº</b>	<b>Tipo de observações</b>
Promover um ambiente seguro e afetivo	• Acolher	4	<p>Obs. 1 – Prestação de cuidados de higiene a criança de 2 meses, por ausência dos pais.</p> <p>Obs. 2 – Primeira abordagem à criança família após perspectiva de alta programada para breve (Criança com PC).</p> <p>Obs. 3 – Punção venosa para colocação de cateter periférico. Pai presente.</p> <p>Obs. 4 – Momento de interação com mãe de criança com Síndrome de West.</p> <p>Obs. 5 – Preparação da mãe para cuidados à criança com SNG.</p>
	• Cumprimentar	4	
	• Expressar afeto	3	
	• Gerar ambiente familiar	3	
	• Preservar a segurança no quarto	2	
	• Sintonia com o mundo fantástico da criança <sup>7</sup>	3	
	• Despedidas calorosas	1	
	• Fotografias calorosas	0	
Nutrir os cuidados com afeto	• Sorriso	5	
	• Voz embalada	2	
	• Olhar meigo	2	
	• Falar animado <sup>8</sup>	3	
	• Carinho	5	
	• Colo	3	
	• Postura calma e carinhosa	8	
	• Mostrar disponibilidade	7	

<sup>6</sup> Adaptado de Diogo, P. (2012). Trabalho com as Emoções em Pediatria Pediátrica. Um processo de Metamorfose de Experiência Emocional no acto de Cuidar. Loures: Lusociência.

<sup>7</sup> Brincadeira, cantar, mobilizar personagens de contos de fada, de filmes ou desenhos animados

<sup>8</sup> Adjetivos carinhosos, frases carinhosas, inhos, movimentos balanceados com a cabeça

Gerir as emoções dos clientes	Gestão emocional de antecipação	• Preparação para os procedimentos	6	<p>Obs. 6 – Aspiração de secreções a criança recém-admitida ao serviço.</p> <p>Obs. 7 – Acolhimento /admissão ao serviço (mãe tranquila)</p> <p>Obs. 8 – Prestação de cuidados a criança com bronquiolite, com agravamento do quadro clínico e perspetiva de transferência para UCIN.</p> <p>Obs. 9 – Aspiração de secreções (criança com bronquiolite).</p> <p>Obs. 10 – Mudança de penso de loca na região sacrococcígea.</p> <p>Obs. 11 – Acolhimento/admissão ao serviço (pais ansiosos).</p> <p>Obs. 12 – Administração de biberão a criança com 2 meses.</p> <p>Obs. 13 – Colocação de SNG (criança 1 mês com bronquiolite)</p>
		• Fornecer explicações/informações	9	
		• Favorecer a expressão de sentimentos	3	
		• Dar reforço o positivo	3	
		• Distração	3	
	Gestão das emoções reativas	• Envolver a família nos cuidados	5	
		• Dar carinho	2	
		• Explicar e esclarecer dúvidas	6	
		• Colocar-se ao lado	3	
		• Fazer pausas	2	
		• Fomentar a esperança	2	
		• Diferenciar os momentos	2	
		• Desviar o foco de atenção	2	
• Encorajar e restringir	1			
Construir a estabilidade na relação	Envolvimento emocional	• Ligação afetiva	0	
		• Proximidade	1	
		• Conhecimento mútuo	1	
		• Confiança	2	
	Gestão de episódios conflituosos	• Abordagem calma e de controlo	1	
		• Dar espaço para expressão	1	
		• Desmontar o problema	1	
		• Procurar a reconciliação	0	
		• Não fazer juízos de valor	0	
	Equilíbrio de poderes	• Tomada de decisão partilhada	1	
		• Dar espaço à função parental	2	
		• Colaboração mútua	1	
		• Participação do cliente	1	
• Partilha de informação		3		

## b) Reflexão sobre a prática

*Reflexão* é um processo que facilita o desenvolvimento da prática através da experiência do dia-a-dia. De acordo com Johns (2000), este processo permite-nos focar no *self*, aprender com a nossa experiência e confrontar a nossa prática com as nossas ações, na medida em que o conflito e a contradição, desde que analisados e refletidos, permitem-nos agir de forma mais adequada no futuro. O enfermeiro utiliza muito a experiência intuitiva para atuar. Contudo, o conhecimento intuitivo pode ser subjetivo. Para que tal não aconteça, é fundamental refletir sobre e na ação, de maneira a que haja uma maior sensibilidade para determinadas situações.

Para uma reflexão estruturada e fundamentada poderemos utilizar como ponto de partida o modelo reflexivo de Gibbs (1988), citado por Johns (2000):

- A primeira etapa diz respeito à descrição da situação. De acordo com o pensamento reflexivo lógico, após a descrição da situação é necessário analisar o problema e decompô-lo nos componentes intervenientes e relações entre si, numa lógica de resolução de problemas.
- A segunda etapa do ciclo de Gibbs diz respeito à análise dos sentimentos relacionados com a situação descrita. Por outras palavras, Rinpoche (1992), citado por Johns (2000), classifica este momento como *Looking in*, o que significa fazer uma pausa, encontrar um espaço sossegado e olhar para dentro para nos focarmos nos nossos sentimentos e pensamentos.
- Avaliação do que foi benéfico, ou não, na experiência relatada e qual o sentido que se pode dar à relação entre os acontecimentos - terceira e quarta etapas do ciclo reflexivo de Gibbs.
- A quinta etapa é a conclusão, ou, por outras palavras o *Looking out* (Johns, 2000), ou seja, diz respeito ao registo e assimilação da situação e respetiva reflexão, no sentido de se perceber o que mais poderia ter sido feito.
- A última etapa do ciclo reflexivo de Gibbs congrega o plano de ação para o futuro, no sentido de se esclarecer o que fazer caso a situação ocorra no futuro, ou o que poderá ser feito agora para que a experiência não se volte a repetir.

Nesta lógica o pensamento crítico, enquanto processo intelectual disciplinado que possibilita a orientação para o conhecimento e ação através da análise, síntese, reflexão, raciocínio e comunicação, implica identificar a posição de outras pessoas, avaliar a possibilidade de outros pontos de vista e ponderar argumentos contrários.

## **6. CONTRIBUTOS PARA A APRENDIZAGEM**

A realização deste *Dossier* temático concorreu para a sistematização de ideias acerca do tema Emoções em Pediatria. A aquisição de conhecimentos teóricos nesta área permite a reflexão sobre a prática e torna a nossa observação mais atenta e a análise mais fundamentada. Ainda durante o estágio no SPM 1<sup>ª</sup>I, e no decorrer das restantes experiências de estágio, estes conhecimentos foram aplicados. Estas leituras forneceram as bases para a construção mental de um quadro concetual sobre como podem ser visíveis as ações que o enfermeiro faz no dia-a-dia inerentes ao trabalho emocional com as crianças e pais durante a hospitalização. Além disso, o facto de deixar um documento organizado, com textos sobre um tema atual e do interesse da equipa de enfermagem, fomentou a discussão e a partilha de experiências entre mim e os vários elementos da equipa, e mesmo entre eles, contribuindo, assim, para o enriquecimento pessoal e da própria profissão de Enfermagem.

## **7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Bolton, S. (2000). Who cares? Offering emotion work as a 'guilt' in the nursing labour process. *Journal of Advancer Nursing*, 32(3), pp. 580-586.
- Borges, E. (2005). O sofrimento dos Enfermeiros em Pediatria. *Nascer e Crescer*, XIV(2), pp. 123-125.
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra: Quarteto.
- Diaz, Z. (2012). *Identificação e intervenção nas dificuldades, preocupações e necessidades dos pais de bebés internados numa unidade de Neonatologia*.

- Dissertação de Mestrado em Educação Especial, Área de Intervenção Precoce. Obtido em 1 de Março de 2013, de <http://hdl.handle.net/1822/21003>.
- Diogo, P. (2012b). *Trabalho com as Emoções em Pediatria Pediátrica. Um processo de Metamorfose de Experiência Emocional no acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Diogo, P. (2012c). O Trabalho Emocional: Reflexão e investigação em cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 16(2), pp. 62-71.
- Fredrickson, B. L. (2003). The Value of positive emotions: The emerging science of positive psychology is coming to understand why its good to feel good. 91, pp. 330-335.
- Gray, B. (2009). The emotional labour of nursing 1: exploring the concept. *Nursing Times*, 105(8), pp. 26-29.
- Gray, B., & Smith, P. (2009). Emotional labour and the clinical settings of nursing care: The perspectives of nurses in East London. *Nurse Education in Practice*, 9, pp. 253-261.
- Henderson, A. (2001). Emotional labor and nursing: an under-appreciated aspect of caring work. *Nursing Inquiry*, 8(2), pp. 130-138.
- Jonhs, C. (2000). Being and Becoming a Reflective Pratictioner. In *Becoming a Reflective Practitioner* (pp. 34-67). Oxford: Blackwell Science.
- Lopes, M. (2005). *Os clientes e os enfermeiros: construção de uma ligação*. Obtido em 4 de Maio de 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/13.pdf>
- Martins, M., & Melo, J. (s/d). Emoção... Emoções... Que implicações para a saúde e qualidade de vida? ... *spectrum*, pp. 125-148.
- Maunder, E. (2008). Emotion management in children's palliative care nursing. *indian J. Palliative Care*, 14(1), pp. 45-50.
- Mazhindu, d. (2003). Ideal nurses: the social construction of emocional labour. *Eur. J. Psychotherapy, Counselling & Health*, 6(3), pp. 243-262.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Guias Orientadores de boas práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Obtido em 7 de Março de 2013, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CadernosOE>

- Oriá, M., Moraes, L., & Victor, J. (s.d.). A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(2), pp. 292-297.
- Paulo, M., Alexandre, V., Galhofas, T., Mil-Homens, S., & Diogo, P. (2010). c. O lugar do afeto na prática de cuidados de enfermagem em contexto pediátrico: perspectivas de crianças, jovens, pais e enfermeiros. *Pensar Enfermagem*, 14(2), pp. 70-81.
- Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S., & Diogo, P. (2010). b. Gestão do cuidado emocional da criança (dos 6 aos 8 anos) através da atividade de brincar: analisando o cuidado de enfermagem em contexto de internamento de pediatria. *Pensar Enfermagem*, 14(1), pp. 24-38.
- Santos, M. (2011). *A visita domiciliária ao recém-nascido pré-termo após a alta da neonatologia*. Dissertação de mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Obtido em 1 de Fevereiro de 2013, de <http://hdl.handle.net/10400.19/1487>
- Serra, M. (s.d.). O Trabalho Emocional do Estudante de Enfermagem em Ensino Clínico. ESEL, Lisboa, Portugal.
- Soares, H. (2008). *Acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem*. Dissertação de mestrado em ciências de Enfermagem. Obtido em 23 de Abril de 2013, de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitst>
- Swanson, K. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Reserch*, 40(3), pp. 161-166.
- Tavares, P. (2011). *Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.
- Zengerle-Levy, K. (2004). Practices That Facilitate Critically Burned Children's Holistic Healing. *Qualitatite Health Research*, 14(9), pp. 1255-1275.



**APÊNDICE XIX**

**Análise Crítica –*Caraterísticas do trabalho com as emoções nas interações de cuidados em pediatria***



## **1. NOTA INTRODUTÓRIA**

Durante o período de estágio no Serviço de Pediatria Médica 1ª Infância tive a oportunidade de observar diversas interações dos enfermeiros com a criança e família, algumas durante a realização de procedimentos de enfermagem, outras mais ocasionais. Optei por fazer o registo de 13 destas observações, escolhidas aleatoriamente, no sentido de suscitar a análise das práticas no âmbito do cuidado emocional em Enfermagem. As situações observadas foram:

- Prestação de cuidados de higiene pelos Enfermeiros a uma criança de 2 meses, por ausência dos pais;
- Primeira abordagem à criança e família após perspectiva de alta programada para breve (Criança com PC);
- Punção venosa para colocação de cateter periférico. Pai presente;
- Momento de interação com mãe de criança com Síndrome de West;
- Preparação da mãe para cuidados à criança com sonda nasogástrica;
- Aspiração de secreções a criança recém-admitida ao serviço;
- Acolhimento /admissão ao serviço (mãe tranquila);
- Prestação de cuidados a criança com perspectiva de transferência para UCIN;
- Aspiração de secreções;
- Mudança de penso de loca na região sacrococcígea,
- Acolhimento/admissão ao serviço (pais ansiosos);
- Administração de biberão a criança com 2 meses;
- Colocação de sonda nasogástrica (criança 1 mês).

## **2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

A grelha de observação foi desenvolvida com base nos resultados do estudo de Diogo (2012b), do qual resultou a constituição de 5 grandes categorias. Para o trabalho em questão utilizei apenas 4, as quais explico sucintamente, aliadas às interações que surgiram com maior frequência durante as observações:

Promover um ambiente seguro e afetuoso – Tendo em conta que o ambiente hospitalar é, na maior parte das vezes, entendido como um lugar assustador, stressante e frio, os enfermeiros que trabalham em pediatria tendem a desenvolver ações que minimizem estes fatores. No estudo de Diogo (2012b) foram identificadas as ações de acolher, cumprimentar, expressar afeto, gerar ambiente familiar, preservar o quarto/unidade do cliente (isto é, realização de procedimentos dolorosos noutra sala), sintonia com o mundo infantil (brincadeira, cantar, mobilizar personagens de contos de fada, etc.), despedidas calorosas e fotografias para recordar. Destas, as que ocorreram com maior frequência foram:

<b>Interação/ação</b>	<b>Nº Registo</b>
• Acolher	4
• Cumprimentar	4
• Expressar afeto	3
• Gerar ambiente familiar	3

Nutrir os cuidados com afeto – Tal como descreve Diogo (2012b), observei que as interações que permitem nutrir os cuidados com afeto surgem em momentos próprios, como no início do turno, no tomar conta da criança, nas despedidas, ou vinculado a procedimentos, como cuidados de higiene, procedimentos dolorosos (entre outros). De entre os descritos pela autora os mais observados foram:

<b>Interação/ação</b>	<b>Nº Registo</b>
• Sorriso	5
• Carinho	5
• Falar animado	3
• Colo	3

Gerir as emoções dos clientes – De acordo com Diogo (2012b), as interações no âmbito da gestão das experiências emocionais das crianças e pais permite a “(...) modificação dos estados emocionais perturbadores e de tonalidade negativa para estados de tranquilidade e bem-estar (...)”. Podem ser ações que evitam que os clientes experimentem emoções negativas, que potenciam o controlo emocional e/ou que proporcionam o aumento da confiança – gestão emocional de antecipação; ou

ações que minimizam o sofrimento e ansiedade já instalados – gestão as emoções reativas.

### Gestão emocional de antecipação

Interação/ação	Nº Registo
• Postura calma e carinhosa	8
• Mostrar disponibilidade	7
• Preparação para os procedimentos	6
• Fornecer explicações/informações	9

### Gestão das emoções reativas

Interação/ação	Nº Registo
• Envolver a família nos cuidados	5
• Explicar e esclarecer dúvidas	6
• Colocar-se ao lado	3

Construir a estabilidade na relação – O conjunto destas ações visam manter a serenidade e harmonia, investindo por isso em relacionamentos com poucas oscilações e fragilidades. Este envolvimento emocional é fundamental se pensarmos que o enfermeiro é o profissional que está “mais perto” dos utentes e que, por isso, mais facilmente é alvo de projeção de emoções intensas, nem sempre com a intenção de serem dirigidas a eles. Esta estabilidade traduz-se na melhor aceitação, compreensão e adaptação do utente à situação de doença/hospitalização; e no desenvolvimento de um menor número de conflitos. Segundo Diogo (2012b), existem três tipos de interações: envolvimento emocional, gestão de episódios conflituosos e equilíbrio de poderes. Nas observações efetuadas identifiquei apenas as seguintes:

Interação/ação	Nº Registo	
Envolver a família nos cuidados	• Proximidade	1
	• Conhecimento mútuo	1
	• Confiança	2
Explicar e esclarecer dúvidas	• Abordagem calma e de controlo	1
	• Dar espaço para	1

	expressão	
	• Desmontar o problema	1
Equilíbrio de poderes	• Partilha de informação	3
	• Dar espaço à função parental	2

### 3. DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Estes resultados permitem aferir que a grande maioria dos enfermeiros desta equipa procura proporcionar cuidados que permitam a gestão emocional dos utentes, embora muitos não o façam com consciência disso. Algumas das ações/interações descritas são realizadas por “senso comum”, isto é, porque os enfermeiros têm gosto em trabalhar com as crianças/famílias, e por isso desenvolvem estratégias de intervenção que lhes permitam estar envolvidos nos cuidados através do carinho e do afeto. Contudo, parecem não se aperceber das consequências positivas que estas atitudes têm no equilíbrio emocional da criança e pais numa situação de hospitalização, e por isso não “usam as emoções” com uma finalidade terapêutica.

Foi interessante perceber o esforço que é feito no acolhimento do utente pediátrico através do estabelecimento de uma relação de confiança e partilha de conhecimentos, exaustivamente descrito na teoria como muito importante, mas observável apenas a quem está de fora. Apesar de os colegas saberem que estava a fazer um exercício de observação da prática para posterior análise, não senti que isso influenciasse a forma de prestar cuidados, até porque procurei integrar-me nos mesmos, de modo a não enviesar os resultados.

### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Diogo, P. (2012b). *Trabalho com as Emoções em Pediatria Pediátrica. Um processo de Metamorfose de Experiência Emocional no acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.

**APÊNDICE XX**

**Formação – *O Trabalho Emocional em Pediatria: Interações de Cuidados de Enfermagem***



## 1. FUNDAMENTAÇÃO

A profissão de enfermagem exige dos seus profissionais a mobilização de conhecimentos não só teóricos e práticos, como também relacionais. Se os primeiros podem ser adquiridos através de uma formação formal, os conhecimentos práticos e relacionais resultam essencialmente da experiência e da interação entre as pessoas e as situações, nos contextos de trabalho.

A formação em exercício assume cada vez mais importância a partir do momento em que reúne no mesmo espaço e tempo a atividade formativa e a prestação dos cuidados – “(...) os atores formam-se nos mesmos espaços, nos mesmos tempos, numa atitude reflexiva em situação de trabalho, associando ação e formação” (Abreu, 1994, citado por Bártolo, 2007, p.141).

De acordo com Newman e Peile (2002) citados por Bártolo (2007, p.141), este tipo de formação “(...) valoriza a experiência do indivíduo, o exercício, a prática, fornecendo material de reflexão e preparando para uma aprendizagem mais específica”, o que acaba por ser reconhecida como uma mais-valia pelos profissionais de saúde, até porque está associada à situação de trabalho.

Neste âmbito, as formações em serviço constituem um modo mais formal de transmissão e mobilização de conhecimentos e experiências, sendo facilitadoras da aprendizagem em equipa. Quando há elementos que manifestam necessidade em trabalhar determinados temas, como a gestão emocional, parece-me pertinente que se proporcionem momentos de interação para discussão de casos e apresentação de conceitos, motivo pelo qual foi realizada esta sessão de formação para a equipa de enfermagem no Serviço de Pediatria Médica de 1ª Infância.

## 2. PLANEAMENTO

### Plano de Sessão

---

**Tema da sessão**

Trabalho emocional em pediatria: interações de cuidados de enfermagem

---

**População alvo**

Equipa de Enfermagem e Estudantes de Enfermagem

---

**Formadora**

Ana Carolina Almeida

---

**Objetivos gerais**

- Explicar o conceito de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica;
  - Apresentar os resultados das observações efetuadas durante o estágio;
  - Analisar um artigo à luz do tema “Gestão emocional”;
- 

**Pré-requisitos**

Pertencer ao Serviço de Pediatria Médica 1ª Infância

---

**Duração - 90'****Data**

12 de Dezembro de 2013 às 16h30

---

**Local**

Sala de trabalho do Serviço

---

## Grelha de Encadeamento

Etapas	Atividades didáticas	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Equipamentos/meios didáticos	Avaliação Formativa	Tempo
<b>Introdução</b>	<p><b>Apresentação do formador</b></p> <p><b>Comunicação do tema, objetivos e estrutura</b></p>	<p>Método expositivo</p>	<p>Computador</p>		<p>5'</p>
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>O trabalho emocional em enfermagem</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Principais conceitos</li> </ul> </li> <li>• <b>Caraterísticas do trabalho com as emoções nas interações de cuidados em pediatria</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover um ambiente seguro e afetuoso</li> <li>• Nutrir os cuidados com afeto</li> <li>• Gerir as emoções dos clientes</li> <li>• Construir a estabilidade na relação</li> </ul> </li> <li>• <b>Registo das observações efetuadas</b></li> <li>• <b>Resultados terapêuticos</b></li> </ul>	<p style="text-align: center;">Método expositivo</p> <p>Método Ativo (participação coletiva)</p>	<p>Computador</p>		<p>35'</p>

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"><b>Conclusão</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Discussão do artigo</b></li> <li>• <b>Avaliação do Módulo</b></li> </ul>	<p>Método Ativo</p>	<p>Artigo</p> <p><i>“O trabalho emocional do Estudante de Enfermagem em Ensino Clínico”<sup>9</sup></i></p> <p>Fichas de avaliação de módulo</p>	<p>Partilha de experiências</p>	<p>50'</p>
---	--	---------------------	--	---------------------------------	------------

---

<sup>9</sup> Serra (s.d). *O trabalho emocional do Estudante de Enfermagem em Ensino Clínico*. ESEL, Lisboa

### 3. EXECUÇÃO



Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E.  
Hospital Dona Estefânia

Pediatria Médica 5.1

R. Jacinta Marto 1169-045 Lisboa  
Telef: 213 126 611 - Fax: 213 126 667



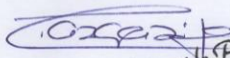
## DECLARAÇÃO

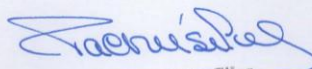
Para os devidos efeitos se declara que, **Ana Carolina Almeida**, Enfermeira, com o número mecanográfico 40766, a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. – Hospital de Dona Estefânia, participou como **formadora** na seguinte Acção de Formação em Serviço:

- Trabalho Emocional e Emoções em Enfermagem, no dia 12 de Dezembro de 2013, com a duração de 2 Horas

CHLC, E.P.E. – HDE, 31 de Dezembro de 2013

**A Enfermeira Chefe**

  
Margarida Pimenta  
Enfermeira Chefe

  
Palmira Amália Silva  
Enf.ª Directora Adjunta

## O Trabalho Emocional em Pediatria

### Interações de Cuidados de Enfermagem

Enfª. Carolina Almeida

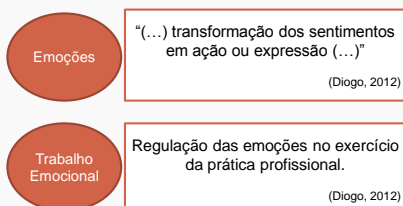
aluna da Especialidade de  
Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediatria

12 Dezembro 2013

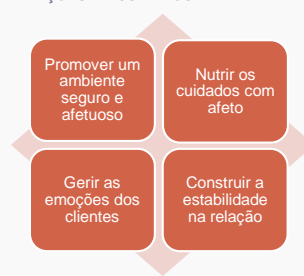
## ESTRUTURA DA SESSÃO

- Discussão do conceito – trabalho emocional
- Apresentação do registo de observações efetuadas
- Discussão de um artigo do interesse da equipa de enfermagem

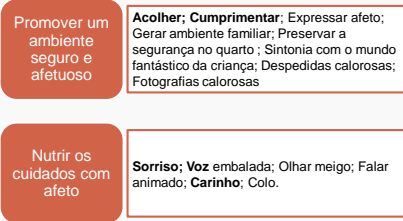
## TRABALHO EMOCIONAL EM ENFERMAGEM



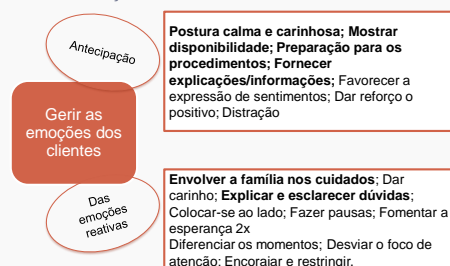
## CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO COM AS EMOÇÕES NAS INTERAÇÕES DE CUIDADOS EM PEDIATRIA



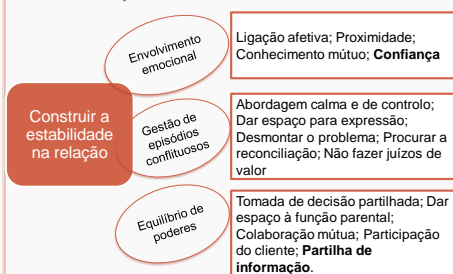
## CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO COM AS EMOÇÕES NAS INTERAÇÕES DE CUIDADOS EM PEDIATRIA



## CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO COM AS EMOÇÕES NAS INTERAÇÕES DE CUIDADOS EM PEDIATRIA



## CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO COM AS EMOÇÕES NAS INTERAÇÕES DE CUIDADOS EM PEDIATRIA



## REGISTO DE OBSERVAÇÕES

Obs. 1	Obs. 2	Obs.3	Obs. 4
• Prestação de cuidados de higiene a criança de 2 meses, por ausência dos pais	• Primeira abordagem à criança família após perspectiva de alta programada para breve (Criança com PC).	• Punção venhosa para colocação de cateter periférico. Pai presente.	• Momento de interação com mãe de criança com Síndrome de West

## REGISTO DE OBSERVAÇÕES

Obs. 5	Obs. 6	Obs. 7	Obs. 8
• Preparação da mãe para cuidados à criança com SNG.	• Aspiração de secreções a criança recém-admitida ao serviço.	• Acolhimento /admissão ao serviço (mãe tranquila)	• Prestação de cuidados a criança com perspetiva de transferência para UCIN

## REGISTO DE OBSERVAÇÕES

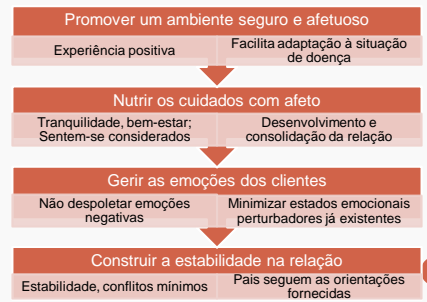
Obs. 9	Obs. 10	Obs. 11	Obs. 12	Obs. 13
• Aspiração de secreções	• Mudança de penso de loca na região sacrococcígea	• Acolhimento/admissão ao serviço (pais ansiosos)	• Administração de biberão a criança com 2 meses	• Colocação de SNG (criança 1 mês)

## REGISTO DAS OBSERVAÇÕES

Obs. 5 - Preparação da mãe para cuidados à criança com SNG



## RESULTADOS TERAPÉUTICOS



## ANÁLISE DAS PRÁTICAS

- Discussão aberta
- Artigo

#### **4. AVALIAÇÃO**

Pelo feedback obtido durante a própria sessão e confrontando com as fichas de avaliação preenchidas no final da mesma pelos colegas, parece-me que os objetivos foram atingidos. Houve partilha de experiências que permitiram o enriquecimento pessoal e a reflexão sobre as práticas. O facto de termos duas estudantes de enfermagem do curso base presentes na sessão tornou a discussão mais interessante pelas diferentes perspetivas. Nomeadamente, no que diz respeito ao próprio apoio emocional durante os estágios que nem sempre é dado pelos Enfermeiros que orientam os alunos e que acaba por influenciar a forma como os estudantes encaram o trabalho emocional junto do utente.

As avaliações encontram-se em seguida.

### Avaliação da Sessão

Módulo: 9 Trabalho Emocional em Pedagogia  
 Data: 12/13/13  
 Formador: Caroline  
 Formando: Ilacise Alexandre G. Bezilio

#### Escala de Avaliação

<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Muito Bom</b>	<b>Bom</b>	<b>Satisfatório</b>	<b>Insatisfatório</b>

Conteúdo	Avaliação
Correspondeu às expectativas	4
Correspondeu aos objectivos	4
Os conteúdos estão adequados à realidade	4
Importância para o futuro	4
<b>Metodologia</b>	
Foi facilitadora da aprendizagem	4
Adequada ao tema	4
Permitiu a troca de experiências entre participantes	4
Contribuiu para a motivação	4
<b>Formador</b>	
Assiduidade e pontualidade	4
Conhecimento e domínio do assunto	4
Explicitou os objectivos a atingir	4
Segurança na abordagem dos temas	4
Clareza ao transmitir conhecimentos	4
Objectividade na condução dos temas	4
Criou ambiente favorável à colocação de questões e participação activa dos formandos	4
Capacidade de motivar o grupo	4
Capacidade de coordenar o grupo	4
<b>Recursos</b>	
Slides	4
Exercícios práticos	4
<b>Carga Horária</b>	
Tempo para a parte teórica	4
Tempo para a prática	3
<b>Condições de Aprendizagem</b>	
Local	3
Instalações Físicas	3

PONTOS FORTES

Troca de vivências!

PONTOS FRACOS

SUGESTÕES E COMENTÁRIOS

Obrigado pela sua colaboração!

### Avaliação da Sessão

Módulo: Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica  
 Data: 12/12/13  
 Formador: CAROLINA  
 Formando: ANA CARINA BAPTISTA

#### Escala de Avaliação

<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Muito Bom</b>	<b>Bom</b>	<b>Satisfatório</b>	<b>Insatisfatório</b>

Conteúdo	Avaliação
Correspondeu às expectativas	4
Correspondeu aos objectivos	4
Os conteúdos estão adequados à realidade	4
Importância para o futuro	4
<b>Metodologia</b>	
Foi facilitadora da aprendizagem	4
Adequada ao tema	4
Permitiu a troca de experiências entre participantes	4
Contribuiu para a motivação	4
<b>Formador</b>	
Assiduidade e pontualidade	4
Conhecimento e domínio do assunto	4
Explicitou os objectivos a atingir	4
Segurança na abordagem dos temas	4
Clareza ao transmitir conhecimentos	4
Objectividade na condução dos temas	4
Criou ambiente favorável à colocação de questões e participação activa dos formandos	4
Capacidade de motivar o grupo	4
Capacidade de coordenar o grupo	4
<b>Recursos</b>	4
Slides	4
Exercícios práticos	
<b>Carga Horária</b>	
Tempo para a parte teórica	4
Tempo para a prática	4
<b>Condições de Aprendizagem</b>	
Local	3
Instalações Físicas	3

PONTOS FORTES

---

PONTOS FRACOS

---

SUGESTÕES E COMENTÁRIOS

---

Obrigado pela sua colaboração!

## Avaliação da Sessão

Módulo: \_\_\_\_\_  
 Data: 12/12/13  
 Formador: Carolina Almeida  
 Formando: Majalda A. Duarte Contente

### Escala de Avaliação

4	3	2	1
Muito Bom	Bom	Satisfatório	Insatisfatório

Conteúdo	Avaliação
Correspondeu às expectativas	4
Correspondeu aos objectivos	4
Os conteúdos estão adequados à realidade	4
Importância para o futuro	4
<b>Metodologia</b>	
Foi facilitadora da aprendizagem	4
Adequada ao tema	4
Permitiu a troca de experiências entre participantes	4
Contribuiu para a motivação	4
<b>Formador</b>	
Assiduidade e pontualidade	4
Conhecimento e domínio do assunto	4
Explicitou os objectivos a atingir	4
Segurança na abordagem dos temas	4
Clareza ao transmitir conhecimentos	4
Objectividade na condução dos temas	4
Criou ambiente favorável à colocação de questões e participação activa dos formandos	4
Capacidade de motivar o grupo	4
Capacidade de coordenar o grupo	4
<b>Recursos</b>	
Slides	4
Exercícios práticos	4
<b>Carga Horária</b>	
Tempo para a parte teórica	4
Tempo para a prática	4
<b>Condições de Aprendizagem</b>	
Local	4
Instalações Físicas	4

PONTOS FORTES

\_\_\_\_\_

PONTOS FRACOS

\_\_\_\_\_

SUGESTÕES E COMENTÁRIOS

\_\_\_\_\_

Obrigado pela sua colaboração!

### Avaliação da Sessão

Módulo: trabalho emocional em Pedicula  
 Data: 12/12/13  
 Formador: Carolina Almeida  
 Formando: Patricia Silva Ribeiro

#### Escala de Avaliação

<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Muito Bom</b>	<b>Bom</b>	<b>Satisfatório</b>	<b>Insatisfatório</b>

Conteúdo	Avaliação
Correspondeu às expectativas	4
Correspondeu aos objectivos	4
Os conteúdos estão adequados à realidade	4
Importância para o futuro	4
<b>Metodologia</b>	4
Foi facilitadora da aprendizagem	4
Adequada ao tema	4
Permitiu a troca de experiências entre participantes	4
Contribuiu para a motivação	4
<b>Formador</b>	
Assiduidade e pontualidade	4
Conhecimento e domínio do assunto	4
Explicitou os objectivos a atingir	3
Segurança na abordagem dos temas	4
Clareza ao transmitir conhecimentos	4
Objectividade na condução dos temas	4
Criou ambiente favorável à colocação de questões e participação activa dos formandos	4
Capacidade de motivar o grupo	4
Capacidade de coordenar o grupo	4
<b>Recursos</b>	
Slides	3
Exercícios práticos	4
<b>Carga Horária</b>	
Tempo para a parte teórica	4
Tempo para a prática	4
<b>Condições de Aprendizagem</b>	
Local	3
Instalações Físicas	3

**PONTOS FORTES**

tema muito interessante. Prática de experiências

**PONTOS FRACOS**

local da formação destabilizou o nível de concentração

**SUGESTÕES E COMENTÁRIOS**

Obrigado pela sua colaboração!

## Avaliação da Sessão

Módulo: \_\_\_\_\_  
 Data: 12/12/2013  
 Formador: Carolina  
 Formando: Andreia Pereira

### Escala de Avaliação

<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
<b>Muito Bom</b>	<b>Bom</b>	<b>Satisfatório</b>	<b>Insatisfatório</b>

Conteúdo	Avaliação
Correspondeu às expectativas	4
Correspondeu aos objectivos	4
Os conteúdos estão adequados à realidade	4
Importância para o futuro	3
<b>Metodologia</b>	
Foi facilitadora da aprendizagem	4
Adequada ao tema	4
Permitiu a troca de experiências entre participantes	4
Contribuiu para a motivação	4
<b>Formador</b>	
Assiduidade e pontualidade	4
Conhecimento e domínio do assunto	4
Explicitou os objectivos a atingir	4
Segurança na abordagem dos temas	3
Clareza ao transmitir conhecimentos	4
Objectividade na condução dos temas	4
Criou ambiente favorável à colocação de questões e participação activa dos formandos	4
Capacidade de motivar o grupo	4
Capacidade de coordenar o grupo	4
<b>Recursos</b>	
Slides	4
Exercícios práticos	3
<b>Carga Horária</b>	
Tempo para a parte teórica	3
Tempo para a prática	3
<b>Condições de Aprendizagem</b>	
Local	3
Instalações Físicas	3

PONTOS FORTES

Clareza na comunicação e capacidade de resumir do tema

PONTOS FRACOS

\_\_\_\_\_

SUGESTÕES E COMENTÁRIOS

\_\_\_\_\_

Obrigado pela sua colaboração!

## **5. CONTRIBUTOS PARA A APRENDIZAGEM**

Para além da mobilização de conceitos e conhecimentos inerentes ao projeto do meu relatório, a realização desta sessão contribuiu essencialmente para o treino de competências formativas. Enquanto EEESCJ devo ser capaz de promover comportamentos saudáveis na criança/jovem e família e, para isso, é importante conseguir motivar e transmitir informações de forma clara e concisa. Além disso, para que a Profissão de Enfermagem evolua, bem como a qualidade dos cuidados, penso que se torna nosso dever contribuir para a formação, ainda que informal, dos colegas com quem trabalhamos.

## **6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Bártolo, E. (2007). *Formação em contextos de trabalho no ambiente hospitalar: um estudo etnográfico numa unidade de cuidados intensivos pediátricos*. Lisboa: Climepsi editores.
- Diogo, P. (2012b). *Trabalho com as Emoções em Pediatria Pediátrica. Um processo de Metamorfose de Experiência Emocional no acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.

**APÊNDICE XXI**

**Análise Reflexiva – *Preparação dos irmãos para a hospitalização do RN na UCIN***



## **1. NOTA INTRODUTÓRIA**

Uma das Filosofias dos cuidados de enfermagem pediátrica em conjunto com os cuidados em parceria e centrados na família são os cuidados não traumáticos. Por cuidados não traumáticos entende-se “(...) a provisão de cuidados terapêuticos em contextos, por profissionais, e pelo uso de intervenções que eliminem ou minimizem o sofrimento psicológico e físico sentido pelas crianças e suas famílias no sistema de saúde” (Hockenberry & Wilson, 2014, p. 12). O cuidado não traumático assenta em três princípios: Evitar ou minimizar a separação da criança da família, promover uma sensação de controlo e evitar ou minimizar lesões e dores (Idem). É com base nos dois primeiros princípios que eu penso ser fundamental intervir ao nível dos irmãos com RN internados.

## **2. AS EXPERIÊNCIAS DOS IRMÃOS DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS NA UCIN**

Quando um bebé nasce e necessita de ser internado numa UCIN, seja por prematuridade, doença congénita, problemas fisiológicos ou muito baixo peso, surge uma crise no seio da dinâmica familiar. É necessário um esforço económico, físico e emocional por parte dos pais, que despendem mais tempo junto do bebé doente e tendem a minimizar as necessidades dos irmãos saudáveis (Beavis, 2007).

A chegada de um novo membro à família pode ser muito stressante para a criança que antes dispunha da atenção parental só para si. O facto de o bebé nascer doente ou com necessidade de cuidados específicos torna o processo mais confuso. Em particular, as crianças até à idade escolar não compreendem porque é que a mãe vai para o hospital com o bebé na barriga e regressa sem o irmão para casa, podendo, inclusivamente, sentir culpa por ter desejado que o bebé não nascesse. Além disso, se não lhes for explicado o motivo, eles tendem a imaginar situações exageradas sobre a doença, tratamento e hospitalização do irmão, através daquilo que captam e ouvem das conversas dos pais e/ou outros adultos (Hockenberry & Wilson, 2014). Nesta lógica Levick, *et al* (2010) relatam a história de uma criança de 4 anos a quem os pais deram uma fotografia da cara da irmã internada na UCIN e

que, quando questionado sobre o porquê da irmã estar no hospital, ele responde “*porque não tem corpo.*” Esta situação justifica a necessidade de informar e preparar as crianças para a hospitalização do bebê de forma adequada ao seu desenvolvimento.

Atualmente a evidência científica indica que as visitas dos irmãos são normalmente benéficas para eles, para os pais e para o próprio RN, contudo deve ser avaliada individualmente de maneira a serem preparados de forma individualizada a cada caso. Contudo, observa-se que ainda hoje esta não é uma prática patente em todos os serviços, nem defendida por todos os profissionais, o que, na minha perspectiva, contraria a filosofia dos cuidados centrados na família preconizados no cuidar em pediatria.

### **3. PREPARAÇÃO PARA A HOSPITALIZAÇÃO**

Tal como a criança que está doente e necessita de ser internada precisa de ser preparada previamente para a hospitalização, também os irmãos da criança doente o devem ser, isto porque o princípio de que o medo do desconhecido excede o temor do conhecido também se aplica. Tavares (2011), indica que esta preparação deve ser feita uma semana antes se a criança tiver entre 4 e 7 anos, mais alargada no tempo se crianças mais velhas, ou, pelo contrário, apenas 1 ou 2 dias antes em crianças mais novas.

Concomitantemente estão presentes essencialmente, dois dos quatro stressores da hospitalização, nomeadamente o medo da separação (principalmente entre os 6 meses e a idade pré-escolar) e a perda de controlo (alteração das rotinas – *toddler*; controlo sobre o corpo – idade escolar; controlo sobre as emoções – idade escolar e adolescentes).

Bezerra e Veríssimo (2002) referem que estas crianças, face à hospitalização dos irmãos e perante os stressores descritos, podem manifestar sentimentos e comportamentos que indicam sofrimento, tais como raiva (a maior parte das vezes dirigida ao irmão doente), culpa (associada à crença de que o que desejam acontece – p. exe. que o bebê nasça rápido), inferioridade (sentindo que as suas necessidades têm um valor diferente das do irmão), solidão/isolamento, exclusão das relações

familiares e da equipa de saúde, agressividade, sensação de deslocamento, privação e ansiedade em relação à própria saúde.

A preparação dos irmãos deve então partir do pressuposto de que existem outros fatores que podem potenciar os efeitos dos stressores enunciados, tais como serem cuidados por outros parentes e fora do seu contexto habitual, serem pouco informados do que se passa com a mãe e o bebé, e perceberem que são tratados de forma diferente ao que eram antes de o bebé nascer (Hockenberry & Wilson, 2014).

O processo de preparação pode então ser feito com recurso a técnicas e estratégias de cuidados não traumáticos, utilizando a brincadeira terapêutica como forma de acolhimento em enfermagem. A brincadeira na perspetiva de Tavares (2011, p. 68) "(...) é considerada parte integrante da vida da criança e assume uma importância extrema no que concerne à exteriorização de sentimentos e controlo de stress". Algumas das finalidades da brincadeira no hospital são proporcionar diversão e relaxamento; ajudar a criança a sentir-se mais segura no ambiente que para ela é estranho; minimizar a ansiedade da separação e saudades a casa; aliviar tensões e expressar sentimentos; estimular a interação e o desenvolvimento de atitudes positivas em relação aos outros (Idem). A brincadeira deve ser aliada a formas de comunicação adequadas ao desenvolvimento cognitivo de cada criança.

### O acolhimento do irmão na UCIN

Na UCIN onde eu exerço funções, os irmãos podem entrar na unidade sem restrição de horários para conhecer e interagir (quando possível) com o RN, normalmente se idade superior a 2 anos e desde que acompanhados por um dos pais. Beavis (2007) refere que as crianças que visitam a UCIN pela primeira vez sem preparação prévia deparam-se de repente com um ambiente stressante, ruidoso e movimentado, repleto de pais ansiosos e enfermeiros preocupados com os bebés doentes, com o qual não sabem como lidar, pelo que se torna fundamental prepará-los para o momento.

Existe no serviço um programa de preparação dos irmãos para o que vão encontrar quando chegarem ao pé do RN, contudo esse protocolo não é posto em prática, essencialmente porque não é do conhecimento de toda a equipa, e porque não é aprovada pela direção do centro hospitalar. No entanto, se o intuito da nossa

intervenção é atender às necessidades físicas e psicológicas do irmão e família, é essencial acolhe-los de forma a sentirem-se integrados na equipa e preparados para os equipamentos e ambiente tecnológico com que se vão deparar.

Idealmente, como já foi referido, a preparação deve ser prévia à visita do irmão à UCIN e programada com os pais, a quem devemos solicitar que os próprios descrevam o ambiente aos filhos, na sua perspetiva, bem como incentivem a que a criança escolha uma fotografia, um brinquedo, ou faça um desenho para oferecer ao bebé doente. Quando assim é estamos perante uma criança saudável que à partida sabe que vem visitar o irmão bebé que está doente e que, por isso, está dentro de uma “caixinha” (incubadora) para estar mais protegido e crescer.

A maioria das ações traduzem-se na utilização de livros, folhetos, filmes, visitas guiadas, demonstrações e brincadeiras com o intuito de transmitir informação, preparar e antever os procedimentos e situações pelas quais a criança vai passar de forma a desmistificá-los. É importante mostrar às crianças, através de uma incubadora real, de Playmobil ou fotografias, o que é uma incubadora e para que serve. De acordo com a compreensão da criança, também os alarmes, tubos e fios devem ser referidos como utensílios que permitem as enfermeiras cuidarem do bebé. Embora sejam explicados, não impede que se reduza ao máximo a visualização destes fios e tubos, pois em algumas idades, nomeadamente os toddlers e pré-escolares, quanto maiores os tubos ou os adesivos, ou quantos mais fios a criança tem, mais doente está. Também é importante explicar-lhes que devem lavar as mãos antes de entrar na unidade, não falar muito alto e que, se possível, poderão dar “miminhos” ao irmão, por forma a inclui-los nos cuidados e na equipa, valorizando as suas competências de irmão mais velho.

Devemos dar-lhes oportunidade para que expressem sentimentos e emoções, através, por exemplo, de um desenho sobre a hospitalização do irmão (pré-escolares e escolares), ou de uma “conversa entre marionetas” (*toddler*). Também é importante desmistificar que o bebé está doente mas a culpa não é do irmão, e que, apesar de estar no hospital, ele próprio não está em risco de ficar doente e ficar sujeito a procedimentos dolorosos.

Relativamente ao stressor separação, é importante explicar à criança que ela pode estar junto da mãe/pai e irmão sempre que quiser, embora seja importante que ele continue a ir à escola e brincar com os seus amigos. Aos pais deve ser

incentivados a gerir o tempo de maneira a programarem atividades fora do hospital para que o irmão saudável sinta que é valorizado. Estas atitudes dão resposta a uma das necessidades manifestadas pelos irmãos de crianças doentes – *necessidades de suporte instrumental* – as quais incluem medidas que permitem a manutenção de rotinas (Bezerra & Veríssimo, 2002), também importante para minimizar a perda de controlo em algumas faixas etárias.

Após a primeira visita é aconselhado por alguns autores que os pais falem com os filhos sobre o impacto que esta teve, quais as dúvidas que permaneceram, quais os medos e quais os benefícios, para que posteriormente se possa adequar uma nova visita, colmatando as dificuldades (Levick, et al., 2010).

#### **4. NOTA CONCLUSIVA**

Após as aprendizagens e reflexões realizadas, compreendo que há princípios inerentes ao cuidar em pediatria que muitas vezes são descorados, principalmente no que diz respeito aos irmãos. Por vezes são pressões superiores que ditam este desinvestimento, o que não implica que, pelo menos a título individual, não se promova uma hospitalização menos traumática aos irmãos. Inclusivamente, algumas técnicas de distração, como permitir que tragam um *tablet* para jogar, ou fornecer livros para pintar, são simples de executar e não necessitam de nenhum protocolo de intervenção específico. Agora, o fundamental é que as pessoas tenham formação nesta área ou, pelo menos, que sejam sensibilizadas para desempenhar este tipo de intervenções, que são de enfermagem. Para mim tem sido uma mais-valia, sinto-me mais rica, a título pessoal e profissional, e embora com poucos recursos, sei que já tentei mudar a minha prática junto de uma criança de 5 anos, cujo irmão está internado na UCIN há 4 meses. É a pensar nas consequências que este internamento prolongado pode trazer para esta criança, e sabendo das alterações comportamentais que têm surgido no decorrer desta hospitalização, que me leva a pensar na necessidade de sermos mais interventivos no cuidar da família e, em particular, dos irmãos.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beavis, A. (2007). What about brothers and sisters? Helping siblings cope with a new baby brother or sister in the NICU. *Family Centered Care. Infant*, 3(6), pp. 239-243.
- Bezerra, S., & Veríssimo, M. (2002). A experiência de ser irmão de uma criança doente e hospitalizada: uma análise da literatura. *revista Sociedade Brasileira de Enfermeiros pediatras*, 1(2), pp. 29-35.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong. Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência.
- Levick, J., MSW, ACSW, LMSW, QUINN, M. R., BSN, & MEd. (2010). *Support for Siblings of NICU Patients: An Interdisciplinary Approach*. Retrieved Maio 2013, from DOI: 10.1080/00981389.2010.511054.
- Tavares, P. (2011). *Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.

**APÊNDICE XXII**

**Seminário - *Cuidar da criança pré-termo***



## 1. RESUMO DO SEMINÁRIO

O seminário *Cuidar da Criança Pré-termo* teve lugar no Hospital HPP-Cascais no dia 21 de maio de 2013. O programa incluiu diversos temas inerentes aos cuidados ao RN prematuro, entre eles a Preparação para a alta hospitalar. Motivou-me a estar presente neste seminário o facto de se debater o projeto Oficina do Cuidar e a Prevenção de acidentes.

### **Oficina do Cuidar**

O projeto *oficina do cuidar* desenvolvido na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do HPP-Cascais consiste num programa sistematizado de ensinamentos aos pais de RN prematuros. Este surgiu no sentido de contribuir para a maior autonomia e tomada de decisão dos pais através da mobilização de competências parentais, tendo por base o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey. O programa de ensinamentos aborda temas como a alimentação do RN, cuidados promotores do desenvolvimento infantil, cuidados de higiene e conforto, sinais de alarme e vigilância em saúde-promoção da segurança.

As colegas apresentaram os resultados dos inquéritos realizados aos pais que participam nestas sessões, observando-se que 100% consideram esta iniciativa muito pertinente e que reúne aspetos positivos tais como promoção da participação dos pais nos cuidados ao RN, incentivo à parceria, reforço do papel parental e promoção de um espaço de partilha.

No final houve o testemunho de pais que tinham participado neste projeto e, o que mais infantizaram foi o sentimento de competência e confiança que a participação nas sessões lhes proporcionou. Referiram sentir-se mais capazes de entender o filho e, por isso, de dar resposta às suas necessidades. Mostraram também o quão importante foi para eles terem um espaço onde pudessem falar, desabafar e ouvir as experiências de outros pais que estavam a passar por vivências emocionais idênticas. No fundo, pareceu-me que a história desta criança e família foi diferente e marcada por aspetos positivos também graças ao projeto Oficina do cuidar.

## **Prevenção de acidentes**

Uma das estratégias possíveis para que os acidentes em casa sejam minimizados é a uniformização dos ensinamentos prévios à alta hospitalar e a promoção das competências parentais.

No período neonatal, os motivos principais de recorrência ao Serviço de Urgência do HPP-Cascais, no ano de 2012, foram problemas relacionados com a alimentação (vómitos, amamentação, engasgamento e diminuição da ingestão), problemas respiratórios (bronquiolites, hipoxémias, limpeza das vias aéreas), hipertermia, quedas, problemas relacionados com a pele (eritema, maceração), e alterações da atividade (mioclonias, choro, postura). Contudo, os mais frequentes foram os problemas alimentares, na maioria deles problemas não urgentes que se resolveriam em casa caso os pais tivessem mais confiança nos cuidados que prestam e procurassem ajuda nos cuidados de saúde primários.

As quedas/traumatismos, a asfixia e as queimaduras são situações que, dado o nível de desenvolvimento infantil em que se encontra o RN, dependem essencialmente do cuidador. Neste sentido, as colegas sugerem que os ensinamentos aos pais, nestas áreas, foquem determinados aspetos:

- Aspiração: manobras de desengasgamento, posição para dormir, síndrome de morte súbita;
- Transporte do RN prematuro: ângulo de 45°, monitorização antes da alta (*carseat challenge*), utilização de alcofas rígidas, viagens curtas;
- Queimaduras: regulação da temperatura da água do banho, confirmação da temperatura do leite antes da administração.

Para além destes ensinamentos, reforçam a importância de comunicar aos pais como deve ser feita a vigilância de saúde dos RN pré-termo para que, quando necessário, sejam encaminhados o mais precocemente possível para consultas de desenvolvimento infantil ou outras especialidades. Assim, um RN com IG inferior a 32 semanas deve ser seguido, durante os primeiros dois anos de vida com intervalos mais curtos, se IG superior a 32 semanas, as consultas poderão ser marcadas consoante a situação clínica da criança.

## **2. CONTRIBUTOS PARA APRENDIZAGEM**

A participação neste seminário foi relevante para a minha aprendizagem e, essencialmente, para o desenvolvimento do meu projeto porque permitiu clarificar ideias quanto ao tema a desenvolver durante o ensino clínico. A experiência do projeto Oficina do Cuidar, na perspetiva dos pais, foi fundamental para tomar a minha decisão.



**APÊNDICE XXIII**

**1º Encontro Nacional de Enfermeiros de Neonatologia da Área de  
Lisboa – *Cuidar para o Desenvolvimento***



## 1. RESUMO DO ENCONTRO

O 1º Encontro Nacional de Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa foi subordinado ao tema Cuidar para o Desenvolvimento, e decorreu nos dias 15 e 16 de Novembro de 2013 no Auditório Edifício Escolar do Hospital de São Francisco Xavier.

Foram abordados assuntos relacionados com:

- Acolher e promover a parentalidade;
- Cuidar no quotidiano;
- Gerir a dor e o sofrimento;
- Planear uma nova etapa;
- Apoiar na comunidade.

Embora todos estes temas sejam pertinentes tendo em vista o desenvolvimento de competências de EEESCJ e a prestação de cuidados enquanto enfermeira numa UCIN, as mesas *Planear uma nova etapa* e *Apoiar na comunidade* foram as que mais contributos deram para o desenvolvimento do meu projeto.

A preparação para a alta hospitalar deve partir do pressuposto que facilita a transição para a parentalidade e diminui a ansiedade inerente a este processo, através do ganho e desenvolvimento de competências ao longo do internamento do RN. Durante o processo de hospitalização os pais experienciam alegria, vitória, apreensão, progressiva confiança nos cuidados ao RN, vivências de responsabilidade, consciencialização, normalização e *stress* pós-traumático. Manifestam essencialmente necessidade de segurança, informação, proximidade e preocupação sobre como podem ajudar o filho a desenvolver-se normalmente.

Segundo a experiência das colegas que apresentaram o tema, o planeamento da alta hospitalar inclui a promoção da vinculação, um guia orientador para o enfermeiros acerca dos temas a discutir com os pais, programação individual das atividades associadas aos cuidados ao RN, sessões de ensino aos pais sobre a alimentação, o posicionamento, as vacinas, prevenção de morte súbita, transporte do bebé e prevenção de acidentes, e ainda a entrega de um guia orientador para os pais que resuma toda esta informação transmitida. Promovem a continuidade dos

cuidados através do envio da carta de alta para para o Centro de Saúde onde a criança está inscrita, e através da VD.

A VD realizada pelos enfermeiros da Neonatologia dá apoio a RN e famílias com os seguintes critérios: grande prematuridade, risco social, pais com problemas aditivos, crianças com problemas respiratórios ou outros. É realizada na primeira semana após a alta hospitalar pelo enfermeiro de referencia ou especialista e tem como principais objetivos avaliar a terapêutica, hábitos alimentares, intestinais, de sono, etc. Se houver necessidade de uma nova visita, então esta é programada com os cuidados de saúde primários, por forma a fazer a articulação com a comunidade.

Colegas de outro hospital relatam a experiência de articular com os cuidados de saúde primários através do preenchimento de uma ficha de risco de saúde infantil, a qual permite uniformizar a avaliação do nível de risco, identificar situações de risco e planear intervenções. Esta ficha inclui informações relacionadas com a gestação, parto, período neonatal, meio socioeconómico familiar, problemas da criança e plano de intervenção. Em determinadas situações, antes da alta hospitalar, é feita a marcação da primeira consulta do RN no Centro de Saúde pelo enfermeiro de referência.

Os testemunhos de Associações com Intervenção Comunitária, como a Associação Palma e Meio e a Associação XXS, são exemplos do importante trabalho que é desenvolvido junto dos pais de RN prematuros e que contribuem, essencialmente, com apoio emocional através da partilha de experiências em grupos de ajuda mútua, fornecimento de informação e, quando necessário, apoio social/legislativo. Estas associações, em particular a Associação XXS integram grupos de pais que viveram a experiência da prematuridade na primeira pessoa e que, por isso, têm como missão ajudar os bebés prematuros e as suas famílias a ultrapassarem aqueles que poderão ser dos momentos mais difíceis da sua vida.

Também alguns dos *posters* foram direcionados para o desenvolvimento da parentalidade e a preparação dos pais para a alta do recém-nascido prematuro: educar para a parentalidade e projeto de educação para a saúde; ambos focando a importância que estes programas têm para a aquisição de competências parentais no cuidado ao RN de risco. Contudo, foram poucos os temas das mesas ou *posters* a fazer referência ao cuidado emocional inerente ao cuidar do RN prematuro e família.

## **2. CONTRIBUTOS PARA APRENDIZAGEM**

Na minha perspectiva a realização de Encontros de Enfermeiros é fundamental para atualizar conhecimentos e partilhar práticas de Enfermagem. Pretende-se evoluir numa profissão que não só é uma ciência, como também uma arte, e para isso deve concorrer o maior número de experiências, baseadas na evidência, que possam contribuir para a excelência dos cuidados. Para mim, qualquer tema que envolva RN prematuros e vivências dos seus pais é interessante, pois é ainda uma área em evolução e que muito se pode fazer e desenvolver. Este encontro, em particular, contribuiu para consolidar o projeto que pretendo implementar no serviço onde exerço funções, para além de que trouxe outras perspetivas do cuidado ao RN com vista ao melhor desenvolvimento psicomotor possível.



**APÊNDICE XXIV**

***Análise Reflexiva – Experiências emocionais dos pais de crianças com necessidade de cuidados especiais no domicílio***



## 1. FUNDAMENTAÇÃO

Durante o período em que exerci funções na UCIN, cruzei-me com diversos pais, muitos dos quais não esqueço pelo envolvimento emocional que se criou durante a prestação de cuidados ao filho doente. Após a alta da criança, ou transferência para outros serviços, perdemos o contacto com a maior parte destas famílias, mas há outros, que por complicações decorrentes da doença crónica da criança, encontramos múltiplas vezes nos corredores do hospital. Falamos, trocamos informações sobre o estado da criança. Mas nunca temos disponibilidade para dar o tempo necessário àquela mãe para exprimir o que de facto sente. Por isso, para mim, era importante falar com estes pais e refletir sobre as emoções que têm experienciado desde que o bebé foi para casa. Para alguns, esta transição já começou há dois anos, mas ainda não está completa; para outras é ainda um acontecimento muito recente.

Esta atividade teve então como principal finalidade ouvir e refletir em conjunto com as mães. *Estar emocionalmente* com elas e conhecer a realidade para lá da UCIN e do apoio hospitalar.

## 2. PLANEAMENTO

- Perceber como são feitas as VD pela UMAD;
- Conhecer as famílias que necessitam de uma intervenção semanal por parte do apoio domiciliário;
- Proposta de realização da atividade junto da Enf<sup>a</sup>. Tutora;
- Escolha das famílias: não utilizei nenhum critério específico para a seleção, optei por uma que tinha vindo pela primeira vez para casa na semana em que iniciámos as VD porque era um acontecimento recente; a segunda escolha recaiu sobre a mãe de uma criança já com quase 3 anos, com a qual desenvolvi grande afinidade durante o internamento na UCIN. Ambas as crianças/famílias estiveram internadas na UCIN, com diagnóstico comum de prematuridade;
- Organização das VD para haver mais tempo disponível para a interação com as famílias;

- Combinação prévia com as famílias e entrega de consentimento informado para utilização dos dados para reflexão em trabalho acadêmico.

### 3. EXECUÇÃO

Os momentos de interação ocorreram nos dias 16 e 18 de Outubro de 2013 na presença apenas das mães (os pais encontravam-se a trabalhar). Para efeitos de proteção de dados, os nomes das crianças são fictícios.

#### 3.1. Descrição das interações

##### 3.1.1. “Maria”

###### Identificação

Mãe de 33 anos, atualmente em casa com baixa, mas empregada. A “Maria” é a única filha. Tem atualmente 11 meses (IC= 9,5 meses). Nasceu com 33 semanas, com diagnóstico pré-natal de atresia-duodenal. Intervencionada cirurgicamente por diversas vezes, tendo tido um internamento hospitalar prolongado, inicialmente na UCIN e depois na UCERN, com uma duração total de 10 meses. Está pela primeira vez em casa e precisa do apoio tecnológico no domicílio para administração de Alimentação parentérica (AP) pelo Cateter Venoso Central (CVC).

**Mãe** - Quando a “Maria” nasceu nós já sabíamos que ela tinha o problema, mas pensávamos que num mês tudo ficava resolvido, e ao fim desse tempo íamos ter a nossa menina em casa. Mas afinal as coisas foram-se prolongando, e ficámos muito mais tempo do que estávamos à espera. O internamento na Neo foi realmente assustador, era ela tão pequenina e estava naquela caixa...até tinha medo de lhe mexer. Depois todos aqueles apitos tornavam tudo ainda pior.

- Relativamente ao processo de preparação para a alta, qual a sua opinião? O que sentiu no momento que lhe disseram que a “Maria” ia para casa?

**Mãe** - Senti-me muito contente, mas ao mesmo tempo ansiosa, porque não sabia se ia ser capaz de lhe prestar os cuidados que ela precisava. Desde a UCIN que fomos prestando os cuidados à nossa filha, a dar-lhe o banho, mudar a fralda, dar o leite...mas sabíamos que tínhamos sempre ali a enfermeira. Em casa não.

- Quais as maiores preocupações?

**Mãe** - Na UCERN foram-nos ensinando a preparar a AP, a fazer o penso do CVC, mas mesmo assim acho que nunca nos sentimos preparados. Enquanto estivemos na UCERN (Unidade de Cuidados Especiais Respiratórios e Nutricionais) vimos muitas crianças com reinternamentos frequentes por causa de infeções do CVC...mas eu prefiro não pensar nisso. É um dia de cada vez, é assim que eu penso. Por agora está tudo bem. Quando chegarem as dificuldades logo lido com elas.

- Onde procurou apoio?

**Mãe** - Tive apoio psicológico durante o internamento. Mas depois fui tendo o apoio dos meus pais e do meu marido. Mas as Enfermeiras também ajudaram muito, porque davam-nos as informações que precisávamos.

- Agora que a “Maria” está em casa, que necessidades/dificuldades sente?

**Mãe** - No início foi um pouco difícil a adaptação. Tivemos que alterar o quarto para tornar tudo mais funcional. Mas como vê, nós temos escadas...para subir/descer ao quarto com ela, sozinha, não dá porque não consigo carregar com tudo. Tenho que esperar pela hora de desligar a AP e assim temos as duas mais liberdade. Também ainda temos alguma dificuldade em fazer o penso do CVC sozinhos, mas temos arranjado estratégias e tem corrido bem. A nossa vida enquanto casal corre bem, não houve grandes complicações, empenhamo-nos na nossa filha, e acho que tem resultado.

- O que acha que os enfermeiros poderiam/podem fazer diferente?

**Mãe** - Acho que nada. Temos tido o apoio domiciliário que ajuda bastante. Mas de resto não me estou a lembrar de nada.

### 3.1.2. “Pedro”

#### **Identificação**

A Mãe do “Pedro” trabalhava em recursos humanos em empresa própria. Neste momento está desempregada. Apenas o marido continua no ativo. Tem dois filhos, o “Pedro” é o mais novo, agora com 2 anos (IC =+/- 1 ano e 11 meses). O mais velho (“Manuel”) tem atualmente 6 anos. O “Pedro” nasceu com 26 semanas e fez uma enterocolite necrosante. Como consequência ficou com o intestino curto e paralisia cerebral por hemorragia intracraniana neonatal grau III.

- O que sentiu, quando soube do diagnóstico?

**Mãe** - O “Pedro” nasceu de 26 semanas sem que nada o previsse. Tinha ido à consulta no dia anterior e estava tudo bem. Mas foi tudo muito assustador e novidade para nós. Vê-lo tão pequeno dentro de uma incubadora. Contudo o que nós achávamos era que ele era pequeno, mais nada. Quando teve que ser transferido para Estefânia por causa do intestino ficámos em pânico. E na altura ninguém nos dizia nada... Eu era diferente na altura, não fazíamos perguntas, deixávamos os enfermeiros tratar do nosso filho para ele ficar bom. Eu até me afastava, só não queria atrapalhar.

- Relativamente ao processo de preparação para a alta, qual a sua opinião?

**Mãe** - Não houve propriamente um processo de preparação. Foi-nos dado os diagnósticos e esperavam que nós descobríssemos por nós as implicações que isso ia trazer para a nossa vida e do “Pedro”. Ele passou por várias cirurgias, disseram-nos na última que era possível que ele fosse autónomo na eliminação, mas hoje em dia já não sei.

O que sinto é que, quando passamos da UCIN para a UCERN é um choque muito grande, sentimo-nos abandonados porque estamos habituados a ter uma enfermeira 24 horas sempre junto a nós. Todas estas passagens intensivos/intermédios /UCERN é muito rápida, nem temos tempo para adaptações. Penso que as vossas colegas é que sofrem, porque têm que levar depois com pais que são realmente complicados. Acho que depois dos intermédios devia haver uma sala sem batas, sem ser necessário desinfetar a toda a hora, sem máquinas a apitar

e sem enfermeiros, mesmo que fosse só um dia, era muito mais fácil para nós e para os enfermeiros vossos colegas (mas acha que foi mal preparada? Sentia-se insegura?) Não é bem esse o sentimento, é mais pelo acolhimento e forma de estar a que fomos habituados. A UCIN da Estefânia é de facto um luxo.

- O que sentiu no momento que lhe disseram que o seu filho ia para casa?

**Mãe** - Senti muito muito medo. É que é uma grande responsabilidade. Ele trouxe um CVC com AP para casa. Se lhe acontecesse alguma coisa, o que é que eu fazia? Eu não sou médica nem enfermeira. Se bem que agora já digo que sou enfermeira a tempo inteiro e mãe nos tempo livres.... Sou mãe quando o “Pedro” é internado. Ainda por cima disseram-me que ele ia para casa 15 dias antes...e só nessa altura me disseram as implicações que isso teria. Se senti alegria? Claro que sim...mas o pânico sobrepôs-se à alegria. Entretanto lá nos fizeram os ensinamentos, e tudo isso, mas nunca deixei de ter medo.

- Quais as maiores preocupações?

**Mãe** - O que me preocupa mais neste momento é o futuro do “Pedro” (pausa...emocionada)... sei que ele só poderá fazer transplante de intestino se tivesse critérios...e com a lesão cerebral eu sei que não vai ter critérios... eu queria muito que ele fosse autónomo... (choro...) Mas preocupa-me muito a lesão cerebral dele...

- Como preparou o seu regresso?

**Mãe** - Logo no início foi-me dito que o “Pedro” tinha que ter um quarto só para ele, para que não ficasse doente com tanta facilidade, não podia ter brinquedos.... Mas eu rapidamente me fartei disso, pintei-lhe o quarto, pus brinquedos...afinal ele é uma criança como as outras. Obviamente que limpo com maior frequência, e que sempre que está mais doente vem dormir para a minha cama e o pai vai dormir com o mano...mas é exatamente o que eu faço com o “Manuel”...eu quero que ele seja uma criança normal. Mas claro, depois também tive que pintar o quarto do “Manuel”, fazê-lo parecer um campo de futebol, porque ele sempre quis um quarto verde, e o mano teve... mas lá está, é o que os filhos mais velhos fazem quando um bebé vem

para casa. Mas tive que alterar muita coisa da minha vida. Neste momento não trabalho, tenho inclusivamente que vender uma das nossas empresas porque não dá..

- Onde procurou apoio?

**Mãe** - O que me valeu foi ter, realmente, uma família muito sólida. Eu e o meu marido tivemos as nossas discussões, claro, mas sempre nos apoiámos. Para além disso tinha a minha irmã, a minha mãe, e uma grande amiga que ganhei no internamento na UCIN, que para além de amiga era enfermeira, e por isso me ia descansado: “é melhor levares o “Pedro” ao Hospital... olha, acho que podes ficar em casa a vigiar mais um dia”. Além disso apoiou-me muito porque esteve presente desde os primeiros tempos e fomo-nos acompanhando. Da parte dos enfermeiros também houve sempre apoio...percebiam quando era o momento para falarem comigo, explicavam-me tudo o que estavam a fazer, davam-me as informações necessárias. Com eles presentes eu estava descansada. Mas só com uma rede familiar forte é que é possível. Afinal o “Manuel” tinha 3 anos na altura, precisava muito da mãe... um dia foi lá à UCIN e nós dissemos-lhe que o “Pedro” estava numa caixinha mágica que o ia ajudar a crescer, e ele entendeu muito bem. Ainda hoje em dia gosta muito do mano, por vezes quer ajudar mas não gosta de colocar máscara. Preocupa-se muito e fica triste quando vai para escola porque o “Pedro” fica a chorar. Por enquanto ainda não lhe explicámos mais nada...continua a vê-lo como um bebé, por isso é que não anda, não fala... No outro dia perguntei-lhe se ele queria saber alguma coisa do irmão...ele disse que não. Quando ele sentir necessidade pergunta e depois logo arranjamos maneira de lhe explicar.

- Agora que o seu filho está em casa, que necessidades/dificuldades sente?

**Mãe** - Oh, neste momento as necessidades...sei lá...eu acho que em Portugal há muita coisa que está mal feita. Por acaso nós até conseguimos dar-lhe tudo o que ele precisa, caso contrário os subsídios que nos dão não chegavam para nada... Penso que seria importante haver um documento com as leis, os direitos que protegem estas crianças, ou pelo menos os locais onde pudemos ir-nos informar sobre isso, porque às vezes nem as assistentes sociais sabem tudo, e depois há

apoios que já poderíamos ter, mas que só os descobrimos quando pesquisamos porque precisamos e entretanto já passaram 6 meses e já não nos devolvem os retroativos. Também há outra coisa que em Manchester se faz e cá não, que são reuniões multidisciplinares para se debater o plano de intervenção de uma criança... Tudo bem que na Estefânia os médicos, os enfermeiros, até se cruzam connosco nos corredores e falam connosco, mas parece que não falam entre eles, e raramente vêm o nosso filho como um todo... penso que isso seria mesmo muito importante.

- O que acha que os enfermeiros poderiam/podem fazer diferente?

Os enfermeiros penso que não podem fazer muito mais. Temos o apoio domiciliário que vem cá uma vez por semana... Mesmo que uma semana não possam vir telefonam sempre a saber se está tudo bem, se há alguma complicação com o penso do CVC... e se por acaso até fiz ontem e estava tudo bem digo que não precisam de vir porque também compreendo que por vezes tenham situações mais difíceis e urgentes que a minha... quando vamos ao hospital também sabemos que podemos ir ter com eles sempre que há essa necessidade, alguma dúvida, alguma preocupação... por isso sei que no fundo estão sempre muito presentes. Mesmo no que respeita ao apoio emocional, penso que estiveram sempre lá...

### **3.2. Análise Reflexiva das interações**

A evidência científica tem demonstrado que a doença, aguda ou crónica, provoca uma desorganização funcional no seio de uma família, pois os pais veem-se obrigados a alterar rotinas e a adaptar o seu papel parental para cuidados que não estavam habituados a realizar. Quando a criança tem alguma perturbação ou deficiência que implique cuidados de saúde especiais por um tempo prolongado, indeterminado e, por vezes, permanente, o investimento é maior, o que acarreta mais ansiedade.

A partir do momento em que se considera como cuidados humanizados e defensores dos direitos da criança a alta para casa quando o internamento hospitalar já não se justifica, a família depara-se com dificuldades que nem sabia que existiam, principalmente a nível emocional. De acordo com a pesquisa efetuada por Kirk, *et al.* (2005), pais que ficam com crianças dependentes de tecnologias para

cuidados de saúde e manutenção das necessidades humanas básicas em casa, podem desenvolver isolamento social, privação de sono, *stress*, raiva, depressão e níveis de ansiedade extremos. Fernandes, *et al.* (2012), evidenciam no seu estudo que pais de crianças com diversas deficiências apresentam valores mais elevados de ansiedade e depressão que pais de crianças sem qualquer problema de saúde. Manuel *et al.* (2003), citado pelo mesmo autor, observou também que a severidade da deficiência e a condição funcional da criança são fatores que influenciam e contribuem para a depressão materna.

O processo de reestruturação da família pode assim ser facilitado se forem adotadas medidas de enfrentamento por pais e profissionais, através do acompanhamento no domicílio ou de programas de intervenção precoce junto das famílias e crianças. Pelchat *et al.* (1999) citado por Fernandes *et al.* (2012), refere que os pais que participaram neste tipo de programas, “(...) demonstraram uma melhor adaptação à situação de deficiência da criança, menores níveis de ansiedade e de depressão e uma perceção de maior suporte emocional do seu cônjuge.”

Costa (2010, p. 54), conclui no seu estudo que a maioria dos pais de crianças com necessidades especiais não sente sobrecarga emocional, pelo contrário, “(...) maioria dos participantes neste estudo deixam claro que o exercício do papel de cuidador não acarreta grande sobrecarga física, emocional e social, nem grandes conflitos intrapsíquicos”. Os resultados deste mesmo estudo evidenciam ainda que muitos dos participantes consideram que os filhos/família valorizam e reconhecem o papel de cuidador e garantem que o facto de acumular o papel de prestadores de cuidados ao papel parental veio contribuir para se sentirem mais próximos da mesma da criança com necessidades especiais (Idem). Esta perspetiva é capaz de contrariar a ideia que eu tinha e com que fiquei durante a realização das VD, mas também poderá ser compreensível tendo em conta a relação de proximidade e vinculativa que se estabelece entre o cuidador, neste caso a mãe, e o filho.

Pela descrição deste momentos de interação facilmente conseguimos perceber a diferença entre a sobrecarga emocional em que cada uma das famílias se encontra. Isto justifica-se, na minha opinião, pela dificuldades acrescidas de ter uma criança com paralisia cerebral, cujas prespetivas de futuro são bem mais complexas e, por isso, mais difíceis de gerir. Lidar com a doença crónica ou deficiência de um filho é uma tarefa difícil para todos os pais. Inicialmente, os pais reagem com choque e

incredulidade, muitas vezes, seguida por um período de negação, enquanto tentam compreender o significado de tudo o que foi dito. A negação serve um propósito útil no sentido de ajudar os pais a comandar a ameaça, mas o uso prolongado da negação impede a adaptação bem-sucedida, enquanto que adotar uma visão realista da sua condição promove a adaptação da família e criança.

Segundo Hockenberry e Wilson (2014, p. 911), um dos principais objetivos do trabalho com a família de uma criança com necessidade de cuidados de saúde especiais consiste em “(...) apoiar a adaptação da família e ajudá-la a funcionar o melhor possível ao longo da vida da criança”. Parece-me que, nos casos descritos, terá havido algumas falhas neste processo, principalmente no segundo caso. O diagnóstico é sempre um momento de grande impacto para as famílias, e quando a mãe do “Pedro” nos diz que «*Foi-nos dado os diagnósticos e esperavam que nós descobríssemos por nós as implicações que isso ia trazer para a nossa vida e do “Pedro”*», rapidamente nos apercebemos da falta de investimento que houve na preparação destes pais para a doença crónica do filho. Planear o cenário para informar os pais, avaliar os conhecimentos prévios e experiências da família e avaliar a compreensão da família sobre a informação prestada, são algumas das estratégias essenciais à adaptação dos pais ao diagnóstico (Hockenberry & Wilson, 2014).

Comunicar com estes pais também acaba por não ser fácil, contudo é necessário, já que eles têm o direito a estar informados para que consigam participar ativamente e com consentimento informado em todas as decisões relativas à evolução clínica do filho. Andrada *et al.* (2008) consideram que a comunicação com os pais nestas situações é dificultada pela imprevisibilidade do prognóstico. Mas um princípio é certo: a deficiência pode não ser possível curar, mas numa criança pequena, em que o futuro está ainda a começar, há muita coisa a fazer, e neste sentido, comunicar a verdade é fundamental para que a confiança possa ser estabelecida, mesmo que essa verdade hoje, não seja a verdade de amanhã.

Por fim, ambas as mães consideram que o apoio que lhes foi prestado pelos enfermeiros na preparação para a alta hospitalar e, agora, no domicílio são suficientes (embora considerem que não tenha havido um planeamento propriamente dito desta mesma alta). Segundo Bull e Jervis (1997), citados por Costa (2010), as necessidades da família cuidadora são suscetíveis de mudança

durante todo o processo. Durante a preparação para assumir a responsabilidade da prestação dos cuidados, os pais necessitam de vários tipos de informação; após a alta mas antes da chegada ao domicílio, estes apresentam um padrão de necessidade de ajuda no que diz respeito às técnicas de cuidar; após terem alcançado o padrão de família cuidadora, os pais referem frequentemente necessidades de apoio emocional (Shyu, 2000; Naylor, Brooten & Jones 1994, citados por Costa, 2010). O relato das mães diz ainda que a principal necessidade que têm neste momento é de programar o futuro dos filhos, mas enquanto a primeira mãe evidencia como maior necessidade a adaptação à vida quotidiana (o que se entende, dado ser a primeira semana em casa), a mãe do “Pedro” manifesta maior necessidade de informação quanto à situação clínica da criança e aos apoios existentes para crianças com doenças crónicas.

### 3.3. Consentimento informado

Eu, Raquel Gomes, aceito participar no projeto que pretende estudar o trabalho emocional de enfermagem na preparação dos pais para a alta do RN de risco, sob as condições acima enumeradas. Dou também o meu consentimento para que a entrevista seja gravada (gravação áudio).

Eu, Leoberto Feres Galdino, aceito participar no projeto que pretende estudar o trabalho emocional de enfermagem na preparação dos pais para a alta da UCIN sob as condições acima enumeradas. Dou também o meu consentimento para que a entrevista seja gravada (gravação áudio).

## 4. CONTRIBUTOS PARA A APRENDIZAGEM

Quando nos deparamos com pais de crianças com problemas de desenvolvimento, penso que a nossa primeira preocupação é saber o que dizer, como dizer e o que dizer. Percebo que não haja *guidelines* e regras fixas porque cada situação é especial e diferente. Por isso, a única coisa que abona a nosso favor é o bom senso, a confiança que estabelecemos com os pais, a experiência e a

capacidade de transmitirmos a verdade, de forma faseada e adaptada à capacidade dos pais em apreender novas notícias e novos conhecimentos.

A realização desta atividade foi, assim, um momento crucial da minha aprendizagem. Desenvolvi competências ao nível da comunicação com os pais e, ao mesmo tempo, da gestão emocional. Quando transferimos uma criança, podemos pressupor que esta terá alterações no seu desenvolvimento psicomotor, tomando como referências os padrões “normais” para a idade; sabemos que vai necessitar de alguns cuidados especiais para a satisfação das suas necessidades; mas raramente nos apercebemos do impacto que isso vai ter na vida familiar. Ao contactar com todas as famílias que acompanhei durante o estágio na UMAD, e em particular estas duas que relatei, começamos a sentir que temos que mudar alguma coisa na nossa prática, que se calhar não fazemos o suficiente, e que as dificuldades são muito maiores do que aquelas que pudemos imaginar. Afinal, nós cuidamos dos bebés por um período de tempo, mas o futuro, esse normalmente é assegurado pelos pais, pelo que só eles passam pela experiência de cuidar de uma criança com necessidades especiais no domicílio.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrada, M., Andrada, M., Sameiro, M., Folha, T., Salgueiro, A., & Aires, E. (2008). *a Criança com Problemas de Desenvolvimento: Falar com a Família*. Lisboa: Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral.
- Costa, A. (2010). *Auto-eficácia e sobrecarga nos prestadores de cuidados de crianças com necessidades especiais de saúde*. Tese para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem - Saúde da Família, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.
- Fernandes, C., Vale, D., Nóbrega, E., Dias, M., & Sousa, S. (Março de 2012). Ansiedade e necessidades dos cuidados de crianças com e sem deficiência. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(III), pp. 181-189.
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong. Enfermagem da Criança e do Adolescente*. Loures: Lusociência.
- Kirk, S., Glendinning, C., & Callery, P. (2005). Parent or nurse? The experience of being a parent of a technology-dependent child. *Journal of Advanced Nursing*, 5, pp. 456-464.

**APÊNDICE XXV**  
**Análise Crítica: *Competências maternas autopercebidas no cuidar do RN prematuro***



## INTRODUÇÃO

O conhecimento das competências parentais autopercibidas, o contexto que as envolve e os fatores que nelas interferem, permite aos enfermeiros determinar a necessidade de desenvolver r/ou implementar estratégias que ajudem os pais a percecionarem um elevado nível de competências para cuidarem dos seus filhos prematuros após a alta.

Com o intuito de uniformizar os ensinios efetuados aos pais no âmbito da prestação de cuidados aos filhos, realizei uma recolha de dados relativa às competências parentais autopercibidas durante momentos de interação com os pais. Os dados recolhidos correspondem à observação e registo da interação com cinco pais durante a prestação de cuidados ao RN internado na sala de intermédios da UCIN.

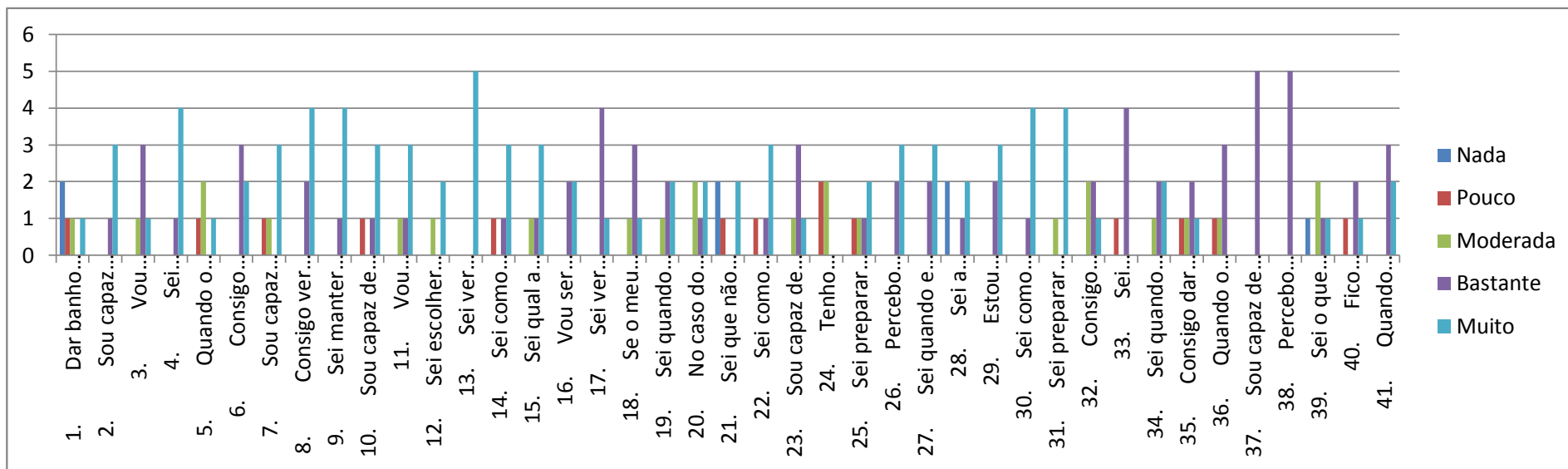
Por forma a sistematizar a informação utilizei como folha de registo a escala de intensidade, tipo Likert, das competências maternas autopercibidas (Anexo 5). Esta escala engloba 41 itens de 5 níveis de intensidade de resposta, desde o Nada competente ao Muito competente.

### **1. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Para melhor interpretação dos resultados, proponho a análise das competências individualmente, agrupando-as em grandes áreas como Alimentação, Higiene e Conforto, Sono e Interação, Temperatura, Segurança e Condições específicas de saúde. Apesar de o universo ser cinco pais, há questões cujo número total de respostas é inferior por não ter sido possível verificar determinadas situações.

O Gráfico 1 representa a síntese destes resultados.

**Gráfico 1 – Competências parentais autopercebidas**



### a) Alimentação

Questão	Unidades de Registo				
	Nada	Pouco	Moderado	Bastante	Muito
Sou capaz de reconhecer quando o meu bebé tem fome				1	3
Sou capaz de preparar o biberão (se necessário)		1	1		3
Sou capaz de ver se a temperatura do leite é a certa para o meu bebé		1		1	3
Sei escolher a tetina certa para o meu bebé (em termos de dureza e orifício)		1			2
Sei qual a melhor posição para colocar o meu bebé a arrotar			1	1	3
No caso do meu bebé se engasgar, sei o que fazer			2	1	2

Pela análise da tabela entende-se que na maioria das questões os pais consideram-se muito competentes nestes cuidados, com exceção do ponto relacionado com o engasgamento do bebé.

### b) Cuidados de Higiene e Conforto

Questão	Unidades de Registo				
	Nada	Pouco	Moderado	Bastante	Muito
Dar banho ao meu bebé, não é difícil para mim	2	1	1		1
Sei preparar o banho do meu bebé		1	1	1	2
Sei manter a pele do meu bebé hidratada				1	4
Sei quando mudar a fralda ao meu bebé			1	2	2
Percebo quando o meu bebé está desconfortável				2	3
Sei preparar a roupa para o meu bebé			1		4
Consigo dar conta de alterações na pele do meu bebé		1	1	2	1

Também neste grupo de questões observou-se que quase todos os pais manifestam comportamentos de segurança e competência nos cuidados que presta ao filho. No

que respeita ao último ponto foi difícil perceber os conhecimentos dos pais, porque não houve grandes alterações da cor da pele dos bebés.

### c) Sono e interação

Questão	Unidades de Registo				
	Nada	Pouco	Moderado	Bastante	Muito
Sei ver quando o meu bebé quer dormir			1	3	1
Sei identificar quando o meu bebé está cansado de me dar atenção		1		4	
Sei ver quando o meu bebé quer atenção ou conversa					5
Vou conseguir acalmar o meu bebé quando ele chora			1	1	3
Posso em qualquer altura interromper o sono do meu bebé	2	1			2
Percebo quando o meu bebé está irritado				5	

Durante a prestação de cuidados percebeu-se que os pais já interagem bastante bem com os filhos e que, por isso, já compreendem as suas necessidades, dando-lhes respostas adequadas. O penúltimo ponto acaba por ser um pouco dúbio. Entendi que a competência é perceber se os pais entendem que o sono do bebé não deve ser interrompido, e a maioria parece reconhecer essa necessidade do filho.

### d) Temperatura

Questão	Unidades de Registo				
	Nada	Pouco	Moderado	Bastante	Muito
Consigo ver se o meu bebé tem frio				2	4
Sou capaz de ver se o meu bebé tem calor				5	
Sei preparar a roupa para o meu bebé			1		4
Quando preciso de sair com o meu bebé, consigo vesti-lo de acordo com as condições do tempo				3	2
Vou conseguir manter a temperatura ideal para o meu bebé, em casa			1	3	1

Praticamente todos os pais são capazes de escolher a roupa adequada ao local onde o filho se encontra. Embora a temperatura da unidade não varie muito, o que implica vestir sempre o mesmo tipo de roupa, percebe-se que os pais notam quando a criança está com calor ou com frio e procuram ajustar os agasalhos.

### e) Segurança

Questão	Unidades de Registo				
	Nada	Pouco	Moderado	Bastante	Muito
Sei como transportar o meu bebé de forma segura, quando viajo de automóvel		1		1	3
No caso do meu bebé se engasgar, sei o que fazer			2	1	2
Tenho dúvidas quanto aos cuidados que o meu bebé precisa em casa		2	2		
Estou confiante nas minhas capacidades para cuidar do meu bebé				2	3
Sei como deitar o meu bebé para dormir				1	4
Consigo reconhecer quando o meu bebé está engasgado			2	2	1
Sei quando devo pedir ajuda para cuidar do meu bebé			1	2	2
Fico preocupada a pensar de serei capaz de perceber as necessidades do meu bebé	1			2	1

Na questão da segurança os pais parecem saber, na teoria, o que devem fazer. Contudo quando se lhes é colocada a questão de como fazê-lo na prática, ou se se sentiriam seguros em fazê-lo quando o bebé for para casa, já manifestam alguma insegurança.

## f) Condições específicas de saúde

Questão	Unidades de Registo				
	Nada	Pouco	Moderado	Bastante	Muito
Sei reconhecer quando o meu bebé não está bem				1	4
Quando o meu bebé chora não sei qual é o motivo		1	2		1
Consigo conciliar a vida familiar com as necessidades do meu bebé				3	2
Se o meu bebé ficar com o nariz entupido sei o que fazer			1	3	1
Sei o que fazer se o meu bebé parar de respirar	1		2	1	1
Sei a diferença entre bolsar e vomitar	2			1	2
Sei quando e como pôr o termómetro ao meu bebé				2	3
Sou capaz de reconhecer se o meu bebé tem diarreia			1	3	1

Nas situações específicas de saúde observou-se que a intensidade do sentimento de competência depende da especificidade da condição de saúde da criança. Por exemplo, num RN com refluxo gastro-esofágico, vemos que a mãe facilmente identifica a diferença entre bolsar e vômito, ao contrário de outros pais cujo filho está internado por uma bronquiolite e nunca bolsou/vomitou.

## 2. CONCLUSÃO

Para analisar estes resultados é preciso ter em conta que os pais em questão já estão internados na UCIN com os seus filhos há mais de 2 meses e, neste momento, encontram-se em cuidados intermédios, pelo que se espera já algum nível de competências desenvolvidas. Por outro lado, os resultados foram conseguidos através da observação da prestação de cuidados pelos pais ao seu filho e do registo de expressões verbalizadas durante a realização dos mesmos, pelo que é possível que haja algum enviesamento nos resultados obtidos.

Da análise dos resultados podemos inferir que os pais consideram-se menos competentes nas questões relacionadas com o transporte do RN e com a

identificação dos sinais de alarme. Por outro lado, os pais sentem-se moderadamente competentes na relação e interação com o RN. Por último, os pais sentem-se mais competentes nos cuidados inerentes à Higiene e conforto, alimentação e sono, o que se compreende tendo em conta a autonomia que estes já detêm na prestação de cuidados ao filho nesta fase do internamento.

No estudo desenvolvido por Marques e Sá (2004), estes concluíram que as mães dos RN prematuros sentiam-se, em geral, muito competentes nos cuidados aos filhos, mas tinham maiores dificuldades nos seguintes itens: selecionar a tetina mais adequada para o bebé; distinguir vomitar de bolsar; reconhecer sinais de engasgamento; segurar o bebé durante o banho; assegurar a temperatura ideal do bebé; reconhecer no bebé sinais de calor, atuar em caso de febre; reconhecer sinais de dificuldade respiratória; atuar em caso de paragem respiratória; assegurar os períodos de sono e repouso do bebé; identificar o motivo de choro; identificar os períodos de indisponibilidade do bebé para brincar; identificar dúvidas em relação aos cuidados ao bebé; perceber as necessidades do bebé. Uma vez que estes resultados não podem ser comparados, pois não utilizei a escala da forma indicada pelos autores e o universo da minha análise foi composto por 5 pais, o que se pretende é a reflexão sobre os mesmos.

É de todo importante conhecer as perspetivas dos pais quanto às suas próprias competências para que os ensinamentos possam ser adequados. Porém, não é certo que a avaliação que estes fazem das suas competências em ambiente controlado, isto é, com profissionais de saúde sempre por perto, se repercute naquilo que sentem quando estão pela primeira vez em casa. MCKIM (1993), citado por Marques e Sá (2004), demonstrou no seu estudo exatamente esta ideia, referindo que os pais de RN prematuros na primeira semana após a alta da UCIN telefonam com elevada frequência com dúvidas relativas aos cuidados a prestar ao bebé.

### **3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Marques, S., & Sá, M. (Março de 2004). Competências Maternas Auto-percebidas no contexto da prematuridade. *Referência(11)*, pp. 33-41.



**APÊNDICE XXVI**  
**Formulário - *Gestão Emocional dos pais: Intervenções de Enfermagem***



## 1. FORMULÁRIO

No âmbito do Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, pretende-se desenvolver na UCIN um Projeto sobre o tema “**O trabalho emocional em Enfermagem na Preparação dos pais para a alta do RN de risco internado na Neonatologia**”. Isto porque os cuidados especiais que a criança prematura e/ou com doença crónica e seus pais requerem, têm levantado novos desafios aos enfermeiros que mais diretamente contactam com essa realidade.

Pela ambiguidade de sentimentos e emoções que os pais experimentam no momento da alta do RN para casa, devem ser planeadas intervenções no sentido de procurar reduzir o impacto negativo que essa experiência pode causar. É, assim, fundamental integrar os pais nos cuidados e uniformizar as informações transmitidas, para que os pais se sintam preparados, tanto o quanto for possível, aquando do momento da alta/transferência do filho.

Atendendo a estes pressupostos e, baseado na sua experiência profissional, agradece que respondesse às questões que a seguir se colocam. Assinale um **X** na resposta que melhor representa a sua opinião:

1. Perante o RN prematuro e/ou com doença crónica internada na UCIN, que importância atribui à *parceria de cuidados*?

Nada Importante

Pouco Importante

Muito Importante

2. Que intervenções de enfermagem associam a cuidados emocionais/gestão das emoções dos pais?

---

3. Considera pertinente a existência de um programa de ensinamentos para os pais, ministrados por enfermeiros da unidade, para o desenvolvimento das competências parentais? Justifique.

---

---

---

4. Se respondeu sim à questão anterior diga, quais os ensinos ou áreas de ensinos que considera pertinentes uniformizar.

---

---

---

---

***Obrigado pela colaboração!***

Ao dispor para qualquer esclarecimento

Enf<sup>a</sup> Carolina Almeida

Tlm: 927754618

## 2. Análise dos formulários respondidos pelas colegas da UCIN

De um Universo de 33 pessoas, obtive 13 formulários respondidos, aplicados num período de 15 dias.

### Que importância atribui à parceria de cuidados?

100% consideraram a parceria de cuidados *Muito Importante*;

### Que intervenções de enfermagem associam a cuidados emocionais aos pais?

Categoria	Subcategorias	UR <sup>10</sup>
Promover a vinculação	Incentivar a interação	1
	Incentivar o toque	4
	Promover o colo	1
	Ensinar a massagem	2
Promover a Parentalidade	Incluir precocemente na prestação de cuidados em colaboração	7
	Instruir os pais sobre os cuidados ao RN	1
	Ações educativas sobre os cuidados	1
Estabelecer uma relação empática	Escuta ativa	7
	Disponibilidade	2
	Presença	2
	Confiança	1
Proporcionar apoio aos pais	Dar espaço para expressar sentimentos/receios/dúvidas	7
	Procurar apoio de outros profissionais (psicólogo, apoio espiritual, etc.)	1
Acolher os pais à unidade	Apresentar a equipa	1
	Apresentar o enfermeiro responsável pela criança e família	1
Estabelecer uma relação de parceria com os pais	Fornecer informação sobre o estado do RN	6
	Proporcionar tomada de decisão/negociação	2
Promover a esperança	Celebrar as conquistas diárias	2

<sup>10</sup> Unidade de Registo

**Considera pertinente a existência de um programa de ensinoss?**

100% considera que sim.

<b>Justificação</b>	<b>UR</b>
Sistematização e uniformização da informação transmitida	7
Troca de experiências/esclarecimento de dúvidas	3
Desenvolvimento/reforço de competências parentais	3
Autoconfiança e autoeficácia no papel parental	3
Segurança/autonomia na prestação de cuidados	3
Monitorização da evolução	1
Reforça a relação com os filhos e promove a vinculação	1

**Ensinoss/Áreas de ensinoss sugeridas**

<b>Ensinoss</b>	<b>UR</b>
Segurança infantil (em casa, transporte)	6
Prevenção de infeções	1
Reanimação/engasgamento	4
Massagem infantil (com especificações)	3
Sinais de alerta	2
Vigilância da saúde	1
Contenção do RN prematuro	1
Estimulação do RN	1
Desenvolvimento infantil	1
Comunicação do bebé	1
Competências do bebé prematuro	1
Todos os da lista de ensinoss já existente	5

### **3. CONCLUSÃO**

Da análise dos resultados podemos aferir que todos os enfermeiros que colaboraram consideram muito importante a parceria nos cuidados.

Das intervenções de enfermagem que concorrem para a gestão emocional dos pais, as mais enfatizadas foram o incentivar o toque, o incluir os pais nos cuidados ao filho o mais precocemente possível, a escuta ativa, a promoção de espaços físicos/emocionais para a expressão de sentimentos/receios e dúvidas, e o fornecer informações sobre o estado do RN.

Quando questionados sobre a pertinência de existir um programa de ensinios para pais, no sentido de os preparar para a alta, também a resposta foi unânime, considerando que sim. Como justificações, os enfermeiros referiram com maior frequência a possibilidade de sistematizar e uniformizar a informação transmitida.

Conclui-se ainda que os enfermeiros consideram importante incluir no programa de ensinios temas como a segurança infantil, a reanimação/manobras de desengasgamento, e o desenvolvimento infantil com primazia para as competências do RN prematuro.



**APÊNDICE XXVII**  
**Programa de ensinos para pais na UCIN**



## 1. FUNDAMENTAÇÃO

A OE (2010b) estipula, enquanto competências do EEESCJ, implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem; promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência ou incapacidade; e ainda promover a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais. Neste âmbito, proponho o seguinte projeto: programa de desenvolvimento de competências parentais na UCIN.

Ao definir padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem, a OE preconizou que o planeamento da alta deva ser feito de acordo com: as necessidades dos clientes; o máximo aproveitamento dos recursos que a comunidade disponibiliza, a otimização das capacidades do utente; e a existência de pessoas significativas capazes de gerir o regime terapêutico no domicílio (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

O manual de boas práticas em enfermagem pediátrica, no âmbito da preparação para a alta, defende que os cuidados antecipatórios à alta devem garantir a qualidade e continuidade dos cuidados à criança após a alta com um plano assistencial adequado às suas necessidades (Ordem dos Enfermeiros, 2011a). Este plano deve ser individualizado e iniciado o mais precocemente possível.

Vários estudos apontam para a necessidade *informação*, como a necessidade mais importante para os pais no momento da alta para o domicílio. De acordo com Afonso (2000), citado por Soares (2008), a abordagem de temas relacionados com a parentalidade e os cuidados ao recém-nascido, onde se possibilita a troca de experiências entre pais e profissionais, permite ajudar os pais a clarificar o seu papel e a desenvolver as suas funções com maior segurança e autonomia. Sameroff e Fiese (1990), citados por Soares (2008), através da análise dos resultados obtidos durante a realização de um programa de intervenção educacional com 74 pais de crianças prematuras, constaram que as mães que participaram no programa estavam mais confiantes e consideravam os seus filhos mais adaptáveis, felizes, acessíveis e mais tolerantes às angústias; e que os cuidados que estas prestavam aos filhos eram mais adequados comparativamente com as mães do grupo de controlo.

*Pais que cuidam* pretende assim ser um projeto que possibilita aos pais, através de encontros semanais, programados segundo temas específicos de cuidados ao RN de risco, o desenvolvimento e/ou aquisição de competências parentais para que se sintam capazes e seguros de cuidar do filho em casa.

## **2. PLANEAMENTO**

- Pesquisa bibliográfica sobre parentalidade/programas promotores da parentalidade/gestão emocional dos pais;
- Participação no Encontro *Cuidar do Recém-nascido prematuro*;
- Realização de VD a famílias de crianças com doenças crónicas, dependentes de tecnologia no domicílio, e respetivo registo de interação com as mães e crianças: dificuldades e necessidades após a alta da UCIN (no âmbito do estágio da especialidade);
- Discussão de práticas com Enfermeira perita na área da PC com o intuito de perceber o tipo de intervenção feito junto deste grupo de crianças;
- Participação em atividades junto de crianças com PC e grandes dificuldades na comunicação verbal, não-verbal e para-verbal, no sentido de conhecer as alternativas existentes;
- Levantamento estatístico dos focos de recorrência à urgência hospitalar, por pais de crianças com menos de 1 mês de idade, averiguando quantas destas crianças nasceu prematuras ou estiveram internadas na neonatologia à nascença – Alterações alimentares; Alterações da Respiração; Hipertermia; Quedas; Pele; Alteração da atividade;
- Levantamento da opinião de alguns pais de RN internados na sala de cuidados intermédios, sobre as suas competências no que respeita aos cuidados ao filho, durante a prestação de cuidados;
- Diagnóstico de situação na UCIN relativamente à necessidade/vantagens de uniformizar os ensinamentos para promover competências parentais;
- Discussão e proposta do projeto à Enfermeira Tutora do estágio na UCIN e Enf<sup>a</sup>. Chefe do Serviço.

### **3. EXECUÇÃO**

O projeto está neste momento em fase de execução. Até à data de realização do Relatório foram concluídas algumas etapas, tais como:

- Organização dos ensinamentos em 5 grandes áreas de competências parentais: Alimentação do recém-nascido; Cuidados promotores do desenvolvimento infantil; Cuidados de higiene e conforto; Sinais de alarme; vigilância em saúde – promoção da segurança;
- Apresentação do projeto à equipa da UCIN, através de uma sessão de formação;
- Constituição de uma equipa de formadores.

### **4. CONTRIBUTOS PARA A APRENDIZAGEM**

A realização desta atividade serve como ponte para o trabalho a desenvolver no futuro, após os contributos retirados ao longo deste processo formativo. Penso que o mais importante foi alcançado, nomeadamente o apoio da Enf<sup>a</sup> Chefe e da equipa de Enfermagem. Percebo que quando um projeto é bem fundamentado e concorre para a valorização da profissão de enfermagem através da prestação de cuidados junto da população, facilmente é apreendido como essencial a uma unidade de cuidados intensivos neonatais.

Conseguir concretizar este projeto será uma vitória, pois representa o esforço e a dedicação a uma área de cuidados que me é muito significativa, e no qual investi muitas horas de trabalho, pesquisa e reflexão.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Guias Orientadores de boas práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Obtido em 7 de Março de 2013, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CadernosOE>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Obtido em 22 de Janeiro de 2013, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeCriancaJovem.pdf>
- Soares, H. (2008). *Acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem*. Dissertação de mestrado em ciências de Enfermagem. Obtido em 23 de Abril de 2013, de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitst>

**APÊNDICE XXVIII**  
**Formação – Apresentação do projeto Pais que Cuidam**



## 1. FUNDAMENTAÇÃO

A sessão de apresentada aqui descrita tem como fundamentação teórica todo o quadro concetual desenvolvido ao longo deste Relatório. Consiste na agregação de conhecimentos adquiridos e de competências desenvolvidas até então e tem como finalidade a transmissão de informação aos colegas de equipa, contribuindo, uma vez mais, para a formação em serviço e para o desenvolvimento profissional e pessoal dos Enfermeiros que trabalham nesta unidade.

Á luz da teoria de Enfermagem de Jean Watson percebe-se claramente a importância atribuída ao cuidado emocional dos utentes, na medida em que a autora, na teoria do Cuidado Humano, defende que o cuidado pode e deve ser demonstrado e praticado de modo transpessoal, isto é, além da dimensão biológica e material, além das pessoas envolvidas transcendendo o individual, sendo capaz de transcender o tempo, o espaço e o corpo físico. No fundo, a autora entende que, a enfermeira só existe porque existe o outro a quem presta cuidados, e é nesta relação e interação que o cuidado acontece. O utente não é então a soma das partes que o constituem, mas antes, uma “(...) unidade mente-corpo-espírito”. (Watson, p.503).

Watson defende que o cuidado emocional é uma das dimensões do cuidado humano, indissociável de tudo o resto. Durante a prestação de cuidados estabelece-se uma relação entre enfermeiro – utente que implica a mobilização de emoções. Não há relação sem emoções e não há emoções sem o estabelecimento de uma relação. Deste modo o cuidado emocional está presente em todas as nossas intervenções, porque o ser humano não existe sem emoções.

O internamento numa UCIN e a alta para o domicílio são, habitualmente, dois momentos que desencadeiam nos pais um conjunto de sentimentos e emoções ambíguas: o primeiro mais relacionado com o sentimento de medo e a angústia da morte, o segundo repleto de grandes expectativas e incertezas. Durante o internamento na UCIN o EEESCJ deve então ajudar os pais a interpretar, antecipar e responder às pistas que este grupo de RN transmite, já que a sua forma de interação evolui e apresenta-se diferente da dos bebés de termo, reforçando os seus sentimentos de competência.

De acordo com Afonso (2000), citado por Soares (2008), a abordagem de temas relacionados com a parentalidade e os cuidados ao recém-nascido, onde se possibilita a troca de experiências entre pais e profissionais, permite ajudar os pais a clarificar o seu papel e a desenvolver as suas funções com maior segurança e autonomia.

## 2. PLANEAMENTO

### Plano de Sessão

---

**Tema da sessão**

Sessões de Ensino para os Pais na UCIN

---

**População alvo**

Equipa da UCIN

---

**Formadora** - Ana Carolina Almeida

---

**Objetivos gerais**

- Entender o Cuidado emocional como parte integrante dos cuidados de Enfermagem;
  - Enumerar atitudes terapêuticas que visam a gestão emocional dos pais;
  - Refletir sobre as experiências emocionais dos pais dos recém-nascidos internados na Neonatologia;
  - Apresentar uma proposta de programa de ensinos para pais, com enfoque na preparação para a alta.
- 

**Pré-requisitos**

Pertencer à UCIN

---

**Duração**

60'

---

**Data**

14 Fevereiro de 2014, às 15h

---

**Local**

Sala de Reuniões da UCIN

---

## Grelha de encadeamento

<b>Etapas</b>	<b>Atividades didáticas</b>	<b>Métodos e Técnicas Pedagógicas</b>	<b>Equipamentos/meios didáticos</b>	<b>Avaliação Formativa</b>	<b>Tempo</b>
<b>Int</b>	<p><b>Apresentação do formador</b></p> <p><b>Comunicação do tema, objetivos e estrutura</b></p>	Método expositivo	Computador		10''
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Enquadramento teórico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceções de Enfermagem</li> <li>• Principais conceitos</li> </ul> </li> <li>• <b>Caraterísticas do trabalho com as emoções nas interações de cuidados em pediatria</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerir as emoções dos clientes</li> </ul> </li> <li>• <b>Gestão emocional dos pais – Intervenções de enfermagem</b></li> <li>• <b>Pertinência do Projeto</b></li> <li>• <b>Apresentação do projeto</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Justificação</li> <li>• Áreas Temáticas</li> <li>• Estrutura possível</li> </ul> </li> </ul>	<p>Método expositivo</p> <p>Método Ativo (participação coletiva)</p>	Computador		30'
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Discussão</b></li> <li>• <b>Avaliação da sessão</b></li> </ul>	Método Ativo	Fichas de avaliação da sessão	Partilha de experiências	20'

### 3. EXECUÇÃO

**Pais que cuidam**  
Projeto para Sessões de Ensino aos Pais

UCIN  
Hospital de Dona Estefânia



Prof Orientadora:  
Paula Diogo

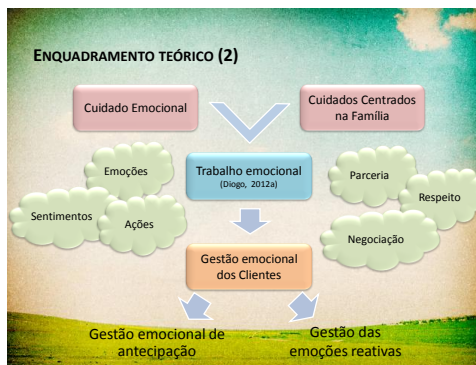
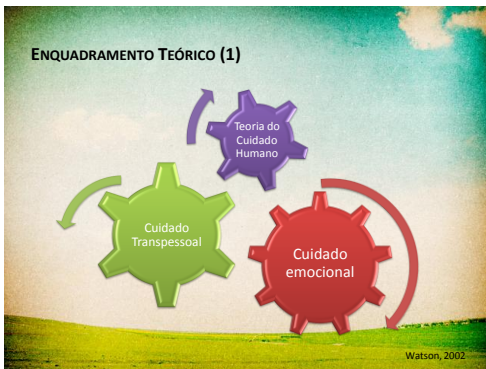
Enfª. Tutora:  
Teresa Inácio

Enfª. Carolina Almeida,  
no âmbito do 4º CMESIP

14 Fevereiro, 2014

**OBJETIVOS DA SESSÃO**

- Entender o Cuidado emocional como parte integrante dos cuidados de Enfermagem;
- Enumerar atitudes terapêuticas que visam a gestão emocional dos pais;
- Refletir sobre as experiências emocionais dos pais dos recém-nascidos internados na Neonatologia;
- Apresentar uma proposta de programa de ensinos para pais, com enfoque na preparação para a alta.



**CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO COM AS EMOÇÕES NAS INTERAÇÕES DE CUIDADOS EM PEDIATRIA**

**Antecipação**

Postura calma e carinhosa; Mostrar disponibilidade; Preparação para os procedimentos; Fornecer explicações/informações; Favorecer a expressão de sentimentos; Dar reforço positivo; Distração.

**Gerir as emoções dos clientes**

**Das emoções reativas**

Envolver a família nos cuidados; Dar carinho; Explicar e esclarecer dúvidas; Colocar-se ao lado; Fazer pausas; Fomentar a esperança; Diferenciar os momentos; Desviar o foco de atenção; Encorajar e restringir.

(Diogo, 2012a)

**GESTÃO EMOCIONAL DOS PAIS - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

*Análise do Formulário*

Categoria	Subcategorias	UR
Promover a vinculação	Incentivar a interação	1
	Incentivar o toque	4
	Promover o colo	1
Promover a Parentalidade	Ensinar a massagem	2
	Incluir precocemente na prestação de cuidados em colaboração	7
Estabelecer uma relação empática	Instituir os pais sobre os cuidados ao RN	1
	Ações educativas sobre os cuidados	1
	Escola ativa	7
	Disponibilidade	2
Proporcionar apoio aos pais	Presença	2
	Confiança	1
Acolher os pais à unidade	Dar espaço para expressar sentimentos/receios/dúvidas	7
	Procurar apoio de outros profissionais (psicólogo, apoio espiritual, etc)	1
Estabelecer uma relação de parceria entre os pais	Apresentar a equipa	1
	Apresentar o enfermeiro responsável pela criança e família	1
Promover a esperança	Fornecer informação sobre o estado do RN	6
	Proporcionar tomada de decisão/negociação	2
	Celebrar as conquistas diárias	1

**PERTINÊNCIA DO PROJETO (1)**

Em Portugal nascem entre 9 a 10% de RN pré-termo (1-2% <32sem IG); Alto risco de sequelas futuras no desenvolvimento psicomotor; (Guimarães e Tomé, 2009)

UCIN – experiências emocionais negativas: confusão, desamparo, angústia, revolta, frustração, recusa da situação, raiva, dor, choque, descrença, depressão, zanga, medo da perda, incerteza e preocupação em relação ao futuro e ansiedade; (vários autores)

Da admissão a casa: processo muito desejado, mas bastante ansiogénico; (Santos, M. 2011; Diaz, 2012)

Necessidades dos pais: Informação e sentirem-se confiantes; (Santos, M., 2011)

RN prematuro tem impacto psicológico na criança e mãe até 3-4 anos após nascimento; (Valente e Seabra-Santos, 2011)

**PERTINÊNCIA DO PROJETO (2)**

**Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 2008)**

- Princípio 8 – A equipa de Saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e famílias

**Programa Nacional Infantil e Juvenil 2012**

- Intervenção baseada numa perspetiva de cuidados antecipatórios;
- Programas de intervenção precoce (0-6anos)
- Visitação domiciliar como promoção da saúde e qualidade de vida da criança com necessidades especiais

**PNS 2012-2016**

- Nascer com saúde: Preparação para a parentalidade
- Crescer com segurança: Diagnóstico e intervenção precoce

**Guia orientador de boas práticas em Enfermagem pediátrica – V. III (OE, 2011)**

- Intervir na esperança – escuta ativa; pais parceiros no cuidar; formação.
- Cuidados antecipatórios da alta – Preparar os pais para a transição de cuidados e adaptação aos novos processos de vida.



### ANÁLISE DO FORMULÁRIO

#### 3. Considera pertinente a existência de um programa de ensinos para pais?

100% considera que sim

Justificação	UR
• Sistematização e uniformização da informação transmitida	7
• Troca de experiências/esclarecimento de dúvidas	3
• Desenvolvimento/reforço de competências parentais	3
• Autoconfiança e autoeficácia no papel parental	3
• Segurança/autonomia na prestação de cuidados	3
• Monitorização da evolução	1
• Reforça a relação com os filhos e promove a vinculação	1

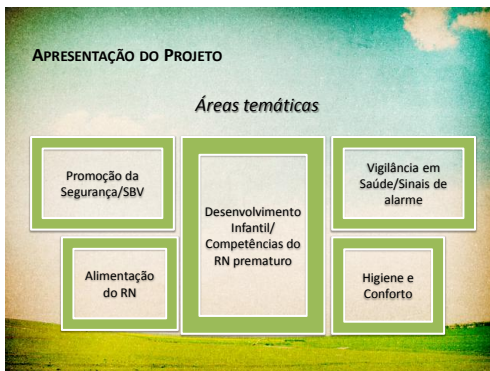
- ### APRESENTAÇÃO DO PROJETO
- #### Objetivos
1. Desenvolver e/ou mobilizar competências parentais;
  2. Contribuir para a maior autonomia e tomada de decisão;
  3. Contribuir para uma gestão emocional positiva;
  4. Preparar os pais para uma alta segura e tranquila;
  5. Promover um espaço de partilha entre os pais.



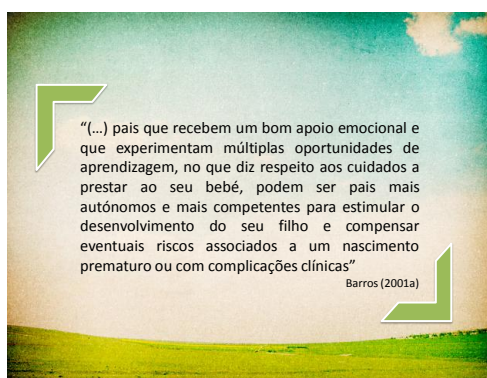
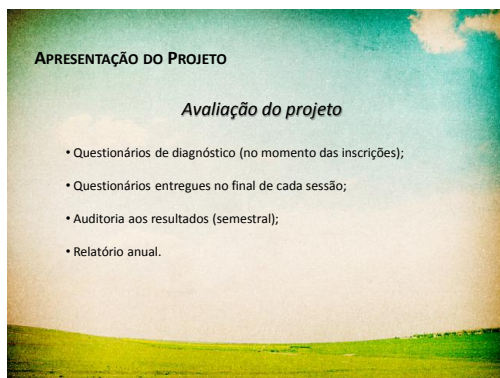
### ANÁLISE DO FORMULÁRIO (2)

#### 4. Ensinos/Áreas de ensinos sugeridas

Ensinos	UR
Segurança infantil (em casa, transporte)	6
Prevenção de infeções	1
Reanimação/engasamento	4
Massagem infantil	3
Sinais de alerta	2
Vigilância da saúde	1
Contenção do RN prematuro	1
Estimulação do RN	1
Desenvolvimento infantil	1
Comunicação do bebé	1
Competências do bebé prematuro	4
Todos os da lista de ensinos já existente	5



- ### APRESENTAÇÃO DO PROJETO
- #### Estrutura possível
- 2 a 3 enfermeiros responsáveis por cada área temática;
  - 1 a 2 enfermeiros por sessão;
  - 1 ou 2 x semana (cada dia um tema diferente);
  - Sessões de 60' (Teóricas e Teórico-práticas);
  - Pré-inscrições na Secretária de Unidade;
  - Pais da UCIN e UCERN.



## 4. AVALIAÇÃO

Seguem em seguida as avaliações da sessão efetuadas pelos colegas. Penso que no geral, as informações foram de encontro às expetativas e os objetivos foram atingidos.

**FORMAÇÃO EM SERVIÇO - SUMÁRIO E PRESENÇAS**

Área/Unidade/Especialidade:

UCIN

Tema:

Apresentação do Projeto sessões de ensino para Pais

Data 14/02/2014

Hora: 15h00

Duração: 60'

Local:

UCIN

**SUMÁRIO:** - Entender o cuidado curricular como parte integrante dos cuidados do Enfermeiro;  
 - Experiências emocionais dos pais;  
 - Programa de ensino para pais que enfoque na preparação para a alta da neonatologia.

Formador(es):

Ana Carolina Almeida / 40766

(nome/n.º

mecanográfico)

**PRESENÇAS**

N.º MEC.	NOME (COMPLETO E LEGÍVEL)	CATEGORIA PROFISSIONAL	UNIDADE
54188	Ana Teresa Cascais Inácio	Enfermeira	UCIN
52214	Ivete Rosária Almeida dos Múguez Monteiro	Enfermeira	UCIN
53312	Susana Filipa Gabrielina Oliveira Costa	Enfermeira	UCIN
52969	Ílona Isabel dos Neves Felismino Bandeira	Enfermeira	UCIN
51663	Maria Vânia Graça Pacheco	enf.	UCIN

Responsável \_\_\_\_\_

**FORMAÇÃO EM SERVIÇO - AVALIAÇÃO DA SESSÃO**

 Área/Unidade/Especialidade: UCIN - HDE

 Tema: "Pais que mudam" - Projeto sessões de Ensino Para Pais

 Acção tipo: Actualização  Aprendizagem  Duração 1h Data 14/2/2014

 Formador(es): A Carolina Almeida B \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIÇÃO GLOBAL	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				X
2. Os objectivos da formação foram atingidos.				X
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.				X
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.			X	
5. A teoria foi relacionada com a prática.				X
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.				X
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.				X
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.			X	
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.			X	
10. A duração da formação foi adequada.				X
11. O horário da formação foi adequado.				X

 Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:  
 1 - Insuficiente    2 - Suficiente    3 - Bom    4 - Muito Bom

METODOLOGIA	FORMADORES		
	<u>Carolina</u>	_____	_____
12. Domínio dos conteúdos apresentados.	4		
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.	4		
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.	4		
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	4		
16. Interacção com o grupo.	4		
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.	4		
18. Gestão do tempo.	4		
19. Pontualidade.	4		

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Obrigado pela sua colaboração.

**FORMAÇÃO EM SERVIÇO - AVALIAÇÃO DA SESSÃO**

Área/Unidade/Especialidade: \_\_\_\_\_

Tema: Paes que cuidam "Pagamento para Sessão de Ensino aos Paes"

Acção tipo: Actualização  Aprendizagem  Duração 50min Data 14/2/14

Formador(es): A Carolina Almeida B \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIÇÃO GLOBAL	Discorda Total-mente	Discorda	Concorda	Concorda Total-mente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				X
2. Os objectivos da formação foram atingidos.				X
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.				X
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.			X	
5. A teoria foi relacionada com a prática.				X
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.				X
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.				X
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.			X	
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				X
10. A duração da formação foi adequada.				X
11. O horário da formação foi adequado.				X

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:  
1 - Insuficiente    2 - Suficiente    3 - Bom    4 - Muito Bom

METODOLOGIA	FORMADORES		
	A	B	C
12. Domínio dos conteúdos apresentados.	3		
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.	3		
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.	4		
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	4		
16. Interação com o grupo.	4		
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.	4		
18. Gestão do tempo.	4		
19. Pontualidade.	4		

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Obrigado pela sua colaboração.

**FORMAÇÃO EM SERVIÇO - AVALIAÇÃO DA SESSÃO**

Área/Unidade/Especialidade: U22  
 Tema: País que cuidam  
 Acção tipo: Actualização  Aprendizagem  Duração 1<sup>h</sup> Data 14/02/2014  
 Formador(es): A Carolina Almeida B \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIÇÃO GLOBAL	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				X
2. Os objectivos da formação foram atingidos.				X
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.				X
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.			X	
5. A teoria foi relacionada com a prática.			X	
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.				X
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.				X
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.			X	
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				X
10. A duração da formação foi adequada.				X
11. O horário da formação foi adequado.				X

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:  
 1 - Insuficiente 2 - Suficiente 3 - Bom 4 - Muito Bom

METODOLOGIA	FORMADORES		
	A		
12. Domínio dos conteúdos apresentados.	4		
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.	3		
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.	4		
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	4		
16. Interacção com o grupo.	4		
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.	4		
18. Gestão do tempo.	4		
19. Pontualidade.	4		

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Obrigado pela sua colaboração.

**FORMAÇÃO EM SERVIÇO - AVALIAÇÃO DA SESSÃO**

Área/Unidade/Especialidade: ULN  
 Tema: "Parque de Leitura" Projeto para Sessão de ensino aos Ptn  
 Acção tipo: Actualização  Aprendizagem  Duração 1h Data 14/02/2014  
 Formador(es): A Caroline Almeida B  C

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIAÇÃO GLOBAL	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.			X	
2. Os objectivos da formação foram atingidos.			X	
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.				X
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.			X	
5. A teoria foi relacionada com a prática.			X	
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.			X	
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.			X	
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.			X	
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				X
10. A duração da formação foi adequada.				X
11. O horário da formação foi adequado.				X

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:  
 1 - Insuficiente 2 - Suficiente 3 - Bom 4 - Muito Bom

METODOLOGIA	FORMADORES		
	A	B	C
12. Domínio dos conteúdos apresentados.	4		
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.	4		
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.	4		
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	4		
16. Interação com o grupo.	4		
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.	4		
18. Gestão do tempo.	4		
19. Pontualidade.	4		

**COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA**

Obrigado pela sua colaboração.

**FORMAÇÃO EM SERVIÇO - AVALIAÇÃO DA SESSÃO**

Área/Unidade/Especialidade: UCIN  
 Tema: Pais que cuidam - Projeto para sessões de Ensino aos Pais  
 Acção tipo: Actualização  Aprendizagem  Duração 1<sup>h</sup> Data 14 / 02 / 2014  
 Formador(es): A Carolina Almeida B \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIACÃO GLOBAL	Discorda Totalmente	Discorda	Concorda	Concorda Totalmente
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.			X	
2. Os objectivos da formação foram atingidos.			X	
3. Para a sua actividade profissional a formação foi útil.			X	
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.			X	
5. A teoria foi relacionada com a prática.			X	
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.				X
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.				X
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.			X	
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				X
10. A duração da formação foi adequada.			X	
11. O horário da formação foi adequado.			X	

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:  
 1 - Insuficiente    2 - Suficiente    3 - Bom    4 - Muito Bom

METODOLOGIA	FORMADORES		
	<u>Carolina</u>	_____	_____
12. Domínio dos conteúdos apresentados.	4		
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.	4		
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.	4		
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.	3		
16. Interação com o grupo.	4		
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.	3		
18. Gestão do tempo.	4		
19. Pontualidade.	3		

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Obrigado pela sua colaboração.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barros, L. (2001a). O bebé nascido em situação de risco. In M. Canavarro, *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 235-254). Coimbra: Quarteto editora.

DGS. (2011). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Obtido em 10 de Dezembro de 2013, de Direção Geral de Saúde: [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

DGS. (Junho de 2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Obtido em 3 de Junho de 2013, de Direção geral de Saúde: <http://www.dgs.pt>

Diaz, Z. (2012). *Identificação e intervenção nas dificuldades, preocupações e necessidades dos pais de bebés internados numa unidade de Neonatologia*. Dissertação de Mestrado em Educação Especial, Área de Intervenção Precoce. Obtido em 1 de Março de 2013, de <http://hdl.handle.net/1822/21003>.

Diogo, P. (2012b). *Trabalho com as Emoções em Pediatria Pediátrica. Um processo de Metamorfose de Experiência Emocional no acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Guimarães, H., & Tomé, T. (2009). A neonatologia portuguesa na Europa. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 3, pp. 141-144.

IAC. (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. Obtido em 2009, de Instituto de apoio à Criança: [www.iacrianca.pt](http://www.iacrianca.pt)

Marques, S., & Sá, M. (Março de 2004). Competências Maternas Auto-percebidas no contexto da prematuridade. *Referência* (11), pp. 33-41.

Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem*.

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Guias Orientadores de boas práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Obtido em 7 de Março de 2013, de Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CadernosOE>

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Obtido em 22 de Janeiro de 2013, de Ordem dos Enfermeiros:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeCriancaJovem.pdf>

Santos, M. (2011). *A visita domiciliária ao recém-nascido pré-termo após a alta da neonatologia*. Dissertação de mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Obtido em 1 de Fevereiro de 2013, de <http://hdl.handle.net/10400.19/1487>

Soares, H. (2008). *Acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem*. Dissertação de mestrado em ciências de Enfermagem. Obtido em 23 de Abril de 2013, de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitst>

Valente, A., & Seabra-Santos, M. (2011). Nascimento prematuro de muito baixo peso: impacto na criança e na mãe aos 3-4 anos. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 1, pp. 1-7.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar, uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.



**ANEXOS**



**ANEXO I**  
**Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil 0-5 anos –**  
***Mary Sheridan Modificada***



**Quadro 1. Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada – 1 – 12Meses**

Nome \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_ Processo n.º \_\_\_\_\_

	<b>4 – 6 Semanas</b>	<b>3 Meses</b>	<b>6 Meses</b>	<b>9 Meses</b>	<b>12 Meses</b>
<b>Postura e Motricidade Global (PMG)</b>	<input type="checkbox"/> Decúbito ventral - levanta a cabeça. <input type="checkbox"/> Decúbito dorsal - a postura deve ser assimétrica; membro superior do lado da face em extensão. <input type="checkbox"/> Tração pelas mãos - a cabeça cai. <input type="checkbox"/> Sentado - dorso em arco e mãos fechadas. <input type="checkbox"/> Suspensão vertical - cabeça ereta membros semi-fletidos.	<input type="checkbox"/> Decúbito ventral - apoio nos antebraços. <input type="checkbox"/> Decúbito dorsal - a postura simétrica, membros com movimentos ritmados. <input type="checkbox"/> Tração pelas mãos - cabeça ereta e coluna dorsal direita. <input type="checkbox"/> De pé - flete os joelhos, não faz apoio.	<input type="checkbox"/> Decúbito ventral - apoia-se nas mãos. <input type="checkbox"/> Decúbito dorsal - levanta cabeça, membros inferiores na vertical com dedos fletidos. <input type="checkbox"/> Tração pelas mãos -faz força para se sentar. <input type="checkbox"/> Mantém-se sentado sem apoio. <input type="checkbox"/> De pé faz apoio.	<input type="checkbox"/> Senta-se sozinho e fica sentado 10 a 15min. <input type="checkbox"/> Põe-se de pé com apoio mas não consegue baixar-se.	<input type="checkbox"/> Passa de decúbito dorsal a sentado. <input type="checkbox"/> Tem equilíbrio sentado. <input type="checkbox"/> Gatinha. <input type="checkbox"/> Põe-se de pé e baixa-se com o apoio de uma ou duas mãos.

	<b>4 – 6 Semanas</b>	<b>3 Meses</b>	<b>6 Meses</b>	<b>9 Meses</b>	<b>12 Meses</b>
<b>Visão e Motricidade Fina (VMF)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Segue uma bola pendente a 20-25cm em ¼ de círculo (do lado até à linha média).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mãos abertas - junta-as na linha média e brinca com elas.</li> <li><input type="checkbox"/> Segura brevemente a roca e move-a em direção à face.</li> <li><input type="checkbox"/> Segue uma bola pendente ½ círculo e horizontal.</li> <li><input type="checkbox"/> Convergência.</li> <li><input type="checkbox"/> Pestanejo de defesa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tem preensão palmar.</li> <li><input type="checkbox"/> Leva os objetos à boca.</li> <li><input type="checkbox"/> Transfere objetos.</li> <li><input type="checkbox"/> Se o objeto cai esquece-o imediatamente.</li> <li><input type="checkbox"/> Boa convergência (estrabismo anormal).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tem preensão e manipulação.</li> <li><input type="checkbox"/> Leva tudo à boca.</li> <li><input type="checkbox"/> Aponta com o indicador.</li> <li><input type="checkbox"/> Faz pinça.</li> <li><input type="checkbox"/> Atira os objetos ao chão deliberadamente.</li> <li><input type="checkbox"/> Procura o objeto que caiu ao chão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Explora com energia os objetos e atira-os sistematicamente ao chão.</li> <li><input type="checkbox"/> Procura um objeto escondido.</li> <li><input type="checkbox"/> Interesse visual para perto e longe.</li> </ul>
<b>Audição e Linguagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pára e pode voltar os olhos ao som de uma sineta, roca ou voz a 15cm do ouvido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Atende e volta-se geralmente aos sons.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Segue os sons a 45cm do ouvido.</li> <li><input type="checkbox"/> Vocaliza sons monossílabos e dissílabos.</li> <li><input type="checkbox"/> Dá gargalhadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Atenção rápida para os sons perto e longe.</li> <li><input type="checkbox"/> Localização de sons suaves a 90cm abaixo ou acima do nível do ouvido.</li> <li><input type="checkbox"/> Repete várias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Resposta rápida aos sons suaves mas habituando-se depressa.</li> <li><input type="checkbox"/> Dá pelo nome e volta-se.</li> <li><input type="checkbox"/> Jargon (vocaliza incessantemente em</li> </ul>

	<p>sílabas ou sons do tom de conversa, adulto. embora completamente impercetível).</p> <p><input type="checkbox"/> Compreende ordens simples “dá, cá e adeus”:</p>
<p><b>Comportamento e Adaptação Social</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Fixa a face da mãe quando o alimenta.</p> <p><input type="checkbox"/> Sorri.</p> <p><input type="checkbox"/> Boa resposta social à aproximação de uma face familiar.</p> <p><input type="checkbox"/> Chora quando desconfortável e responde com sons guturais em situações de prazer.</p> <p><input type="checkbox"/> Muito ativo, atento e curioso.</p> <p><input type="checkbox"/> Mastiga.</p> <p><input type="checkbox"/> Distingue os familiares dos estranhos.</p> <p><input type="checkbox"/> Leva uma bolacha à boca.</p> <p><input type="checkbox"/> Bebe pelo copo com ajuda.</p> <p><input type="checkbox"/> Segura a colher mas não usa.</p> <p><input type="checkbox"/> Colabora no vestir levantando os braços.</p> <p><input type="checkbox"/> Muito dependente do adulto.</p> <p><input type="checkbox"/> Demonstra afeto.</p>

**Quadro 2. SINAIS DE ALARME – 1 – 12Meses**

<b>MÊS</b>	<b>3 MESES</b>	<b>6 MESES</b>	<b>9 MESES</b>	<b>12 MESES</b>
<input type="checkbox"/> Ausência de tentativa de controlo da cabeça, na posição sentado. <input type="checkbox"/> Hipertonicidade na posição de pé <input type="checkbox"/> Nunca segue a face humana. <input type="checkbox"/> Não vira os olhos e a cabeça para o som (voz humana). <input type="checkbox"/> Não se mantém em situação de alerta, nem por breves períodos.	<input type="checkbox"/> Não fixa nem segue objetos. <input type="checkbox"/> Não sorri. <input type="checkbox"/> Não há qualquer controlo da cabeça. <input type="checkbox"/> Mãos sempre fechadas. <input type="checkbox"/> Membros rígidos em repouso. <input type="checkbox"/> Sobressalto ao menor ruído. <input type="checkbox"/> Chora e grita quando se toca. <input type="checkbox"/> Pobreza de movimentos.	<input type="checkbox"/> Ausência de controlo da cabeça. <input type="checkbox"/> Membros inferiores rígidos e passagem direta à posição de pé quando se tenta sentar. <input type="checkbox"/> Não olha nem pega em qualquer objeto. <input type="checkbox"/> Assimetrias. <input type="checkbox"/> Não reage aos sons. <input type="checkbox"/> Não vocaliza. <input type="checkbox"/> Desinteresse pelo ambiente. <input type="checkbox"/> Irritabilidade. <input type="checkbox"/> Estrabismo manifesto e constante.	<input type="checkbox"/> Não se senta. <input type="checkbox"/> Permanece sentado e imóvel sem procurar mudar de posição. <input type="checkbox"/> Assimetrias. <input type="checkbox"/> Sem preensão palmar, não leva objetos à boca. <input type="checkbox"/> Não reage aos sons. <input type="checkbox"/> Vocaliza monotonamente ou perde a vocalização. <input type="checkbox"/> Apático sem relação com familiares. <input type="checkbox"/> Engasga-se com facilidade. <input type="checkbox"/> Estrabismo.	<input type="checkbox"/> Não aguenta o peso nas pernas. <input type="checkbox"/> Permanece imóvel, não procura mudar de posição. <input type="checkbox"/> Assimetrias. <input type="checkbox"/> Não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão. <input type="checkbox"/> Não responde à voz. <input type="checkbox"/> Não brinca nem estabelece contacto. <input type="checkbox"/> Não mastiga.

**Quadro 3. Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada – 18 M – 5 Anos**

Nome \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_ Processo n.º \_\_\_\_\_

	<i>18 Meses</i>	<i>2 Anos</i>	<i>3 Anos</i>	<i>4 Anos</i>	<i>5 Anos</i>
<b>Postura e Motricidade Global</b>	<input type="checkbox"/> Anda bem. <input type="checkbox"/> Apanha brinquedos do chão.	<input type="checkbox"/> Corre. <input type="checkbox"/> Sobe e desce com os dois pés o mesmo degrau.	<input type="checkbox"/> Equilíbrio momentâneo num pé. <input type="checkbox"/> Sobe escadas alternadamente. <input type="checkbox"/> Desce com os dois pés no mesmo degrau.	<input type="checkbox"/> Fica num pé sem apoio 3 – 5 seg. <input type="checkbox"/> Sobe e desce as escadas alternadamente. <input type="checkbox"/> Salta num pé.	<input type="checkbox"/> Fica num pé 3 – 5 seg. com os braços dobrados sobre o tórax. <input type="checkbox"/> Salta alternadamente num pé.
<b>Visão e motricidade fina</b>	<input type="checkbox"/> Constrói torre de 3 cubos. <input type="checkbox"/> Faz rabiscos mostrando preferência por uma mão. <input type="checkbox"/> Olha um livro de bonecos e vira várias páginas de cada vez.	<input type="checkbox"/> Constrói torre de 6 cubos. <input type="checkbox"/> Imita rabisco circular. <input type="checkbox"/> Gosta de ver livros. <input type="checkbox"/> Vira uma página de cada vez.	<input type="checkbox"/> Constrói torre de 9 cubos. <input type="checkbox"/> Imita (3A) e copia (3A 1/2) a ponte de 3 cubos – copia o círculo – imita a cruz. <input type="checkbox"/> Combina duas cores geralmente o vermelho e o amarelo. (confunde o azul-verde).	<input type="checkbox"/> Constrói escada de 6 cubos. <input type="checkbox"/> Copia a cruz. <input type="checkbox"/> Combina e nomeia 4 cores básicas.	<input type="checkbox"/> Constrói 4 degraus com 10 cubos. <input type="checkbox"/> Copia o quadrado e o triângulo (5A). <input type="checkbox"/> Conta 5 dedos de uma mão e nomeia 4 cores.

	<b>18 Meses</b>	<b>2 Anos</b>	<b>3 Anos</b>	<b>4 Anos</b>	<b>5 Anos</b>
<b>Audição e linguagem</b>	<input type="checkbox"/> Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muitas mais. <input type="checkbox"/> Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos.	<input type="checkbox"/> Diz o primeiro nome. <input type="checkbox"/> Fala sozinho enquanto brinca. <input type="checkbox"/> Junta duas ou mais palavras, construindo frases curtas. <input type="checkbox"/> Linguagem incompreensível, mesmo pelos familiares. <input type="checkbox"/> Nomeia objetos.	<input type="checkbox"/> Diz o nome completo e o sexo. <input type="checkbox"/> Vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos. <input type="checkbox"/> defeitos de articulação imaturidade na linguagem.	<input type="checkbox"/> Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada. <input type="checkbox"/> Linguagem compreensível. <input type="checkbox"/> Apenas algumas substituições infantis.	<input type="checkbox"/> Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data de nascimento. <input type="checkbox"/> Vocabulário fluente e articulação geralmente correta – pode haver confusão nalguns sons.
<b>Comportamento e Adaptação Social</b>	<input type="checkbox"/> Bebe por um copo sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos. <input type="checkbox"/> Segura a colher e leva alimentos à boca. <input type="checkbox"/> Não gosta que lhe peguem. <input type="checkbox"/> Exige muita atenção. Indica necessidade de ir à casa de banho.	<input type="checkbox"/> Coloca o chapéu e os sapatos. <input type="checkbox"/> Usa bem a colher. <input type="checkbox"/> Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar.	<input type="checkbox"/> Pode despir-se, mas só se lhe desabotoarem o vestuário. <input type="checkbox"/> Vai sozinho à casa de banho. <input type="checkbox"/> Come com colher e garfo.	<input type="checkbox"/> Pode vestir-se e despir-se só com exceção de abotoar atrás e dar laços. <input type="checkbox"/> Gosta de brincar com crianças da sua idade. <input type="checkbox"/> Sabe esperar pela sua vez.	<input type="checkbox"/> Veste-se só. <input type="checkbox"/> Lava as mãos e a cara e limpa-se só. <input type="checkbox"/> Escolhe os amigos. <input type="checkbox"/> Compreende as regras do jogo.

- Começa a copiar atividades domésticas.

#### Quadro 4. SINAIS DE ALARME - 18 M – 5 Anos

18 MESES	2 ANOS	4-5 ANOS
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas.</li> <li><input type="checkbox"/> Anda sempre na ponta dos pés.</li> <li><input type="checkbox"/> Assimetrias.</li> <li><input type="checkbox"/> Não faz pinça - não pega em nenhum objeto entre o polegar e o indicador.</li> <li><input type="checkbox"/> Não responde quando o chamam.</li> <li><input type="checkbox"/> Não vocaliza espontaneamente.</li> <li><input type="checkbox"/> Não se interessa pelo que o rodeia; não estabelece contacto.</li> <li><input type="checkbox"/> Deita os objetos fora. Leva-os sistematicamente à boca.</li> <li><input type="checkbox"/> Estrabismo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Não anda sozinho.</li> <li><input type="checkbox"/> Deita os objetos fora.</li> <li><input type="checkbox"/> Não constrói nada.</li> <li><input type="checkbox"/> Não parece compreender o que se lhe diz.</li> <li><input type="checkbox"/> Não pronuncia palavras inteligíveis.</li> <li><input type="checkbox"/> Não se interessa pelo que está em seu redor.</li> <li><input type="checkbox"/> Não estabelece contacto.</li> <li><input type="checkbox"/> Não procura imitar.</li> <li><input type="checkbox"/> Estrabismo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hiperativo, distraído, dificuldade de concentração.</li> <li><input type="checkbox"/> Linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez.</li> <li><input type="checkbox"/> Estrabismo ou suspeita de défice visual.</li> <li><input type="checkbox"/> Perturbação do comportamento.</li> </ul>

DGS. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Obtido em 3 de Junho de 2013, de Direção geral de Saúde: <http://www.dgs.pt>



**ANEXO II**  
**1º ENECIP – *Programa e Diploma de Participação***



Patrocinadores  
 Maquet Resmed  
 Lindt Resmed  
 Air Liquide Radiometer  
 InterSurgical Nestle  
 Sensor-life Resmed

Patrocinadores  
 Laboratório Azevedos Vygon  
 Lusodidata Baxter  
 Resmed

Patrocinadores  
 Banco - BPI - São Mamede de Infesta  
 NIB - 0010 0000 47393210001 60  
 Transfêrência Bancária para associação  
 NOMEIOPONADA

Preços:  
 • Encontro: 20€ (inclui almoço)  
 • Encontro + 1 Workshop: 30€  
 • Encontro + 2 Workshops: 40€

Inscrições em [www.eneqip.com](http://www.eneqip.com)

Objetivos

- Refletir sobre as práticas de enfermagem nas UCI pediátricas;
- Proporcionar o debate sobre as tendências em discussões;
- Atualizar conhecimentos e experiências.

O 1º Encontro Nacional de Enfermagem de Cuidados Intensivos em Pediatria tem como finalidade criar um espaço de reflexão e debate sobre o conhecimento e as práticas desenvolvidas nos cuidados à criança / família hospitalizada em cuidados intensivos pediátricos.

**COMISSÃO ORGANIZADORA**

Ana Marquez - Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE  
 Helena Ribeiro da Silva - Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE  
 Mónica Rodrigues - Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE  
 Paula Costa - Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE  
 Pedro Jácome CHLC/ H.D. Estefânia, EPE  
 Salomé Barros - Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE

**COMISSÃO CIENTÍFICA**

Conceição Cepaz - C.H.U. Coimbra  
 Dina Nunes - CHP/H.S. António  
 Fernanda Costa - HPI/C.H.S. João  
 Gina Reis - C.H.U. Coimbra  
 Laura Vieira - HPI/C.H.S. João  
 Manuela Aguilár - CHP/H.S. António

Maria José Araújo - H. Garcia de Orta  
 Pedro Jácome - CHLC/H.D. Estefânia  
 Rafael Marques - CHLN/H.S. Maria  
 Raquel Gomes - H. Garcia de Orta  
 Teresa Candeias - CHLC/H.D. Estefânia  
 Zélia Soares - CHLN/H.S. Maria

# Iº Encontro Nacional de Enfermagem de Cuidados Intensivos em Pediatria

23 e 24 Janeiro de 2014

Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE, Amadora

ASSEGURAR A VIDA  
 PROMOVER A ESPERANÇA

ENEICIP

**24 Janeiro ENCONTRO**

Programa Científico	
08h30	Abertura do Secretariado
9h00 9h30	Secção De Abertura   <b>COMISSÃO DE HONRA</b> • Enf <sup>a</sup> Sónia Semião, Enfermeira Chefe da UCIENP do HFF, EPE • Enf <sup>a</sup> João Vieira, Enfermeiro Diretor do HFF, EPE • Dr. Luís Marques, Presidente do Conselho de Administração do HFF, EPE • Dr. Nuno Alves, Diretor Clínico do HFF, EPE • Dr. <sup>a</sup> Helena Carreiro, Diretora de Departamento de Pediatria do HFF, EPE • Prof. Dr. Germano Couto, Bastonário da Ordem dos Enfermeiros
09h30 11h30	Mesa 1   <b>SEGURANÇA E QUALIDADE</b> Moderador: Enf <sup>a</sup> Palmira Silva, Enf <sup>a</sup> Diretora Adjunta do CHLC / Hospital Dona Estefânia • <b>Sistemas de Informação</b> Prof. Dr. Abel Paiva, ESE Porto • <b>Eventos Adversos</b> Enf <sup>a</sup> Anabela Ferreira, CHLN / Hospital de Santa Maria Enf <sup>a</sup> Gina Reis, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra • <b>Auditorias</b> Enf <sup>a</sup> Bruno Ribeiro, Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE Enf <sup>a</sup> Carla Abreu, CHLC / Hospital Dona Estefânia • <b>Satisfação com os Cuidados</b> Enf <sup>a</sup> Catarina Melancia, Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE Enf <sup>a</sup> Fernando Mateus, CHLC / Hospital Dona Estefânia
12h00 13h00	Mesa 2   <b>GERIR EMOÇÕES</b> Moderador: Enf <sup>a</sup> Paulo Fonseca, Enf <sup>o</sup> Coordenador do Hospital da Luz - Centro Clínico de Amadora • <b>Perspetiva dos Profissionais</b> Prof. <sup>a</sup> Dr. <sup>a</sup> Ana Paula Nunes, ESS Cruz Vermelha Portuguesa • <b>Parentalidade</b> Enf <sup>o</sup> Carlos Correia, Hospital Garcia de Orta

**24 Janeiro ENCONTRO**

Programa Científico	
13h00 13h30	Apresentação e Discussão de Posters
14h30 15h30	Conferência   <b>CUIDADOS INTENSIVOS vs CUIDADOS PALIATIVOS</b> Prelectora: Prof. Dr. <sup>a</sup> Paula França, ESSE Porto
15h30 17h00	Mesa 3   <b>DESAFIOS EM CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS</b> Moderador: Prof. Cândida Durão, ESEL • <b>ECMO</b> Enf <sup>a</sup> Rita Flor, CHLN / Hospital de Santa Maria Enf <sup>a</sup> Ricardo Cruz, HPI-C.H.S. João • <b>Grande Queimado</b> Enf <sup>a</sup> Tânia Meneses, CHLC / H. Dona Estefânia • <b>Transplantes</b> Enf <sup>a</sup> Sónia Azevedo, C. Hospitalar e Universitário de Coimbra Enf <sup>a</sup> Raquel Neves, CHP / H. Santo António
17h00 17h30	Entrega de Prémios (Posters)
17h30	Sessão de Encerramento

Coffee Break | 11h30 - 12h00  
 Almoço | 13h00 - 14h30



# Certificado

Declara-se que Ara Carolina Zaulo e Almeida,  
participou no "I Encontro Nacional de Enfermagem de Cuidados Intensivos em  
Pediatria", que decorreu no dia 24 de Janeiro.

Amadora, 24 de Janeiro de 2014

A Comissão Organizadora



**ANEXO III**  
**Seminário Cuidar da Criança Pré-termo – *Diploma de Participação***





**HPP HOSPITAL  
DE CASCAIS**

DR. JOSÉ DE ALMEIDA

[www.hppsaude.pt](http://www.hppsaude.pt)

[www.hppcascais.pt](http://www.hppcascais.pt)

## **Certificado de Frequência de Formação Profissional**

HPP SAÚDE, PARCERIAS CASCAIS, S.A., pessoa colectiva n.º 508436664, com sede na Av. da República, 35 - 8º, 1050-186 Lisboa, certifica que **Ana Carolina Banha e Almeida**, frequentou no dia **21-05-2013**, com a duração total de 4 **hora(s)**, o seguinte Curso de Formação Profissional:

### **Seminário Cuidar da Criança Pré-termo**

Cascais, 16-01-2014

Certificado N.º **001/2014**

**O Gestor da Formação**

**(Carlos Reis)**

HPP HOSPITAL DE CASCAIS  
Serviço de Recursos Humanos



**ANEXO IV**  
**1º Encontro Nacional de Enfermeiros de Neonatologia da Área de**  
**Lisboa – *Programa e Diploma de Participação***





# 1º Encontro Enfermeiros de Neonatologia da Área de Lisboa Cuidar para o desenvolvimento

Lisboa, 15 e 16 de Novembro de 2013

Auditório Edifício Escolar  
Hospital São Francisco Xavier



programa

## segunda-feira, 15 de Novembro

Abertura do Secretariado  
Acolhimento aos participantes

### Mesa Redonda

#### ACOLHER E PROMOVER A PARENTALIDADE

moderadora: Olga Vasconcelos

dinamizadores: Elsa Gonçalves e Graça Vinagre

Acolher na UCIN - Promover a Qualidade para Cuidar com Excelência

CHL, Hospital Dona Estefânia

preletor: Cristina Friaças

Promovendo a Parentalidade - Hospital Garcia de Orta

Manuel Rodrigues Alves

### SESSÃO DE ABERTURA

Pausa

### Mesa Redonda

#### CUIDAR NO QUOTIDIANO

moderador: Manuel Cunha

dinamizadores: Teresa Oliveira Marçal e Rosário Martins

Cuidados ao RN com Enterostomias - A Conceção e a Operacionalização

de um Projeto Inovador na UCIN do HDE - Hospital Dona Estefânia

preletor: Sofia Nuno

Promoção do Sono do Recém-Nascido - Hospital Fernando da Fonseca

preletor: Ana Isabel Gregório Fernandes

Alimentação Oral Positiva: A Intervenção de Enfermagem na Capacitação

Parental

preletor: Lúcia Cardoso Marques

Pausa

(não inclui almoço de trabalho)

### Mesa Redonda

#### GERIR A DOR E O SOFRIMENTO

moderador: Ivone Ornelas

dinamizadores: Arminda Monteiro, João Paulo Nunes

Cuidar na Dor: Vivências e Desafios na Unidade de Neonatologia - CHLC, MAC

preletor: Sara Grande

Cuidar e Apoiar no Luto - CHLO, HSF Xavier

preletor: Joana Mendes Branquinho

Apresentação e Discussão de Posteres

## sábado, 16 de Novembro

08h30 | Apresentação e discussão de posteres

09h30 | Mesa Redonda

#### PLANEAR UMA NOVA ETAPA

moderadora: Dulce Cachata Gonçalves

dinamizadores: Isabel Malheiro, Rita Ventura

Preparar a Ida para Casa - CHLN-HSM

preletor: Liliana Pombeira

Vamos para Casa e Agora? Necessidades dos Pais/Respostas dos Enfermeiros

Hospital Garcia de Orta

preletor: Ana Luisa Tomás

11h00 | Pausa

11h30 | Mesa Redonda

#### APOIAR NA COMUNIDADE

Testemunhos de Associações com Intervenção Comunitária

Associação Palmo e Meio

preletor: Liliana Silva

Associação XXS

preletor: Paula Guerra

12h30 | Entrega de Prémios de Posteres  
Encerramento

nmorama

## CERTIFICADO DE PRESENÇA

1º ENCONTRO DE ENFERMEIROS DE  
NEONATOLOGIA DA ÁREA DE LISBOA

CUIDAR PARA O DESENVOLVIMENTO

15 e 16 de Novembro de 2013

ANA CAROLINA BANHA ALMEIDA esteve presente no 1º Encontro de Enfermeiros de Neonatologia da área de Lisboa, que decorreu no Auditório do Edifício Escolar da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, no Hospital de S. Francisco Xavier, com duração de 11 horas.



Enfermeiros Neonatologia  
Área de Lisboa

A COMISSÃO ORGANIZADORA

ASSINATURA

ASSINATURA

**ANEXO V**  
**Escala de Intensidade das Competências Maternas auto-percebidas**



### Escala de Intensidade das Competências Maternas Auto percebidas

	Nada	Pouco	Moderada	Bastante	Muito
1. Dar banho ao meu bebê é difícil para mim					
2. Sou capaz de reconhecer quando o meu bebê tem fome					
3. Vou conseguir manter a temperatura ideal para o meu bebê, em casa					
4. Sei reconhecer quando o meu bebê não está bem					
5. Quando o meu bebê chora não sei qual é o motivo					
6. Consigo conciliar a vida familiar com as necessidades do meu bebê					
7. Sou capaz de preparar o biberão (se necessário)					
8. Consigo ver se o meu bebê tem frio					
9. Sei manter a pele do meu bebê hidratada					
10. Sou capaz de ver se a temperatura do leite é a certa para o meu bebê					
11. Vou conseguir acalmar o meu bebê quando ele chora					
12. Sei escolher a tetina certa para o meu bebê (em termos de dureza e orifício)					
13. Sei ver quando o meu bebê quer atenção ou conversa					
14. Sei como transportar o meu bebê de forma segura, quando viajo de automóvel					
15. Sei qual a melhor posição para colocar o meu bebê a arrotar					
16. Vou ser capaz de cuidar do meu bebê em casa					
17. Sei ver quando o meu bebê quer dormir					
18. Se o meu bebê ficar com o nariz entupido sei o que fazer					
19. Sei quando mudar a fralda ao meu bebê					
20. No caso do meu bebê se engasgar, sei o que fazer					
21. Sei que não posso em qualquer altura interromper o sono do meu bebê.					
22. Sei como transportar o meu bebê de forma segura					
23. Sou capaz de reconhecer se o meu bebê tem diarreia					
24. Tenho dúvidas quanto aos cuidados que o meu bebê precisa em casa					
25. Sei preparar o banho do meu bebê					
26. Percebo quando o meu bebê está desconfortável					
27. Sei quando e como pôr o termómetro ao meu bebê					

28.Sei a diferença entre bolsar e vomitar					
29.Estou confiante nas minhas capacidades para cuidar do meu bebê					
30.Sei como deitar o meu bebê para dormir					
31.Sei preparar a roupa para o meu bebê					
32.Consigo reconhecer quando o meu bebê quando o meu bebê está engasgado					
33.Sei identificar quando o meu bebê está cansado de me dar atenção					
34.Sei quando devo pedir ajuda para cuidar do meu bebê					
35.Consigo dar conta de alterações na pele do meu bebê					
36.Quando o meu bebê está muito quente sei ver se é febre ou excesso de aquecimento					
37.Sou capaz de ver se o meu bebê tem calor					
38.Percebo quando o meu bebê está irritado					
39.Sei o que fazer se o meu bebê parar de respirar					
40.Fico preocupada a pensar de serei capaz de perceber as necessidades do meu bebê					
41.Quando preciso de sair com o meu bebê, consigo vesti-lo de acordo com as condições do tempo.					

Fonte: Marques, S., & Sá, M. (Março de 2004). Competências Maternas Auto-percebidas no contexto da prematuridade. *Referência*, 11, pp. 33-41.

---