

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA -
LISBOA**

1º MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Mariana Carvalho da Costa Amaral nº 8131

PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE
O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA NA PARENTALIDADE POSITIVA

Julho de 2023

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA -
LISBOA**

1º MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Mariana Carvalho da Costa Amaral nº 8131

PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE

O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA NA PARENTALIDADE POSITIVA

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Saúde Infantil e Pediátrica

Sob a orientação de Professora Carla Mendes

Julho de 2023

“Os filhos não precisam de pais extraordinários, mas de seres humanos que falem a sua linguagem e sejam capazes de penetrar no seu coração”

- Augusto Cury -

Agradecimentos

A realização deste relatório de estágio só foi possível com ajuda dos que para ele contribuíram, pelo que deixo o meu agradecimento especial:

À minha orientadora Professora Carla Mendes, pelo apoio incondicional e suporte nas minhas inquietudes, incentivando-me sempre a conseguir mais e melhor, contribuindo para o meu crescimento pessoal e académico.

A todos os profissionais que aceitaram participar no meu percurso formativo, em especial aos meus orientadores clínicos.

As minhas amigas, Mariana Silva e Rita Silva, pela amizade, pelo suporte emocional e pela motivação para continuar a lutar pelos meus objetivos.

À minha família, pelos incentivos e por estarem sempre prontos a ajudar.

Aos meus pais, Delfim e Lurdes, por todas as palavras e pelos gestos de apoio, carinho e compreensão, bem como por cuidar de mim e da minha família.

Ao meu marido, Vitor, por ser o meu braço direito e apoio incondicional, pelos sacrifícios que fez e por sempre acreditar em mim.

À minha filha, Maria Madalena, pelo sorriso contagiante que me motiva a percorrer o mundo.

A todos, muito obrigada!

Resumo

A parentalidade é uma transição normativa e expectável na família. É definida como a ação de tomar conta, com as características específicas de assumir as responsabilidades de ser mãe ou pai. Consiste em comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na família para otimizar o crescimento e desenvolvimento da criança. A parentalidade positiva tem como objetivo criar as condições necessárias para que a criança possa desenvolver as suas capacidades emocionais, sociais, de autonomia, comunicação e resolução de problemas da maneira mais completa possível, tanto dentro como fora do ambiente familiar.

O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica tem um papel preponderante na promoção da parentalidade nos diversos contextos da prática de cuidados, mesmo em casos de hospitalização. Assim, defini como objetivo geral: desenvolver competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria intervindo na promoção da parentalidade. Com recurso à metodologia de projeto, foram estabelecidos objetivos específicos e delineadas atividades personalizadas para cada do ensino clínico. Esta intervenção teve por base a evidência científica mais atual e como referência a Teoria das Transições de Afaf Meleis e o Modelo Teórico de Anne Casey.

Este relatório permitiu uma análise reflexiva e minuciosa sobre as atividades desenvolvidas ao longo de todo este percurso, assim como a identificação e explicitação do percurso de aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiro Especialista; Parceria de Cuidados; Parentalidade; Literacia em Saúde; Parentalidade Positiva

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

CPP- Cuidados Paliativos Pediátricos

ECMO - Oxigenação por Membrana Extracorporal

EE - Enfermeiro Especialista

EESIP - Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

EIHSCPP - Equipa Intra-hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos Pediátricos

h - Horas

MESIP - Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

RH - Recém-Nascido

OMS - Organização Mundial de Saúde

USF - Unidade de Saúde Familiar

UCIN - Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

Índice

I. Introdução	11
II. Enquadramento Teórico	14
II.1. Parentalidade: Definições e Conceitos.....	15
II.2. A Literacia em Saúde das Famílias na Transição para a Parentalidade	18
II.3. O Nascimento de uma Criança Prematura e a Transição para a Parentalidade	20
II.4. A Hospitalização e a Promoção da Parentalidade.....	21
II.5. A Promoção da Parentalidade em Situação de Crianças com Necessidade de Cuidados Paliativos.....	22
II.6. Modelos Teóricos de Enfermagem na Transição para a Parentalidade e Promoção da Parentalidade.....	25
III. Percurso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre..	30
III.1. Na Equipa Intra Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos Pediátricos	31
III.2. Na Unidade de Saúde Familiar.....	35
III.3. Na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais	40
III.4. Na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos	43
III.5. Uma Reflexão Crítica Sobre O Desenvolvimento De Competências De Um Saber Especializado.....	46
IV. Considerações Finais.....	52
V. Referências Bibliográficas.....	50

Apêndices

Apêndice A - Breve Descrição da Participação no Curso Básico em Cuidados Paliativos Pediátrico

Apêndice B - Entrevista Informal à Enfermeira da EIHS CPP

Apêndice C - Identificação das Necessidades dos Cuidadores Das Crianças Acompanhadas pela Equipe Intra-hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos Pediátricos através Questionário

Apêndice D - Boneca Para Treino e Manuseamento de Dispositivos Médicos

Apêndice E – Folheto sobre Traqueotomia - Cuidados de Higiene

Apêndice F – Folheto sobre Traqueotomia – Sinais Alarme

Apêndice G – Folheto sobre Traqueotomia – Aspiração Secreções

Apêndice H – Folheto sobre Ventilação Não Invasiva

Apêndice I – Folheto sobre Aspiração de Secreções na Naso e Orofaringe

Apêndice J – Folheto sobre Cuidados com a Pele na Gastrostomia

Apêndice K – Folheto sobre Alimentação em Bolos por Gastrostomia ou Sonda Naso gástrica

Apêndice L – Folheto sobre Alimentação por Gavagem por Gastrostomia ou Sonda Nasogástrica

Apêndice M – Folheto sobre Alimentação em Debito Contínuo por Gastrostomia ou Sonda Nasogástrica

Apêndice N – Apresentação de Sessão Formação a Instituição de Solidariedade Social

Apêndice O – Plano de Sessão da Apresentação de Sessão Formação à Instituição de Solidariedade Social

Apêndice P – Questionário com Análise das Respostas Obtidas na Apresentação de Sessão Formação à Instituição de Solidariedade Social

Apêndice Q – Boletim do Cuidador

Apêndice R – Revisão da Literatura em Processo de Conclusão

Apêndice S – Entrevista Informal à Orientadora Clínica da USF

Apêndice T – Projeto de Curso de Promoção de Competências Parentais Numa Perspetiva de Ganhos em Saúde

Apêndice U – PowerPoint de Sessão de Apresentação do Projeto de Curso de Promoção de Competências Parentais Numa Perspetiva de Ganhos em Saúde à Equipa da USF

Apêndice V – Plano de Sessão da Apresentação à Equipa da USF do Projeto de Curso de Promoção de Competências Parentais Numa Perspetiva de Ganhos em Saúde

Apêndice W – Relatório da Avaliação da Apresentação à Equipa da USF do Projeto de Curso de Promoção de Competências Parentais Numa Perspetiva de Ganhos em Saúde

Apêndice X – Plano de Sessão e Questionário do Curso de Promoção de Competências Parentais para Pais

Apêndice Y - Diagnóstico das Necessidades dos Pais Durante os Primeiros 6 Meses de Vida

Apêndice Z – Análise das Respostas ao Questionário Aplicado aos Pais para Diagnostico de Situação

Apêndice AA – E-book Sobre Parentalidade Positiva

Apêndice BB – PowerPoint para o Curso de Promoção de Competências Parentais na USF

Apêndice CC – Cartaz/Convite para o Curso de Promoção de Competências Parentais na USF

Apêndice DD – Relatório Levantamento de Dados Através de Ingresso das Necessidades dos Pais no Serviço de Neonatologia

Apêndice EE – Entrevista informal à Orientadora Clínica de Neonatologia

Apêndice FF – E-book sobre Alimentação do Recém-nascido

Apêndice GG – Sessão de Apresentação do E-book sobre Alimentação do Recém-nascido à Equipa de Enfermagem no Serviço de Neonatologia

Apêndice HH – Sessão de Formação à Equipa de Enfermagem da Neonatologia Sobre o E-Book de Aleitamento Materno -Plano de sessão

Apêndice II – Avaliação da Sessão de Apresentação do E-book pela Equipa de Enfermagem no Serviço de Neonatologia

Apêndice JJ – Relatório do Levantamento de ados UCIP

Apêndice KK – Entrevista informal ao Supervisor Clínico na UCIP

Anexos

Anexo I – Declaração de Conclusão do Curso Básico em Cuidados Paliativos Pediátricos

Anexo II – Diploma de Pós-Graduação

I. Introdução

No âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP) da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa foi desenvolvido o presente relatório que se encontra inserido na unidade curricular: Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II.

Este relatório tem como objetivo analisar e refletir sobre a temática da promoção da parentalidade, destacando todo o percurso desenvolvido nos ensinamentos clínicos que resultou na aquisição de competências como Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP).

A escolha da temática emerge do meu interesse pessoal e profissional na área e por tratar-se de um tema altamente relevante, atual e necessário na prática diária de cuidados. Com aplicabilidade nos diversos contextos de estágio e de atuação do EESIP.

Ser mãe ou pai é um dos maiores desafios para o ser humano, pelas mudanças que acarreta e toda a adaptação que é necessária.¹ A adaptação à parentalidade envolve comportamentos que começam durante a gravidez e ações realizadas para se preparar para ser pai ou mãe ².

A parentalidade envolve tomar conta, assumir a responsabilidade de ser cuidador e é um comportamento destinado a facilitar a incorporação de um recém-nascido (RN) na família, para otimizar o crescimento e desenvolvimento da criança.² Apesar da parentalidade ser um tema recente na comunidade científica, é essencial garantir a sobrevivência e o desenvolvimento saudável da criança num ambiente seguro.³

A parentalidade deve promover a autonomia da criança e prepará-la para lidar com os desafios físicos, económicos e psicossociais que possam surgir ao longo de sua vida.³ As primeiras experiências positivas proporcionadas pelos pais têm um impacto benéfico no desenvolvimento e na saúde da criança/jovem.⁴

A parentalidade positiva pode contribuir para a redução de comportamentos inadequados dos filhos, aumentar o bem-estar emocional, promover comportamentos sociais, desenvolver habilidades e competências nas crianças, além de fornecer maior satisfação no papel de pais.^{5,6} Por outro lado, a exposição a ambientes tóxicos têm demonstrado efeitos negativos no cérebro da criança, o que pode comprometer o desenvolvimento e o bem-estar da mesma, incluindo na vida adulta.⁴

A parentalidade positiva é uma área que necessita de maior investimento em

termos educacionais e sociais, sendo que a literatura científica existente no nosso país ainda é escassa. Nos dias de hoje, ser pai e mãe torna-se cada vez mais desafiador, e muitos pais têm demonstrado dificuldades em desenvolver suas competências e cumprir com suas funções parentais, o que coloca em risco o bem-estar e o desenvolvimento saudável das crianças/jovens.

A parentalidade positiva desempenha um papel fundamental nos primeiros anos de vida da criança, uma vez que é nessa fase que o cérebro humano possui um grande potencial de aprendizagem.⁶ Dentre as práticas parentais positivas que se destacam estão: o comportamento moral adequado, expressões de afeto positivas, envolvimento dos pais nas brincadeiras, reforço e disciplina adequada.⁷ Por outro lado, as práticas parentais negativas que se destacam incluem: abuso físico e psicológico, disciplina permissiva, disciplina coercitiva, punição inconsistente e comunicação negativa.⁷

A parentalidade na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem é reconhecida como um foco de atenção da enfermagem. Isso implica que os enfermeiros possuem recursos teórico-práticos, bem como taxonomias para diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, que abordam questões relacionadas à parentalidade e permitem a prestação de cuidados precisos nas relações estabelecidas entre pais e filhos.²

Oferecer apoio aos pais no desenvolvimento da parentalidade positiva pode ser uma forma de cuidado que contribui para o bem-estar das crianças, promove a construção de um capital humano sólido, fortalece o senso de família e estabelece valores sociais fundamentais para a formação de cidadãos.^{3,7} A parentalidade positiva deve ser oferecida à criança e à família em qualquer contexto em que se encontrem com o objetivo de promover o mais alto nível de saúde possível.¹⁷ O EESIP deve levar em conta que a necessidade de promoção da parentalidade deve se manter em qualquer contexto.

A vivência de um processo de saúde-doença traz consigo a necessidade de ajustes na vida dos pais, acompanhados de uma vulnerabilidade elevada e stress.⁹ Assim como sustentação teórica mobilizo a Teoria das Transições de Afaf Meleis e o Modelo da Parceria de Cuidados de Anne Casey. Uma vez que em qualquer processo de transição reconheço os pais como parceiros ativos, valorizando suas habilidades e competências, considerando-os como os melhores prestadores de cuidados dos filhos.⁹

Com este trabalho tenho como objetivo geral: Desenvolver Competências Comuns e Específicas EESIP intervindo na promoção da parentalidade.

Para atingir este objetivo foi utilizada a metodologia de projeto, onde foram definidos à priori objetivos específicos e as respectivas atividades para cada contexto de

ensino clínico, tendo por base um diagnóstico de situação realizado na unidade curricular módulo I.

Este relatório está organizado em quatro capítulos distintos. O primeiro capítulo consiste em uma introdução ao tema. O segundo capítulo aborda o enquadramento teórico, onde são definidos os conceitos-chave do trabalho e são apresentadas a Teoria das Transições de Afaf Meleis e o Modelo Teórico de Anne Casey, pelos quais me orientei como referencial teórico.

O terceiro capítulo centra-se no percurso de desenvolvimento de competências, incluindo uma breve descrição de cada contexto de ensino clínico, um diagnóstico de situação que leva à definição de objetivos específicos e atividades que permitiram adquirir e desenvolver as competências gerais e específicas de EESIP.

No quarto e último capítulo, serão apresentadas as considerações finais sobre todo o percurso desenvolvido. O apêndice inclui uma lista completa dos trabalhos realizados ao longo deste percurso, abrangendo os diversos contextos de estágio.

II. Enquadramento Teórico

A concessão da infância sofreu alterações na sociedade ao longo dos séculos. Durante muitos anos, a criança foi vista como um adulto pequeno⁹, e a infância era considerada uma etapa da vida pouco relevante, pelo que os cuidados de saúde especialmente dirigidos a este grupo etário eram quase inexistentes. Com a evolução da sociedade e o aumento do conhecimento sobre o desenvolvimento infantil, verificou-se um aumento da consciencialização das necessidades específicas da criança, havendo uma preocupação em criar ambientes potenciadores do desenvolvimento.¹⁰

No que diz respeito à enfermagem, também se constata uma mudança na perceção sobre a infância e a prática de cuidados, uma dissociação do modelo biomédico e uma visão holística da criança e de todo o meio em que esta está inserida. Atualmente, em Portugal, considera-se idade pediátrica uma criança ou um jovem com menos de 18 anos de idade.⁶ No entanto, em situações de doença crónica, incapacidade ou deficiência, essa faixa etária pode ser alargada até aos 21 ou 25 anos.⁶

É importante perceber que ser pai e mãe é um dos maiores desafios para o ser humano, pelas mudanças que tornar-se progenitor/a acarreta e por toda a adaptação necessária.¹ A adaptação à parentalidade é um processo de transição com riscos associados, o que lhe atribui e potencializa a sua condição de vulnerabilidade.¹

O nascimento do primeiro filho marca o início de uma nova fase de transição no ciclo da vida familiar. A vida familiar deixa de ter apenas o enfoque na relação entre o casal e a maioria dos investimentos outrora direcionados para a organização da relação conjugal são transferidos para o cuidado da criança. O casal sobe um degrau na hierarquia geracional, tornando-se prestador de cuidados, responsável e protetor da geração mais nova.¹²

Com as alterações da conceção da infância, a parentalidade surge, do mesmo modo, como um tema de interesse público e para a enfermagem. Apesar desta ser uma transição normativa e expectável, gera stress no seio familiar, já que mudanças são sinónimo de reorganização, o que se traduz em novas necessidades.¹³

II.1. Parentalidade: Definições e Conceitos

A Constituição da República Portuguesa, no artigo 66.º, reconhece a família como elemento fundamental da sociedade. A família constitui a primeira proteção e o último apoio para cada indivíduo, é o primeiro e o último elo de ligação entre a pessoa e a comunidade onde esta se insere.¹⁴

A família é definida como um grupo de indivíduos ligados por um conjunto de relações em constante interação com o mundo exterior, que mantém o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento, com diversos estádios de evolução.¹⁵ Ao longo do ciclo de vida a família pode sofrer mudanças que podem afetar positivamente ou negativamente a mesma, dependendo da sua capacidade para enfrentar e ultrapassar os desafios.¹³

As mudanças podem ser classificadas como:¹³

- **Normativas:** remetem para acontecimentos esperados e associados a etapas do ciclo de vida. Como por exemplo o nascimento de um filho, a adolescência de um filho, o casamento, a entrada na faculdade ou no mercado de trabalho.
- **Não-normativas:** surgem de forma inesperada e podem causar stress e afetar a organização e estrutura da família. Como por exemplo o divórcio, a monoparentalidade, um acidente de automóvel, o aparecimento de uma doença, uma hospitalização...

A parentalidade é considerada como uma mudança normativa no seio familiar, associado ao desempenho de funções de proteção, educação e integração na cultura familiar.¹³ A função parental transcende os cuidados físicos e educacionais e assume uma complementaridade de papéis.¹² Os pais podem ter o papel de cuidadores diretos, parceiros de intervenção em atividades lúdicas, disciplinares e de rotina ou assumir uma função de preparar e disponibilizar oportunidades para estímulos e aprendizagens em contextos fora da família.¹²

Houzel define 3 dimensões da parentalidade¹⁶

- **Exercício da parentalidade:** Este domínio transcende o indivíduo. É um aspeto jurídico que define os laços de parentesco e cria um conjunto de

direitos e deveres para os indivíduos;

- **Experiência da parentalidade:** As vivências, sentimentos, responsabilidades e desafios que acompanham o fato de ser pai ou mãe;
- **Prática da parentalidade:** As tarefas quotidianas que os os pais executam.

A parentalidade é um processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafectiva e responde às necessidades físicas, afetivas e psíquicas do filho.¹⁷ É definida como a ação de tomar conta com as características específicas de assumir as responsabilidades de ser mãe ou pai.² Consiste em comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um RN na família, para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças.²

A parentalidade positiva é um comportamento parental que se baseia no melhor interesse da criança, garantindo seu crescimento, educação e capacitação, com reconhecimento e orientação adequados, sem recorrer à violência, mas estabelecendo limites para promover seu desenvolvimento.¹⁸ Esses comportamentos são fundamentados no respeito pelos direitos da criança e têm como objetivo garantir a satisfação de suas necessidades básicas, protegendo-a de riscos e criando um ambiente propício ao seu desenvolvimento harmonioso.¹⁹

Além disso, a parentalidade positiva valoriza a individualidade e a autonomia da criança. Esse conceito abrange cinco dimensões essenciais:¹⁹

- As necessidades físicas da criança;
- Segurança da criança (proteção da saúde e cuidados na doença);
- Promoção e estimulação de comportamentos adequados ao desenvolvimento;
- Comunicação positiva;
- Disciplina positiva.

O exercício da parentalidade positiva tem como objetivo criar as condições necessárias para que as crianças possam desenvolver suas habilidades emocionais, sociais, de autonomia, comunicação e resolução de problemas da maneira mais completa possível, tanto dentro como fora do ambiente familiar.¹⁸ Neste sentido, as decisões parentais têm um impacto significativo no desenvolvimento das crianças, proporcionando

ou não oportunidades para um desenvolvimento normal e harmonioso.²⁰

As práticas parentais podem ser classificadas como positivas ou negativas.⁶ Os pais que valorizam a comunicação aberta, a expressão de afeto, procuram resolver os desafios da educação, socialização e controle do comportamento das crianças de maneira construtiva, adotam práticas parentais positivas.⁶ Por outro lado, as práticas parentais negativas envolvem o uso de punições físicas e psicológicas.⁶

Os pais que adotam práticas parentais negativas podem influenciar negativamente o desenvolvimento da criança.⁶ Por outro lado, as práticas parentais positivas têm o potencial de promover o bem-estar emocional, psicológico, social e afetivo da criança e fortalecer sua capacidade de lidar com desafios.⁶ Às práticas parentais positivas também estão associadas a níveis mais baixos de cortisol basal nas crianças, o que contribui para um melhor desenvolvimento e autorregulação.⁷

No entanto, é importante não confundir essa liberdade com uma educação permissiva. É fundamental estabelecer uma disciplina adequada, utilizando estratégias de disciplina positiva, que envolvem a definição de limites claros (sem restrições ou punições).²¹ É responsabilidade dos pais criar um ambiente onde as crianças se sintam livres para serem quem realmente são. Os pais devem permitir aos filhos zonas de liberdade cada vez mais amplas, a fim de capacitá-los a se tornarem independentes a longo prazo.²¹

A fim de desenvolver este sentido de independência nos filhos, os pais devem permitir que a criança contate, reconheça e interaja com o mundo que a rodeia, no entanto os pais devem ter como premissa a satisfação das necessidades de afeto, confiança e segurança essenciais no estabelecimento de vínculos seguros com os seus filhos.¹⁸ Nesse contexto, é essencial promover a parentalidade positiva, a fim de permitir que todas as crianças se tornem adultos cidadãos, dotados de uma postura ética e comportamentos altruístas, capazes de estabelecer relacionamentos conjugais, parentais, familiares e sociais saudáveis. Isso requer a adoção de modelos positivos e de bem-estar emocional.

Embora o nascimento de um filho e o exercício da parentalidade seja um acontecimento normativo, a transição para a parentalidade pode gerar stress e crise para o casal e para a família como um todo, pelas mudanças, transformações, adaptações e reorganização que acarreta.¹

O EESIP tem a competência de assistir a criança com a família na maximização da sua saúde e prestar cuidados personalizados de acordo com as necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança.²² Sabendo que o exercício do papel parental afeta diretamente o desenvolvimento da criança, o EESIP tem a importante competência de promover o mesmo e capacitar os pais para melhor desempenharem o seu papel.

II.2. A Literacia em Saúde das Famílias na Transição para a Parentalidade

Antes de abordarmos o nascimento de um filho, é crucial considerarmos a família na qual este está inserido, pois ao longo das últimas décadas, a organização e estrutura familiar passaram por mudanças. As famílias podem-se classificar nas seguintes categorias: família nuclear, família alargada, família monoparental, família binuclear, família reconstruída e família homossexual.²³

Não desconsiderando o tipo de família, a função familiar é o fator mais importante, isto é, é esta que deve permitir que a família mantenha um equilíbrio estável para alcançar os seus objetivos psicobiológicos, socioculturais, educativos e económicos.¹⁵

Quando um casal decide ter filhos, sofrerá um período de maior instabilidade e mudança. Esta mudança ocorre independentemente da categoria familiar. Este período de adaptação parental designa-se por Transição para a parentalidade, e é delimitado pelo período desde a decisão de concessão ou adoção até aos primeiros meses após o nascimento do bebé, durante o qual os pais definem os seus papéis e adaptam-se à parentalidade.²³

A adaptação à parentalidade envolve comportamentos que incidem na adaptação à gravidez e em compreender que ações são necessárias à preparação do futuro pai e futura mãe, definindo e interiorizando as expectativas das famílias, dos amigos e da sociedade em relação a comportamentos parentais considerados adequados ou inadequados.² A adaptação à parentalidade é um processo de transição com riscos associados, e é um período de enorme vulnerabilidade, podendo ocorrer sentimentos de insegurança e incapacidade.¹

Com o objetivo de melhorar a adaptação à parentalidade, promover a literacia em saúde surge como uma estratégia a utilizar para empoderar os pais no momento da transição para a parentalidade, pois esta é uma estratégia fundamental para a obtenção de

vantagens em saúde, quer em adultos quer em crianças.²⁴

A Organização Mundial Saúde de (OMS) define literacia em saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade de aceder, compreender e utilizar informação para promover e manter uma boa saúde.²⁵ Assim, a literacia em saúde implica conhecimento, motivação e competências do indivíduo para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de modo a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, mantendo ou melhorando a sua qualidade de vida durante todo o ciclo de vida.²⁶

Os resultados do questionário sobre literacia em saúde revelam que Portugal é um dos países da Europa com níveis mais baixos de indivíduos com elevado nível de literacia em saúde.²⁶

Em Portugal, o Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021 assume o compromisso de investir na literacia em saúde para promover ganhos na saúde e bem-estar da população. Este plano assume uma abordagem pelo ciclo de vida e identifica os progenitores como alvos prioritários de intervenção.²⁵ Sendo os cuidados de saúde primários (CSP) um dos pilares da saúde em Portugal, estes têm uma importância significativa na literacia em saúde da população na qual intervêm.

Nos CSP são realizadas consultas de enfermagem que visam a realização de uma avaliação ou o estabelecimento de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de auxiliar o indivíduo a atingir a capacidade máxima de autocuidado.²⁷ O enfermeiro de família, pela proximidade e continuidade no acompanhamento das famílias, tem uma maior compreensão das experiências vivenciadas nos diversos processos de transição e são essenciais no papel de antecipar as necessidades da família e apoiá-la no decorrer das mesmas.²⁸

Nas consultas de saúde infantil e juvenil, os enfermeiros têm um papel preponderante na educação e aconselhamento aos pais, e é da sua competência avaliar o estado de saúde, crescimento e nível de desenvolvimento da criança através das consultas de enfermagem.²⁹ Assim, o EESIP que opera nos CSP deve ter como objetivo a capacitação da família para a promoção da parentalidade.³⁰ Este pode iniciar a sua intervenção de preparação para a parentalidade e cuidados ao RN e literacia em saúde dos pais e vigilância da criança/jovem logo nas consultas durante a gravidez e dar

continuidade nas consultas de infantil e juvenil.³¹

Porém, o percurso do nascimento nem sempre ocorre dentro da normalidade expectável. A transição para a parentalidade é uma fase do ciclo de vida que pode coincidir com um momento de crise familiar. Infelizmente, alguns bebés necessitam de internamento numa Unidade de Cuidados Neonatais, onde a maioria das causas dos internamentos deve-se à prematuridade.

II.3. O Nascimento de uma Criança Prematura e a Transição para a Parentalidade

A prematuridade é definida como o RN vivo antes das 37 semanas de gestação.³² Porém, a prematuridade é categorizada de acordo com a idade gestacional do RN.³² Abaixo das 28 semanas, designam-se por prematuros extremos, entre as 28 e as 32 semanas, são designados de muito prematuros, e, por último, entre as 32 e as 37 semanas, de prematuros moderados a tardios.³²

Em Portugal, nos últimos anos, tem-se vindo a assistir a um aumento da prevalência de nascimentos prematuros. Entre 2014 e 2019, verificou-se um ligeiro aumento da percentagem de nados-vivos de baixo peso (peso inferior a 2500 gramas).³³ Esta situação está relacionada com a prematuridade.

Para os pais, o internamento num serviço de neonatologia é um momento de ansiedade e stress que pode ser apontado como uma barreira à construção da parentalidade.^{34,35} A prematuridade acrescida à adaptação parental é um desafio na construção da parentalidade porque exige um esforço de adaptação dos cuidados que um RN prematuro requer.³⁵

A aparência frágil do RN prematuro ou a pouca interação que os pais conseguem ter com este interfere negativamente no desempenho do papel parental.³⁶ Nesta circunstância, a equipa de saúde, em especial, o enfermeiro, deve oferecer apoio para lidar com o internamento e considerar os pais como protagonistas dos cuidados.³⁴ Pode promover algumas intervenções, como o toque ou a prática regular do método «canguru», que facilitam a transição saudável do papel parental.³⁶

O enfermeiro assume assim um papel diferenciado e privilegiado com os pais nestas circunstâncias ao promover e estabelecer o encontro precoce da relação, com uma atitude promotora de parceria de cuidados. Sabendo que a promoção da participação dos

pais na prestação de cuidados durante o internamento melhora a confiança no papel parental, o enfermeiro promove a ligação entre a tríade e reduz a ansiedade no momento da alta da neonatologia.³⁷

II.4. A Hospitalização e a Promoção da Parentalidade

Ao longo do ciclo de desenvolvimento das famílias, é possível ocorrerem eventos inesperados que interferem na organização do quotidiano e da rotina familiar, nomeadamente a hospitalização de uma criança ou jovem. A hospitalização é retratada como um evento crítico para a família, podendo esta dificultar a experiência dos indivíduos enquanto pais e desafiar o decurso normal do exercício parental.²⁸

É esperado que os pais assumam a corresponsabilidade na satisfação das necessidades da criança e na manutenção do seu bem-estar durante uma hospitalização.²⁸ No entanto, existem inúmeros fatores que podem impactar o exercício da parentalidade, como a descontinuidade na satisfação das necessidades biológicas, psicológicas e sociais dos pais, a mudança no padrão do papel desempenhado pelos pais, o aumento do grau de dependência da criança doente e o sentimento de culpa e de ansiedade na família.³⁸

Quando se verifica o internamento de uma criança, os pais têm a difícil tarefa de lidar com as suas próprias preocupações e medos e, simultaneamente, proporcionar apoio e conforto ao filho que é afastado do seu núcleo familiar e passa a estar inserido num ambiente estranho, com pessoas desconhecidas, e exposto a rotinas e eventuais procedimentos invasivos que tendem a gerar-lhe dor e desconforto.³⁹

Quando uma criança é hospitalizada, ocorre um desequilíbrio no sistema familiar, possivelmente causando uma situação de crise.⁴⁰ Isto deve-se ao facto de a hospitalização de uma criança criar uma vulnerabilidade na família no cumprimento dos seus papéis parentais, sendo frequentemente os enfermeiros os agentes de cuidados outrora realizados pelos pais.⁴⁰

Esta situação pode gerar sentimentos de raiva e tristeza, tornando-se fundamental envolver os pais no processo de hospitalização da criança, promovendo o bem-estar durante todo este período de transição.⁴⁰ A participação dos pais nos cuidados durante a hospitalização reduz a ansiedade.⁴⁰

Em 1986, o Parlamento Europeu estabeleceu como direito a criança ser

acompanhada durante o internamento, quer seja pelos pais ou por quem os substitua.⁴¹ Como EESIP, devemos zelar pelos direitos das crianças e famílias e sensibilizar os profissionais de saúde e os pais para esta realidade.

A Academia Americana de Pediatria recomenda aos pais ou cuidadores a possibilidade de estarem sempre presentes em procedimentos invasivos, em paragem cardiorrespiratória ou morte, se estes o desejarem. Na verdade, devemos permitir às famílias que queiram colaborar nos cuidados, inclusive no momento da morte.⁴² No entanto, um elemento da equipa de saúde deve estar presente para dar o suporte necessário à família e explicar os procedimentos.⁴¹

Durante a hospitalização, os pais são confrontados com processos de transição que os remetem para um papel parental pouco normativo e extremamente perturbador, o que pode levar alguns pais a acreditar que não conseguem cumprir o seu papel parental.¹¹ Os pais podem inicialmente ser incapazes de demonstrar e exercer esse papel porque estão não conseguem gerir as suas próprias necessidades.¹¹

Cabe ao EESIP desmistificar e apoiar os pais na promoção da parentalidade. O EESIP pode fazer isso por aumentar a autoestima dos pais, respeitar as crenças culturais, promover a interação com a criança, incentivá-los a expressar as suas expectativas e motivá-los na aprendizagem de capacidades.¹ Com estas ações, o EESIP abre caminho para os pais conseguirem gerir as suas próprias necessidades e desempenhar o seu papel parental.

II.5. A Promoção da Parentalidade em Situação de Crianças com Necessidade de Cuidados Paliativos

Em Portugal, existem 7167 crianças com necessidades de cuidados paliativos.⁴³ Os cuidados paliativos são um direito para quem deles necessita⁴⁴, sendo o seu principal objetivo melhorar a qualidade de vida dos doentes, das suas famílias e cuidadores através da prevenção e do alívio do sofrimento.⁴⁵

Segundo a OMS, os cuidados paliativos pediátricos definem-se como o cuidado total do corpo, da mente e do espírito da criança, envolvendo também o cuidado da família.⁴⁶ As famílias são os cuidadores primários e os serviços devem ser coordenados de modo a prestar apoio flexível e abrangente para toda a família.⁴⁶ A família é quem

protege, conforta, e apoia incondicionalmente a criança.⁴⁶ Os pais devem ser reconhecidos como os principais cuidadores.⁴⁶

De acordo com a OMS, os cuidados paliativos são mais eficazes quanto mais precocemente integrados. A inclusão no processo deve acontecer desde o momento do diagnóstico e estender-se no apoio ao luto.⁴⁶ Este apoio deve incluir toda a família relevante para a criança, disponibilizando-lhes cuidados espirituais e/ou religiosos, conforme a sua vontade⁴⁶

O ambiente de eleição para a prestação de cuidados paliativos pediátricos é o domicílio, que, para além de ser o ambiente preferencial da criança, promove a adaptação da família, e, simultaneamente, diminui o stress e *burnout* dos profissionais.⁴⁷

A literatura indica diversos fatores que contribuem para a diminuição do stress e burnout dos profissionais quando se encontram a prestar cuidados paliativos pediátricos no domicílio, a saber:⁴⁸⁻⁵⁰

- O ambiente familiar cria um ambiente mais acolhedor e menos institucional, o que pode reduzir o stress dos profissionais de saúde, proporcionando-lhes um contexto de trabalho mais confortável.
- Trabalhar com a criança e a família no domicílio faz com que o profissional tenha a oportunidade de dedicar mais tempo e atenção a cada criança, reduzindo a pressão de tempo e permitindo um cuidado mais personalizado. Esta abordagem individualizada pode diminuir o sentimento de sobrecarga e contribuir para uma maior satisfação profissional.
- A família desempenha um papel fundamental no cuidado da criança. Esse envolvimento ativo da família pode reduzir o volume de trabalho dos profissionais de saúde.
- A colaboração entre as equipas multidisciplinares contribui para reduzir o isolamento, permitindo que os profissionais se apoiem mutuamente e partilhem as dificuldades e preocupações relacionadas com os cuidados àquela criança e família.
- Oferece maior flexibilidade de horário para os profissionais de saúde, pelo que obtêm um melhor equilíbrio entre vida profissional e vida pessoal.

Os cuidados domiciliários têm um impacto positivo na qualidade de vida da

criança e da família. Por um lado, aumentam a comunicação entre a própria família, diminuem os sentimentos de medo, isolamento e desamparo pela criança, permitem uma menor disrupção do quotidiano/rotinas, aumentam a sensação de controlo e a privacidade familiar.⁵¹

Por outro lado, os cuidados domiciliários nesta área, ao exigirem maior responsabilidade da família, podem aumentar a pressão nos membros da família alargada e promover o afastamento desses familiares e amigos.⁴⁴ Estes desafios, com consequências menos positivas, relacionadas com a vivência da sobrecarga, o risco de pobreza e isolamento social, repercussões na sua saúde e qualidade de vida, impõem aos enfermeiros a necessidade de investir no conhecimento e na prática baseada na evidência, como forma de minimizar os aspetos negativos e potenciar os positivos.

Os cuidados prestados pelas equipas de cuidados paliativos pediátricos às crianças e famílias visam a promoção da autonomia, do crescimento e desenvolvimento infantil, assente num modelo de parceria de cuidados. Neste modelo reconhecemos os pais como parceiros ativos, valorizando as suas capacidades, dotando-os de competências e habilidades, maximizando o seu potencial para contribuir para um adequado desenvolvimento infantil e bem-estar da criança, assente na gestão e implementação de um plano promotor da parentalidade, que pode ter uma duração bastante longa, necessitando de equipas multidisciplinares, constituídas por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas da fala ou terapeutas ocupacionais, essenciais à aquisição e desenvolvimento de competências, mas também à reabilitação ou manutenção de funções.⁴⁴

O enfermeiro que integra uma equipa de Cuidados paliativos pediátricos intervém em quatro áreas-chave: comunicação, controlo sintomático, trabalho em equipa e apoio à família.⁵² Apesar de os Cuidados paliativos pediátricos não impedirem a morte, a intervenção precoce dos mesmos pode aliviar o sofrimento e aumentar a qualidade de vida. O EESIP inserido na equipa de Cuidados paliativos pediátricos domiciliários têm como áreas-chave de cuidados: comunicação, controlo sintomático, trabalho em equipa e apoio à família.

II.6. Modelos Teóricos de Enfermagem na Transição para a Parentalidade e Promoção da Parentalidade

As conceptualizações teóricas são responsáveis por nortear os cuidados.⁵³ O principal objetivo ao utilizar um modelo teórico na prática de cuidados de enfermagem é o estabelecimento de um caminho próprio que integre os valores do ato de cuidar em enfermagem enquanto profissão e que seja manifesto através de ganhos em saúde e no aumento dos níveis de qualidade de vida das crianças e famílias.⁵³

Segundo a Teoria das Transições de Afaf Meleis, a parentalidade é uma das transições desenvolvimentais mais estudadas, e é considerada como a transição mais importante e marcante na vida dos indivíduos. Sendo, aliás, promotora de grandes mudanças em todos os elementos da família, particularmente no caso de ser o primeiro filho, em que se verifica o início de uma nova fase do ciclo vital, movendo-se da função conjugal para a parental.²⁸ Assim, torna-se fundamental mobilizar a Teoria das Transições de Meleis, pois nesta efetua uma avaliação central da criança e da família, levando em consideração todas as transições que o indivíduo vivencia, nomeadamente a parentalidade e a hospitalização.⁵⁴⁻⁵⁵

Também é pertinente mobilizar o modelo de cuidados de Anne Casey que identifica o contributo significativo dos pais para os cuidados prestados à criança durante a hospitalização.¹ Neste modelo, a criança é o alvo dos cuidados e os pais são os melhores prestadores de cuidados dos filhos.¹ Assim, quando o tópico é a promoção da parentalidade durante a hospitalização, é pertinente mobilizar o modelo de enfermagem de Anne Casey da Parceria de Cuidados.

O EESIP tem a responsabilidade de facilitar a adaptação, a transição e a promoção da parentalidade. Analisando o projeto de intervenção, estes dois modelos foram uma base fundamental, já que forneceram as perceções para a minha prática de cuidados com base num referencial teórico.

- **Modelo Teórico das Transições Humanas de Afaf Meleis**

Ao longo da vida, um indivíduo pode passar por diversas mudanças, sejam estas intencionais ou não, como o casamento, a gravidez, uma mudança de carreira, mas também o nascimento de um filho, o aparecimento de uma doença crônica ou uma hospitalização.⁵⁶ A Teoria das Transições Humanas de Afaf Meleis começou a ganhar forma em 1985, destacando a experiência humana das transições e a sua resistência para os enfermeiros cuidarem daqueles que estão a passar por tais mudanças.⁵⁷

A transição pode ser entendida como uma travessia entre dois momentos de estabilidade, guiando o indivíduo através de diversas fases dinâmicas e pontos de mudança.⁵⁶ Meleis entendeu que a transição indica uma mudança no estado de saúde, nos papéis desempenhados, nas expectativas ou capacidades do indivíduo.⁵⁸ É nestas fases de transição, comuns no ciclo de vida, que os indivíduos precisam de estar prontos para adquirir novos conhecimentos e, eventualmente, modificar o seu comportamento diante das circunstâncias.⁵⁹ Assim, as transições tornam-se num domínio importante para a intervenção dos enfermeiros.

A Teoria das Transições permite aos enfermeiros, através de seu modelo conceitual, estabelecer um plano de intervenção que auxilie as pessoas durante os seus processos de transição, potencializando uma melhor qualidade de vida e ganhos em saúde, minimizando possíveis riscos associados à própria transição.⁵⁸

Segundo a teoria, ao analisar as transições, devem ser considerados três aspetos: a natureza das transições, as condições de transição e os padrões de resposta.⁵⁶

São identificados quatro tipos específicos de transições:⁵⁸

- **Transições de desenvolvimento:** mudanças ou fases no curso da vida de uma pessoa, como a paternidade, a adolescência, a menopausa, o reconhecimento da homossexualidade e o nascimento de um filho;
- **Transições situacionais:** relacionadas a mudanças no ambiente social, como a perda ou institucionalização de um familiar, a identidade ou a mudança de residência;
- **Transições de saúde-doença:** referem-se a mudanças inesperadas na saúde de um indivíduo, como as decorrentes de uma doença aguda ou crônica;
- **Transições organizacionais:** mudanças no ambiente de trabalho, como mudanças na liderança ou mudança de emprego, bem como mudança de

comunidade.

Essa dinâmica de mudança leva-nos ao conceito de adaptação ao ambiente e ao desenvolvimento da autoconfiança, que acontece durante a transição, indicando um entendimento mais profundo e uma melhor compreensão dos aspetos fundamentais.⁵⁵

Os enfermeiros, sob a luz da Teoria das Transições Humanas de Afaf Meleis, são vistos como profissionais que valorizam o indivíduo como protagonista do cuidado. A experiência da transição tem motivado a prática profissional, orientando os enfermeiros a identificar as necessidades dos indivíduos durante o processo de transição, através de uma visão ampla, com prevenção, promoção e intervenção terapêutica de cuidados.⁵⁷ O facto de a transição para a parentalidade, o aparecimento de uma doença ou um momento de hospitalização representarem um processo experiencial de transição à luz da Teoria de Afaf Meleis permitiu-me optar por esta teoria para fundamentar o presente trabalho.

- **Modelo Teórico de Anne Casey: modelo de parceria de cuidados**

O modelo elaborado por Anne Casey enfatiza o papel crucial dos pais em parceria com o enfermeiro nos cuidados de saúde à criança.⁶⁰ Tal parceria envolve troca de conhecimentos, definição de metas centradas na criança e consenso de todas as partes envolvidas.⁶⁰

De acordo com o modelo teórico de Anne Casey (1998), os enfermeiros devem planear e fornecer cuidados à criança e jovem, sempre em parceria com os pais, que são considerados os melhores cuidadores de seus filhos.⁶¹ Prestar cuidados a uma criança é, simultaneamente, prestar cuidados aos pais, que devem ser envolvidos no processo de cuidados.⁶¹

É fundamental ocorrer uma negociação entre o enfermeiro, os pais, a criança/jovem para esclarecer as responsabilidades: por um lado, os enfermeiros, para prover os cuidados de enfermagem, e, por outro, os pais ou cuidadores, para prestar os cuidados familiares, salvo alguma restrição.⁶¹ Os cuidados e ensinamentos instruídos devem ser planeados de acordo com as necessidades de cada família.⁶¹

O modelo teórico de Anne Casey engloba cinco conceitos:⁶²

- A criança, que depende de outros (principalmente pais/família) para atender às

suas necessidades;

- A família, composta por indivíduos responsáveis pelos cuidados à criança e que têm grande influência no seu crescimento e desenvolvimento;
- O enfermeiro, que oferece cuidados de saúde especializados à criança, promove o seu bem-estar, dá suporte para desenvolver a relação de ajuda entre os pais, a criança e o enfermeiro, partilha conhecimento, aumenta as capacidades parentais e direciona a família a procurar outros profissionais de saúde e/ou apoios alternativos da comunidade, quando necessário;
- A saúde, que é um estado de bem-estar físico e mental que deve ser mantido de forma a permitir que a criança maximize o seu desenvolvimento ao longo da vida;
- O ambiente, que é composto por estímulos externos que podem influenciar o desenvolvimento da criança e que deve ser preenchido com amor e cuidados adequados, para que a criança se sinta segura e confiante.

Os cuidados prestados pela família são denominados cuidados familiares, enquanto os cuidados de saúde prestados por enfermeiros são denominados cuidados de enfermagem.⁶² Estes dois papéis, isto é, o da família e o do enfermeiro, podem alternar-se. Em momentos em que a família não pode prestar cuidados familiares, o enfermeiro assume essa função, assim como a família pode prestar cuidados de enfermagem quando a situação o permite e sob a supervisão, o apoio e a orientação do enfermeiro.⁶²

É vital que o enfermeiro tenha a capacidade de orientar e apoiar a família, mantendo sempre uma postura flexível e de respeito, fornecendo cuidados e avaliando cada criança/família de maneira individual, respondendo às suas necessidades específicas.⁶²

A proximidade entre enfermeiros e famílias em ambientes profissionais leva a crer que os enfermeiros estão numa posição privilegiada para intervir junto às famílias, direcionando os seus cuidados de acordo com as suas necessidades ao longo do ciclo de vida.⁶³ Os enfermeiros podem ajudar as famílias a mobilizar os seus próprios recursos e a fortalecerem-se em momentos de crise, que também podem ser momentos de crescimento e recompensa familiar.⁶³

A mobilização destas duas teóricas pelo EESIP como norteadoras dos cuidados é uma mais-valia para o desenvolvimento das suas competências de cuidar da

criança/jovem e da família, maximizar a sua saúde em situações de especial complexidade e responder às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança/jovem.

Assim, o EESIP reconhece o seu lugar privilegiado nos cuidados à criança e família a fim de promover o maior estado de saúde possível, cuidar da criança saudável ou doente, educar para a saúde e identificar e mobilizar recursos de apoio à família ou pessoa relevante.²²

III. Percurso de Desenvolvimento das Competências Especializadas e de Mestre

Ao longo deste percurso académico, com o objetivo da obtenção do grau de mestre em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, realizei um estágio de natureza profissional dividido em dois módulos.

O estágio no módulo I e II decorreu nos seguintes contextos: Equipa Intra Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos Pediátricos (EIHSCPP), Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais (UCIN) e Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) (nota: organizados pela ordem cronológica dos mesmos). O módulo I teve um total de 235 horas (H) de contacto. O módulo II teve um total de 475 h de contacto.

O percurso no Módulo I visava a identificação do diagnóstico de situação com o objetivo de reconhecer oportunidades de melhoria e obtenção de novos conhecimentos. Para o efeito, elaborei uma proposta de plano de projeto formativo, que, após o diagnóstico da situação realizado no 1º módulo, permitiu avaliar e adaptar o plano formativo ao diagnóstico de situação identificado e transformá-lo no plano final que foi operacionalizado no módulo II.

O estágio do Módulo II teve como precedência o estágio do Módulo I e visava prestar cuidados especializados à criança, jovem e família nos diferentes contextos, aprofundar as competências do EESIP e promover a melhoria contínua na qualidade dos cuidados do EESIP.

Para cada estágio foi delineado um plano de projeto formativo, personalizado e individualizado que tinha como objetivo geral desenvolver competências comuns e específicas do EESIP intervindo na promoção da parentalidade

Para o efeito, identifiquei objetivos específicos e atividades a desenvolver. O primeiro objetivo específico era transversal a todos os contextos: conhecer a dinâmica organizacional, funcional e estrutural dos diferentes enquadramentos de ensino clínico.

Para alcançar o objetivo pretendido, delineeí várias atividades em cada contexto de estágio, entre elas uma reunião com o Enfermeiro Orientador e com a Enfermeira Supervisora do Serviço com visita guiada ao serviço e consulta de normas, sistema de registos e programas instituídos, bem como a apresentação pessoal, profissional e do

plano de estágio à equipa multidisciplinar.

Este objetivo permitiu uma integração efetiva no local de estágio e contribuiu para a realização do diagnóstico de situação. Além disso, permitiu-me obter a apresentação da estrutura organizacional e funcional dos diferentes contextos de estágio neste relatório, integrar a Equipa de Enfermagem e colaborar nos cuidados de acordo com as normas da Instituição com *feedback* positivo do orientador clínico e pedagógico. Este objetivo e as atividades propostas tiveram como objetivo contribuir para o meu percurso nos diferentes contextos de ensino clínico e desenvolver os domínios das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE): da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade e do desenvolvimento das aprendizagens.²⁸

III.1. Na Equipa Intra Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos Pediátricos

O meu percurso na EIHCSP foi dividido em dois períodos distintos com características e objetivos diferentes e específicos. O primeiro momento no contexto com o objetivo de realizar o diagnóstico de situação decorreu entre 4 de janeiro de 2023 e 15 de janeiro de 2023. O segundo período decorreu de 26 de junho de 2023 a 29 de julho de 2023.

- **Caracterização e Diagnóstico de Situação**

O ensino clínico decorreu na EIHCSP de um Hospital Central da Região de Lisboa e Vale do Tejo. A EIHCSP encontrava-se em funcionamento desde 2016, prestando cuidados a crianças (dos 0 aos 18 anos) com necessidades paliativas a nível hospitalar (consulta externa e regime de consultoria) e extra-hospitalar (em visitas domiciliárias), fazendo a articulação com os CSP, escolas, instituições de solidariedade social e Rede Nacional de Cuidados Paliativos.

Atualmente, a equipa é constituída por duas médicas, uma enfermeira, uma psicóloga, uma assistente social e uma secretária de unidade. Todos os elementos estão na equipa a tempo parcial. A equipa funciona no espaço físico da consulta externa de pediatria às terças, quintas e sextas-feiras.

A consulta externa da equipa de cuidados paliativos é multidisciplinar e realiza-se simultaneamente com a médica, a enfermeira e a psicóloga (caso esta tenha

compatibilidade de horário). As consultas realizam-se às terças-feiras e sextas-feiras das 08h às 13h. Quinta-feira é o dia de visita domiciliar com a médica e enfermeira da unidade das 08h às 15h30 com possibilidade de prolongamento de horário em caso de necessidade. A marcação da visita domiciliária é gerida semanalmente de acordo com as necessidades das crianças e famílias. Nos restantes horários, a equipa realiza registos, programa as agendas, realiza acompanhamento das crianças acompanhadas pela equipa que se encontram internados ou em regime de consultoria. No entanto, tem de conjugar estas consultas com outras atividades hospitalares.

Para além dos serviços mencionados anteriormente, a EIHSCPP também presta assistência primária e especializada a crianças com necessidades paliativas, família, cuidadores e profissionais que as acompanham permanentemente por atendimento telefónico pelo enfermeiro da equipa.

- **Percurso de aquisição de competências**

Os Cuidados Paliativos, são um direito para quem deles necessita, sendo o seu principal objetivo melhorar a qualidade de vida dos doentes, das suas famílias e dos cuidadores pela prevenção e alívio do sofrimento.⁶⁴ A OMS enfatiza que nos cuidados paliativos pediátricos é essencial o suporte e orientação à família.⁶⁵ Com os avanços da medicina, a expectativa de vida de crianças com necessidades paliativas é maior, o que acarreta novos desafios para os serviços de saúde e altera o tipo de cuidados a ser prestado a estas crianças e famílias.⁶⁶

O ambiente de eleição para a prestação de cuidados paliativos pediátricos é o domicílio.⁶⁶ Estes têm um impacto positivo na qualidade de vida da criança e família, aumentam a comunicação dentro da família, diminuem os sentimentos de medo, isolamento e desamparo pela criança, permitem menor disrupção do quotidiano/rotinas, aumentam a sensação de controlo e a privacidade familiar.⁶⁶

Por outro lado, os cuidados domiciliários nesta área, ao exigirem maior responsabilidade da família, podem aumentar a pressão nos membros da família alargada e promover o afastamento desses familiares e amigos.⁶⁴ Os cuidados prestados pelas equipas de cuidados paliativos pediátricos assentam num modelo de parceria de cuidados em que reconhecemos os pais como parceiros ativos, valorizando as suas capacidades, dotando-os de competências e capacidades, maximizando o seu potencial.⁶⁴ O objetivo

dos cuidados paliativos pediátricos em contexto domiciliar é proporcionar uma vida o mais plena possível com uma rotina adequada à idade e capacidade da criança, de preferência não excluindo, sempre que possível, as crianças na sociedade, que, por sua vez, deve estar preparada para acolhê-las.⁶⁴

Defini como objetivo específico para este estágio promover capacitação parental dos pais/cuidadores das crianças acompanhadas pela EIHSCPP. Seguindo as etapas do trabalho de projeto, de forma a dar resposta ao objetivo planeei e executei várias atividades. Para aprofundar os meus conhecimentos sobre a temática ingressei no módulo I num Curso Básico de Cuidados Paliativos Pediátricos de 25 horas elaborando um relatório sobre a promoção da parentalidade em pais/cuidadores das crianças com necessidades de cuidados paliativos (Apêndice A e Anexo I).

Ainda no que concerne ao módulo I, para realizar o diagnóstico de situação recorri a uma entrevista informal (Apêndice B) com a supervisora clínica e à observação de consultas multidisciplinares de CPP em contexto de ambulatório, internamento, consultoria e visita domiciliária.

Na entrevista informal realizada à supervisora clínica, foi identificada a necessidade de capacitar os cuidadores das crianças acompanhadas pela EIHSCPP sobre os dispositivos médicos que as crianças têm e o manuseamento dos mesmos. De forma a perceber quais os dispositivos médicos mais desafiantes realizei um questionário para os cuidadores disponível em Apêndice (Apêndice C).

A teoria de Albert Bandura, conhecida como a teoria da aprendizagem social, ou teoria da aprendizagem social-cognitiva, baseia-se na ideia de que os indivíduos aprendem por meio da observação, imitação e treino.⁶⁷ Neste sentido, tornou-se pertinente desenvolver uma caixa com um boneco de simulação com material específico para treino com os cuidadores (Apêndice D).

Além disso, foram desenvolvidos vários folhetos com informação sobre os dispositivos médicos mais comuns nas crianças acompanhadas pela EIHSCPP ou os que os pais consideravam mais desafiantes (Apêndice E, Apêndice F, Apêndice G, Apêndice H, Apêndice I, Apêndice J, Apêndice K, Apêndice L E Apêndice M). Estes documentos serviram de base e suporte para realizar uma sessão de formação numa escola que acolhe crianças que são acompanhadas pela EIHSCPP.

Foi realizado um *PowerPoint* (Apêndice N) e respetivo plano de sessão (Apêndice O) para apresentar à instituição e utilizada a boneca de treino para explicar e manusear dispositivos médicos. No final, foi realizada uma avaliação da sessão através de um questionário com feedback positivo de todos os participantes, cujo relatório completo se apresenta no apêndice (Apêndice P), e destaca-se que 80% dos inquiridos avaliou com 5 valores a qualidade dos conteúdos da formação, 100% com 5 valores o interesse dos conteúdos da formação e 100% atribuiu 5 valores à aquisição de novos conhecimentos.

No entanto, é imprescindível lembrar quem passa a maioria do tempo com a criança, o cuidador principal. Este indivíduo leva consigo uma carga elevada e a perda do seu papel na sociedade, privando-se de oportunidades de lazer e também do contacto com outras pessoas, devido à dedicação quase exclusiva à criança que se encontra doente.⁶⁸

A qualidade de vida diminui, acabando por se esquecer de si próprio e até culpabilizando-se pela inexistência de atenção que dá aos outros filhos.⁶⁵ Assim, em concordância com a orientadora clínica, a EIHCSP considerou urgente a criação de um livro para a pessoa que cuida, com oportunidade para falar de si, expressar as suas preocupações, criar metas, ter desejos e sonhos (Apêndice Q).

Por falta de disponibilidade horária, não foi possível realizar uma sessão de apresentação do livro a toda a equipa, pelo que se optou por enviar por e-mail em formato editável a todos os elementos. A EIHCSP retornou o livro com contributos e sugestões de melhoria com feedback positivo de todos os elementos. Este foi deixado no final do estágio para aprovação final.

Para cuidar de uma criança acompanhada numa equipa de cuidados paliativos é necessária “uma aldeia”. Estes desafios impõem aos enfermeiros a necessidade de investir no conhecimento e na prática baseada na evidência, como forma de minimizar os aspetos negativos e a potenciar os positivos.

Assim, optei por realizar uma revisão integrativa da literatura para continuar a desenvolver o meu percurso enquanto EESIP e as competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais⁶⁴, e, posteriormente ao término do mestrado finalizar a mesma e submeter para publicação (Apêndice R). Como método, optei pela realização de uma pesquisa eletrónica da literatura, através das bases de dados de produção e investigação científica na área das Ciências da Saúde e das Ciências da

Enfermagem: CINAHL, Medline, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews.

A estratégia de pesquisa bibliográfica utilizou os descritores MeSH [Nurs*] e [Palliative Care] e [Terminal Care] e [Home Health Nursing] e [death] e [child*] e [pediatr*] e [infant] e [parents] para responder à seguinte questão de investigação: quais as intervenções de enfermagem que capacitam os cuidadores a prestar cuidados às crianças com necessidade de cuidados paliativos no domicílio.

III.2. Na Unidade de Saúde Familiar

O meu percurso na USF foi dividido em dois períodos distintos, com características e objetivos diferentes e específicos. O primeiro momento no contexto tinha como objetivo realizar o diagnóstico de situação e decorreu entre o período 16 de janeiro de 2023 a 29 de janeiro de 2023. O segundo período decorreu no período de 17 de abril de 2023 a 21 de maio de 2023.

- **Caracterização e Diagnóstico de Situação**

A USF, local onde foi realizado o ensino clínico, pertence a um agrupamento de centros de saúde (ACES) que, por sua vez, pertence à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

A unidade é de modelo A e presta cuidados a 12 427 utentes. O espaço físico da unidade encontra-se no mesmo edifício que outras unidades funcionais do ACES, designadamente a Unidade de Cuidados na Comunidade, a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados e a Unidade de Saúde Pública.

A Equipa desta USF é composta por sete médicos, sete enfermeiras (das quais, uma EESIP, uma Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, uma Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, uma Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária e três Enfermeiras Generalistas) e cinco secretários clínicos. A USF funciona de 2^a a 6^a feira entre as 08h às 20h, e encerra aos sábados, domingos e feriados.

A equipa de família é composta por um médico e uma enfermeira, o que permite um acompanhamento e uma continuidade de cuidados fulcral dos seus utentes ao longo

do seu desenvolvimento. Conseqüentemente, possibilita-se a criação e o desenvolvimento de uma relação terapêutica e empática positiva e um conhecimento mais aprofundado da realidade familiar e social da mesma.

Relativamente às consultas, importa salientar que algumas consultas são realizadas simultaneamente no mesmo gabinete e horário pelo médico e enfermeiro de família, nomeadamente as consultas de Saúde Infantil e Juvenil e as consultas de Planeamento Familiar.

Quanto ao espaço físico, é digno de nota a estrutura correspondente à componente de saúde infantil. O espaço disponível para a saúde infantil é composto por um gabinete de saúde infantil, um gabinete de vacinação (apenas para armazenamento e preparação de vacinas), uma sala de amamentação e uma sala de espera.

Quer a sala de espera como a sala de saúde infantil dispõem de vários tipos de material didático para as diversas idades, que é utilizado durante a consulta de saúde infantil e a vacinação. Relativamente às consultas de saúde infantil, é de destacar que as mesmas são realizadas por todas as enfermeiras de acordo com as suas listas de utentes, havendo uma rotatividade diária do espaço.

- **Percurso de aquisição de competências**

Nas USF, realizam-se diversas consultas de enfermagem ao abrigo dos vários programas existentes. É importante saber que a consulta de enfermagem visa a intervenção do enfermeiro no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença, de complicações e/ou de incapacidades, facilitando o processo de adaptação e/ou recuperação da saúde do utente, a sua capacitação na gestão do processo de saúde, maximizando o seu bem-estar e autocuidado, de modo a ter um impacto positivo na sua qualidade de vida.⁶⁹

A Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil é uma oportunidade privilegiada na triagem, avaliação, intervenção precoce e orientação em possíveis situações problemáticas, sendo de especial enfoque para o EESIP em contextos de CSP.⁷⁰ Nestas consultas, deve existir a valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais os conhecimentos necessários ao melhor desempenho no que respeita à promoção e proteção

dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade.⁷⁰

Com o objetivo de promover a parentalidade, defini como objetivo para este estágio estimular o desenvolvimento infantil através de intervenções de enfermagem promotoras da parentalidade na USF.

Para construir o meu projeto e ir ao encontro às necessidades das famílias e profissionais da USF, realizei no módulo I um diagnóstico de situação em que recorri à entrevista informal com a orientadora clínica (Apêndice S) e à observação participativa de consultas no âmbito do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenile do Programa Nacional de Vacinação.

Através da entrevista informal à orientadora clínica, foi referido que, por vezes, a equipa de enfermagem sente dificuldade em cativar os pais a recorrer à USF para tais consultas de vigilâncias em saúde preconizadas. Como discutido com a equipa de enfermagem e médica, a mesma estava disponível para a implementação de um curso de promoção da parentalidade para os pais, anuindo que a implementação deste curso seria um passo importante para criar confiança e proximidade com os profissionais da USF para a vigilância de saúde dos filhos. Um curso de preparação para a parentalidade será, portanto, uma ferramenta importante para empoderar os pais sobre os cuidados ao RN.

Para a criação do curso de preparação para a parentalidade, foi desenvolvido um projeto conforme o documento apresentado no apêndice (Apêndice T). A metodologia utilizada para o desenvolvimento deste projeto envolveu, num primeiro momento, a caracterização da problemática e, num segundo momento, a realização de uma análise SWOT construída com a colaboração da equipa de enfermagem da USF, que, por sua vez, deu origem à proposta de planeamento estratégico.

Posteriormente, o projeto foi enviado à coordenação do ACES e realizou-se uma apresentação em *PowerPoint* a toda a equipa da USF com o respetivo plano de secção (Apêndice U e Apêndice V). Além disso, preencheu-se um questionário de avaliação cujo relatório completo é apresentado em apêndice (Apêndice W). É digno de nota que 93,75% dos inquiridos avaliou com 5 valores o interesse da temática de formação, 81,25 % com 5 valores a clareza na apresentação dos conteúdos, 93,75% atribuiu 5 valores quanto à correspondência de expectativas da formação. Relativamente ao último item do questionário de questão aberta, obtivemos 12,5% (n=2) de respostas com feedback

extremamente positivo, entre eles, “excelente trabalho e apresentação” e “excelente projeto, muito bem elaborado”.

A implementação do curso de promoção de parentalidade será realizada pela equipa de enfermagem da USF e destinada a pais e cuidadores de crianças até aos 6 meses de idade. Este curso será dividido em 4 módulos, cada um com a duração de 30 minutos e apresentado em dois dias distintos, conforme plano de sessão em apêndice (Apêndice X) e terá como objetivo geral promover as competências parentais de pais e cuidadores de crianças até aos 6 meses de idade.

O planeamento das sessões deste curso partiu de uma avaliação de necessidades dos pais (potenciais candidatos à frequência do curso) através da aplicação de um questionário elaborado para este efeito (Apêndice Y). Dos principais resultados, cujo relatório completo se apresenta em apêndice (Apêndice Z), destacam-se as características físicas do RN, as características do desenvolvimento da criança, a amamentação, a manobra de *Heimlich*, a prevenção de quedas e sistemas de retenção e que foram selecionados como temas/conteúdos a incluir nas sessões de educação dirigidas aos pais.

No âmbito do curso de promoção da parentalidade, foram criados documentos de suporte, como um E-book sobre parentalidade positiva (Apêndice AA), um PowerPoint de apoio ao curso e um convite/cartaz de divulgação do curso (Apêndice BB e Apêndice CC). Todos os documentos foram lidos pela equipa e devolvidos com sugestões de melhoria. Posteriormente, foram alterados em conformidade e entregues na última semana de ensino clínico em formato editável para validação superior.

Por fim, mas não menos importante, outros dos objetivos pretendidos prendia-se com a realização de consultas de enfermagem nas diferentes faixas etárias, tal como preconizado pelo PNSIJ. Este objetivo foi atingido com sucesso e houve oportunidade para dar resposta a todos os itens do exame de saúde preconizado no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil que enumero de seguida:⁷⁰

- Avaliar o crescimento e desenvolvimento e registar os dados obtidos, nos suportes próprios;
- Estimular comportamentos promotores de saúde, nomeadamente os relacionados com a nutrição adequada às diferentes idades, a prática regular de exercício físico, o brincar e outras atividades de lazer em espaços livres, a gestão do stress, a

prevenção de consumos nocivos, a adoção de medidas de segurança e redução do risco de acidentes;

- Promover a imunização contra doenças transmissíveis, conforme o Programa Nacional de Vacinação, a saúde oral, a prevenção das perturbações emocionais e do comportamento, a prevenção de acidentes e intoxicações, a prevenção dos maus-tratos, a prevenção dos riscos decorrentes da exposição solar inadequada e o aleitamento materno;
- Detetar precocemente e encaminhar situações que possam comprometer a vida ou afetar a qualidade de vida da criança e do adolescente, tais como malformações congénitas;
- Prevenir, identificar e saber como abordar as doenças comuns nas várias idades, nomeadamente reforçando o papel dos pais e outros cuidadores, alertando para os sinais e sintomas que justificam o recurso aos diversos serviços de saúde;
- Sinalizar e proporcionar apoio contínuo às crianças com doença crónica/deficiência e às suas famílias, e promover a articulação com os vários intervenientes na prestação de cuidados;
- Identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de maus-tratos e de violência;
- Promover o desenvolvimento pessoal e social e a autodeterminação das crianças e dos jovens;
- Apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais e promover o bem-estar familiar e noutros ambientes específicos.

Para a obtenção da melhor evidência científica na prática de cuidados e realização dos seguintes documentos foram realizadas pesquisas eletrônicas através dos motores de pesquisa, concretamente nas bases de dados de produção e investigação científica na área das Ciências da Saúde e das Ciências da Enfermagem: CINAHL, Medline, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Google Académico. A estratégia de pesquisa bibliográfica, utilizou os descritores MeSH: [Breastfe*] e [Infant] e [Health promotion] e [Nurs*] e [Parents] e [Road Safety].

Os próximos dois contextos de estágio decorrem em unidades de internamento. Sabe-se que a hospitalização de um filho é um processo de transição de saúde-doença que

acarreta uma elevada vulnerabilidade do papel parental.⁷¹ Cria instabilidade e desequilíbrio no sistema familiar, podendo desencadear uma situação de crise, pelo que é fulcral os pais serem integrados no processo de hospitalização.⁷¹

III.3. Na Unidade de Cuidados Intermédios Neonatais

O meu percurso na UCIN consistiu em dois períodos distintos com características e objetivos diferentes e específicos. O primeiro momento no contexto tinha como objetivo realizar o diagnóstico de situação, e decorreu entre 30 de janeiro de 2023 a 12 de fevereiro de 2023. O segundo período decorreu de 22 de maio de 2023 a 25 de julho de 2023.

- **Caracterização e Diagnóstico de Situação**

A UCIN encontra-se sediada num hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo. A unidade é uma sala open space com nove vagas (quatro incubadoras, sendo uma delas ocupada em situações de emergência, e cinco berços).

Na unidade, existe uma grande imprevisibilidade da afluência, resultando em períodos de sobrelotação. De forma a dar resposta às necessidades dos utentes abrangidos pela área de influência do hospital, o serviço dispõe de quatro incubadoras e quatro berços (que se encontram armazenados) que podem ser utilizados para dar resposta a necessidades pontuais, sempre acompanhados de reforço da equipa.

Fisicamente, a unidade é composta pela bancada de enfermagem e pela copa (onde o leite é preparado e onde se encontra disponível toda a medicação e materiais existentes). Além disso, existem vários cadeirões e cadeiras para a família, duas bancadas (para muda de fraldas com arrumação de roupas), uma banheira incorporada na bancada, uma banheira *shantala*, uma bancada de preparação de medicação e dois carrinhos de apoio aos cuidados com material de enfermagem e médico e roupa. A unidade dispõe ainda de um carro de urgência e uma incubadora de transporte (que inclui ventilador) para o transporte de RN do bloco de partos para a unidade de neonatologia.

Quando existem necessidades específicas de cuidados previamente identificadas pela equipa de obstetrícia a exercer funções no bloco de parto, a equipa de enfermagem da neonatologia é informada e acionada para prestação de cuidados imediatos ao RN no bloco de partos. Normalmente, estas situações tratam-se de partos pré-termos, partos gemelares, RN com patologias específicas diagnosticadas no período pré-natal ou

reanimação.

Ainda no mesmo espaço físico, mas já fora da unidade, existe uma sala de arrumos, uma sala de limpos, uma sala de sujos, uma sala de descanso para os pais e uma sala de cacifos para os pais.

Nesta unidade são preconizados os cuidados ao RN a partir das trinta e quatro semanas de idade gestacional. O serviço de obstetrícia em grávidas antes das 34 semanas opta pela transferência intrauterina. No entanto, quando esta opção já não é possível após o nascimento do RN, pressupõe-se a transferência inter-hospitalar.

A equipa é constituída por médicos pediatras, enfermeiros, auxiliares de ação médica e secretária de unidade. A equipa de enfermagem é constituída por 14 elementos, sendo seis EESIP e os restantes enfermeiros generalistas.

Na unidade, realizam-se três turnos (manhã, tarde e noite), sendo cada turno composto por dois enfermeiros. Como já foi referido anteriormente, em casos de extrema complexidade de cuidados, pode existir reforço da equipa de enfermagem.

A equipa médica apresenta bastante rotatividade entre serviços. No período da manhã até à hora de almoço é realizada uma visita clínica por dois ou três pediatras à unidade para observação dos RN. Após as treze horas, apenas o pediatra de urgência (com maior experiência em neonatologia) fica disponível, que é chamado à UCIN em situações clínicas que o justifiquem.

Relativamente ao acompanhamento, o RN pode estar sempre acompanhado pelos pais. As visitas na unidade de neonatologia têm horários específicos: das 12h às 14h horas e das 17h às 19h horas, salvo determinadas exceções analisadas em equipa.

- **Percurso de aquisição de competências**

A família na UCIN vive, frequentemente, uma realidade diferente da esperada e idealizada durante a gravidez. O EESIP tem a responsabilidade de envolver os pais após conhecer as suas necessidades e desejos, no processo de participação na tomada de decisão e nos cuidados.⁷²

Defini como objetivo específico para este estágio promover o desenvolvimento

infantil através de intervenções de enfermagem promotoras da parentalidade na UCIN. Para construir o meu projeto e ir ao encontro das necessidades das famílias acompanhadas na neonatologia, realizei no módulo I um levantamento de dados das necessidades dos pais dos RN internados UCIN.

Através do documento hospitalar intitulado “Ingresso das Necessidades” existente no serviço que deve ser preenchido pelos pais nas primeiras 24 horas após a admissão do RN na unidade. Foi realizado um relatório com as necessidades que os pais identificaram durante a primeira e segunda semana de estágio do módulo I (Apêndice DD). Ao analisar as respostas as dúvidas mais recorrentes estavam relacionadas com as necessidades básicas do RN. Nomeadamente aleitamento materno e artificial, manobra de *heimlich*, coto umbilical, cólicas, posicionamento do RN no berço, cuidados ao RN e segurança infantil.

Recorrendo à entrevista informal à orientadora clínica (Apêndice JJ), verificou-se a necessidade de trabalhar na informação disponível na unidade sobre a amamentação e manobra de *heimlich* para dar resposta às necessidades dos pais e uniformizar e atualizar algumas informações e folhetos existentes na unidade.

Para a obtenção da melhor evidência científica na prática de cuidados, foram realizadas diversas pesquisas eletrónicas através dos motores de pesquisa, concretamente nas bases de dados de produção e investigação científica na área das Ciências da Saúde e das Ciências da Enfermagem: CINAHL, Medline, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Google Académico. A estratégia de pesquisa bibliográfica utilizou os descritores MeSH: [Breastfe*] e [Infant] e [Health promotion] e [Neonatology] e [Nurs*] e [Parents] e [Premature].

As recomendações internacionais referem que a promoção da leitura é condição essencial para o desenvolvimento da literacia em saúde, e a investigação demonstra que deve ser associada à promoção de saúde e educação para a saúde das famílias.²⁴ A literacia em saúde dos pais ocupa um papel central, de forma a melhorar os resultados em saúde dos RN. ²⁴ Assim, na prestação de cuidados ao RN e com o objetivo de promover a parentalidade, foi elaborado um E-book sobre alimentação do RN (Apêndice FF) para atualizar e compilar os diversos documentos existentes no serviço e contribuir para a

literacia em saúde dos pais que visa a promoção da parentalidade.

O E-book foi apresentado a alguns elementos da equipa em PowerPoint (Apêndice GG), incluindo o elemento de chefia (oito elementos no total durante a passagem de turno, por preferência do serviço) nas últimas duas semanas de estágio e foi realizado um plano de secção para a formação (Apêndice II).

Esta apresentação, cujo relatório completo se apresenta em apêndice (Apêndice II), constitui um momento de análise, reflexão e aprendizagem extremamente importante com feedback positivo de todos os participantes. Destaca-se que 100% dos inquiridos avaliou com 5 valores a qualidade dos conteúdos da formação, 100% com 5 valores a clareza da matéria apresentada na formação e 75% atribuiu 5 valores à aquisição de novos conhecimentos.

Além disso, foi devolvido o documento pelos elementos que assistiram à formação com sugestões de melhoria. O E-book foi alterado conforme sugerido pela equipa e entregue na última semana em formato editável para validação superior.

De modo a dar resposta ao objetivo específico também foi preconizada a prestação de cuidados ao RN e família com enfoque na promoção da parentalidade. Esta nova fase de vida constitui um momento de maior fragilidade e stress, o que pressupõe uma maior atenção com a tríade. Este cuidado transcende a técnica — o EESIP desempenha um papel crucial ao reconhecer e atender às necessidades emocionais das famílias, enquadradas num ambiente não desejado e potencialmente assustador.

III.4. Na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

O meu percurso na UCIP foi dividido em dois períodos distintos com características e objetivos diferentes e específicos. O primeiro momento no contexto tinha como objetivo realizar o diagnóstico de situação, e decorreu entre 13 de fevereiro de 2023 a 24 de fevereiro de 2023. O segundo período decorreu de 26 de junho de 2023 a 29 de julho de 2023.

- **Caracterização e Diagnóstico de Situação**

O estágio foi realizado na UCIP de um Hospital Central da Região de Lisboa e Vale do Tejo. A UCIP integra o departamento da pediatria e presta cuidados médico-

cirúrgicos à criança/jovem em idade pediátrica com necessidade de cuidados intensivos ou intermédios. Esta é uma unidade polivalente e pluridisciplinar de referência de assistência ao neurotrauma grave.

A equipa da UCIP é constituída por pediatras com formação em cuidados intensivos, vinte seis enfermeiros (dois especialistas em enfermagem de reabilitação e dez EESIPs), assistentes operacionais e uma assistente técnica. A unidade ainda conta com o apoio de outros profissionais, entre eles fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, dietista, terapia da fala e assistente religioso. Para além dos profissionais mencionados, sempre que necessário é possível solicitar apoio das educadoras e dos professores do departamento de pediatria.

A unidade funciona todos os dias, 24 horas por dia. Os turnos dividem-se em: manhã, tarde e noite. A unidade é composta por três salas: uma sala de pressão negativa, com capacidade para dois utentes, uma sala com capacidade para um utente, e, por último, uma sala aberta, com capacidade para seis utentes. Cada unidade é constituída por uma cama hidráulica, uma estrutura metálica de suporte a seringas e bombas infusoras, sistema de monitorização cardíaca e hemodinâmica, sistema de gases e aspiração de vácuo, gavetas para arrumos, uma prótese ventilatória e um computador com acesso ao sistema de registos.

A unidade também dispõe de equipamento de apoio: um ventilador de transporte, um aparelho de óxido de nítrico, um ventilador de alta frequência, dois aparelhos de ventilação não invasiva, uma máquina de oxigenação por membrana extracorporeal (ECMO), um carro de urgência, um desfibrilhador, um aparelho portátil de radiografia, um ecógrafo, uma máquina de técnicas dialíticas, uma radiómetro e um fibroscópio.

Relativamente à presença dos pais na unidade, a mãe e o pai podem permanecer de forma contínua, exceto no período noturno, em que pode ficar apenas um. No entanto, em situações de internamentos prolongados ou em situações específicas com elevada gravidade, é possível permitir a permanência de ambos os pais no período noturno e de familiares relevantes para a criança/jovem.

- **Percurso de aquisição de competências**

Na UCIP, as crianças internadas encontram-se em estados clínicos que exigem

uma maior vigilância e cuidados de saúde mais exigentes. São, habitualmente, unidades com muitos dispositivos médicos, tecnologia e ruído. Os principais fatores geradores de medo durante a hospitalização da criança são a separação do seu ambiente, dos pais e das atividades habituais, a perda de controlo devido ao ambiente desconhecido e a alteração de rotinas.⁷³

Para além dos fatores geradores de medo, existem fatores psicológicos, sociais, ambientais e físicos que dificultam o exercício do papel parental e influenciam o exercício da parentalidade.³⁸ A descontinuidade na satisfação das necessidades biológicas, psicológicas e sociais dos pais, a mudança no padrão do papel desempenhado pelos pais, o aumento do grau de dependência da criança e o sentimento de culpa e de ansiedade na família podem ser fatores disruptores do exercício da parentalidade.³⁸

Para este contexto de estágio, defini como objetivo específico promover o desenvolvimento infantil através de intervenções de enfermagem promotoras da parentalidade na UCIP.

Ao realizar o levantamento das necessidades, consulte os documentos disponíveis no serviço. Existem dois folhetos para entregar aos pais/família das crianças na chegada à unidade, um só se aplica a crianças submetidas a ECMO. Descrevo e analiso os mesmos no apêndice (Apêndice JJ). O folheto entregue a todas as famílias na chegada à unidade é isento de intervenções de enfermagem que promovam o papel parental. Já o segundo folheto, realizado mais recentemente, apresenta informação dirigida aos pais com o intuito de promover o papel parental.

Do mesmo modo, foram consultados os registos de enfermagem com enfoque na promoção da parentalidade, descritos em apêndice (Apêndice JJ), sendo maioritariamente em nota escrita. Contudo, existem duas intervenções padronizadas relacionadas com a parentalidade: a presença dos pais e a relação família-doente. Ambas as intervenções não têm por base nenhuma taxonomia em enfermagem. Na curta análise, os registos sobre a promoção da parentalidade eram quase inexistentes. No entanto, através da observação na unidade era perceptível que este é um tema trabalhado nos cuidados à criança e família, apesar de não existir qualquer norma de serviço ou padrão de trabalho.

Sabe-se que os pais que vivenciam a hospitalização de um filho sentem stress pela presença da doença, bem como pelo papel que têm de assumir nos cuidados.⁷⁴ Neste

sentido, a sua experiência perante esta transição é marcada por medo, apreensão, angústia, sentimentos de ansiedade, culpa e incompetência.³⁹ Quando existe o internamento de uma criança, os pais têm a difícil tarefa de lidar com as suas próprias preocupações e medos, e, simultaneamente, proporcionar apoio e conforto à criança, pois esta passa a estar inserida num ambiente estranho, onde interage com pessoas desconhecidas, é exposta a rotinas e eventuais procedimentos invasivos que podem estar associados a dor e desconforto.³⁹

Com a minha observação e com a entrevista realizada ao orientador clínico (Apêndice KK), este tema revelou-se digno de trabalho. Após uma reunião informal com a enfermeira-gestora do serviço e o orientador clínico, optou-se por realizar um novo folheto para entregar aos pais sobre a parentalidade positiva durante o internamento na UCIP.

Afinal, os pais são elementos-chave na forma como as crianças enfrentam a hospitalização, através do estímulo do desenvolvimento de habilidades e apoio emocional que lhes proporcionam.⁷⁴ No entanto, cada família tem necessidades diferentes no que se refere à hospitalização da criança, pelo que se impõe a necessidade de uma abordagem individualizada, com vista à identificação das necessidades reais de cada família, direcionando os cuidados respeitando os seus limites.²⁸

Assim, é fundamental que o EESIP apoie os pais durante as transições do ciclo de vida e desenvolvam intervenções individualizadas a cada criança e família que promovam a parentalidade com o objetivo de dotar os pais de competências e de conhecimentos, mesmo durante situações de hospitalização. A realização deste folheto, com acréscimo de atitudes promotoras da parentalidade espero ter sido uma mais-valia para a unidade, uma vez que aquando da entrega do relatório ainda não tinha sido finalizado nem apresentado formalmente à equipa.

III.5. Uma Reflexão Crítica Sobre O Desenvolvimento De Competências De Um Saber Especializado

Após expor as atividades realizadas nos contextos de estágio, parece-me pertinente fazer uma reflexão crítica e analítica de modo a garantir que, no término do MESIP, tenho as competências esperadas e exigidas para mestre e EESIP. Sabendo que este é um caminho que necessita de constante desenvolvimento, estou ciente de que as

competências nunca estarão adquiridas na totalidade, necessitando de ser trabalhadas e aperfeiçoadas diariamente na prática de cuidados. Iniciarei esta análise pelas competências comuns do EE⁸.

A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal⁸

No que diz respeito ao domínio A, desenvolver uma prática ética e legal que nos cuidados respeita os direitos humanos e a responsabilidade profissional, primo pelo desenvolvimento da mesma em todo o meu percurso pessoal, profissional e acadêmico.

O MESIP deu-me a possibilidade de analisar a evidência científica mais atual na área da enfermagem e mais especificamente na criança/jovem. Permitiu-me refletir sobre a minha prática de cuidados e olhar para a criança/jovem e família com uma visão mais holística e enquadrar os seus direitos legais.

Compreender as características de desenvolvimento e as necessidades individuais da criança/jovem, permite-me prestar cuidados de excelência e garantir um exercício seguro da profissão. Assim, respeito os direitos humanos, a dignidade da criança/jovem, levando-os sempre em conta na tomada de decisão os princípios éticos, legais e deontológicos da profissão.

Este é um domínio que tenho vindo a aprimorar no meu percurso profissional, apesar de considerar que está consolidado. Necessita, ainda assim, de constante atenção, até pelas alterações legais que constantemente vão surgindo.

B – Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade⁸

Na prática profissional, procuro ter um papel dinamizador no desenvolvimento de estratégias de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. No entanto, no meu percurso profissional, esta é uma competência que ainda apresenta alguns défices por falta de oportunidades que considero essenciais para poder adquiri-las.

No meu percurso académico, tive a oportunidade de desenvolver esta competência, nomeadamente na USF, com um projeto pensado para melhorar os cuidados prestados pela equipa às crianças e famílias, utilizando a metodologia de análise SWOT, e a realização de uma revisão integrativa da literatura para posteriormente publicar. Apesar de todos os desenvolvimentos conseguidos e de considerar que integrei estas

competências, pretendo continuar a construir este domínio.

C - Domínio da Gestão dos Cuidados⁸

Durante a minha prática profissional, esta é uma das competências que tenho vindo a exercer e a aprimorar. Sendo a área de gestão uma área do meu interesse pessoal, decidi ingressar numa pós-graduação em competências de gestão em enfermagem (Anexo II).

Considero o domínio da gestão dos cuidados uma área em constante construção e exige de nós, especialistas, uma atenção redobrada, pois vários fatores que contribuem diretamente para a mesma estão em constante mudança. O MESIP contribuiu positivamente para aprimorar esta competência, nomeadamente a componente teórica relacionada com a área da gestão e liderança e, posteriormente, o desenvolvimento do meu trabalho de projeto.

Para além disso, ao longo do MESIP, refleti que mesmo trabalhando num serviço de adultos em que a criança não é o centro dos cuidados, por vezes existe a necessidade de ser internada no serviço. Percebi que a equipa de enfermagem que integro considera-me um elemento cujos conhecimentos e competências, embora em desenvolvimento, encontram-se a caminhar para o nível de EEESIP, uma vez que me procuram para discutir ideias e para refletir sobre os cuidados a estas crianças e famílias.

D - Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais⁸

Ser enfermeiro envolve a busca contínua do conhecimento, pois só assim conseguimos prestar os melhores cuidados e de acordo com a melhor prática baseada na evidência. Uma das premissas que rege a minha prática, é, sem dúvida, a busca contínua de conhecimentos científicos e técnicos que sustentem as minhas ações e cuidados de qualidade.

Neste sentido, tenho vindo a procurar desenvolver estas competências. Contudo, o ingresso no MESIP contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional. A componente teórica permitiu-me refletir acerca do papel do enfermeiro na prestação de cuidados e aumentar os meus conhecimentos para melhorar a prática clínica.

Neste sentido, com a realização de todos os ensinamentos clínicos, tive a oportunidade

de integrar novas equipas e conhecer novos profissionais, o que me levou a analisar a prática de enfermagem, e refletir sobre a minha própria atuação, bem como estratégias de melhoria individual. Para além disso, ser um elemento dinamizador na equipa e colaborar com novas informações científicas e atualizadas para a prática de enfermagem do serviço de acordo com as atividades realizadas por mim nos diferentes contextos. Feita esta breve consideração, passo agora a analisar as competências específicas do EESIP.²²

E1 - Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde²²

Em todos os contextos de estágios desenvolvi a competência E1 através dos cuidados prestados em parceria com a criança/jovem e família e das atividades promotoras da parentalidade, objetivo ao qual propus-me realizar.

Ao cuidar da criança/jovem e família, regendo-me pelo modelo de Anne Casey, assumo como prioridade promover o respeito pela identidade familiar, ainda mais evidente em situações em que existe alteração do papel parental, como a hospitalização. Neste sentido, procurei com a minha intervenção e atividades realizadas fortalecer os vínculos e as funções parentais durante os processos de transição à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis, levando sempre em conta a criança/jovem e família na tomada de decisão e negociação do plano de cuidados, criando um ambiente terapêutico que promova a maximização da saúde.

Ao longo das diferentes relações terapêuticas estabelecidas, a minha comunicação com a criança/jovem e família foi ao encontro da sua faixa etária, bem como do nível de literacia dos mesmos. Adaptando os processos de comunicação com as crianças/jovens e os pais, utilizando uma linguagem técnica quando necessário, mas priorizando uma linguagem simples e objetiva, de acordo com a idade e fase de desenvolvimento de cada criança/jovem. Todos os momentos foram oportunos para capacitar os pais, quer em consultas no âmbito do PNSIJ, quer perante os processos específicos de doença da criança/jovem.

Desta forma, ao longo de todos os contextos de estágios foi possível a promoção dos cuidados antecipatórios, deixando inclusive alguns documentos para posteriormente serem utilizados pela equipa de enfermagem, quer na formação dos pais, quer dos cuidadores destas crianças/jovens. Desenvolvi esta competência do EESIP também pelo

trabalho que realizei em parceria com agentes na comunidade, especialmente em casos de crianças com necessidades especiais.

E2- Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade²²

Na EIHSCPP, na UCIN e na UCIP tive a oportunidade de prestar cuidados a RN/crianças/jovens com instabilidade clínica, mobilizando conhecimentos adquiridos através da componente teórica do mestrado e estudo autônomo.

Infelizmente, a morte é uma realidade presente em todas as faixas etárias, incluindo na criança/jovem. O EESIP, através do estudo dos processos de luto, pode ser um elo fundamental para trabalhar com os pais e os irmãos. Na EIHSCPP, tive a oportunidade de trabalhar o luto com duas famílias, bem como realizar uma consulta de luto após a morte da criança.

A gestão da dor foi outra das competências trabalhadas no meu percurso em todos os campos de estágio através da utilização pertinente e adequada de medidas não farmacológicas e farmacológicas para controlo da dor, assegurando a aquisição desta competência.

Durante o processo de saúde-doença, os pais vivem sentimentos de instabilidade no seu papel parental, pelo que, como EESIP, devemos promover a adaptação ao mesmo com as mínimas consequências possíveis para a família. Assim, é importante quer capacitar os pais sobre a doença, sintomatologia, quer também as escolas e instituições onde estas crianças estão inseridas. Este foi um dos focos das minhas atividades, nomeadamente na EIHSCPP e UCIN.

E3 - Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem²²

Ao longo dos meus ensinamentos clínicos, numa perspetiva de parceria de cuidados, tive como objetivo promover o desenvolvimento e crescimento infantil, levando sempre em conta a identidade cultural de cada família. Assim, considero que como EESIP, adquiri esta competência, pois em todos os campos de estágio prestei cuidados à criança/jovem e família para promover o desenvolvimento e crescimento infantil adequado.

A UCIN é um ambiente de eleição para a promoção da vinculação com o RN. Durante o meu período de ensino clínico, fiz questão de incentivar a interação precoce e a ligação entre pais e filhos. Especificamente, concentrei-me em momentos como os cuidados de higiene, a pesagem, o contacto pele a pele e a promoção do aleitamento materno. Em todas essas ocasiões, o meu objetivo foi capacitar os pais para o desenvolvimento de competências parentais, tendo em vista as necessidades do RN. Porém, considero a promoção da vinculação e da parentalidade uma das esferas de atuação do EESIP, e esta deve ser o foco de atenção em todos os contextos.

Durante o meu trabalho com adolescentes, especialmente nas consultas no âmbito do PNSIJ, procurei encorajar a expressão de suas emoções e fortalecer a autoestima. Além disso, enfatizo a importância da negociação com o adolescente com vista à mudança de comportamentos pouco saudáveis em detrimento da adoção de comportamentos saudáveis.

Paralelamente, trabalhei as competências de mestre, e, ao longo dos ensinamentos clínicos, foi desenvolvido o presente relatório, para ser apresentado e discutido em provas públicas, cumprindo assim os objetivos alcançados para a obtenção do grau de mestre.

Em suma, ao longo desta jornada, desenvolvi as competências tanto gerais como específicas do EESIP, e, ao mesmo tempo, as competências de mestre, as quais são evidenciadas no presente relatório. No entanto, estando o conhecimento, a enfermagem e os próprios serviços em constante movimento e atualização, este é um trabalho que precisa de ser contínuo e nunca dado por finalizado.

IV. Considerações Finais

Através deste trabalho, foi possível refletir sobre a prática de enfermagem e o papel do EESIP na promoção da parentalidade e a parentalidade positiva nos diferentes contextos de saúde. Sabendo que a construção de um projeto pode ser um caminho difícil e repleto de dúvidas, além de estar sujeito a retrocessos e reformulações. Por isso, é fundamental ser persistente e estar consciente da importância deste trabalho para o autoconhecimento e a estruturação enquanto EESIP.

A escolha da temática está diretamente relacionada com a área de estudo do meu interesse, que nasceu a partir da minha experiência individual, já que a minha vivência na pediatria é limitada. Os ensinamentos clínicos tão diferentes permitiram trabalhar a promoção da parentalidade em várias perspectivas. Como EESIP, temos competências acrescidas para desenvolver uma prática de cuidados especializada, com impactos positivos na vida da criança, família e sociedade.

O tempo destinado a cada contexto acaba por ser curto, o que pode levar à desmotivação pela dificuldade na observação de resultados a médio e longo prazo. Destaco também como principais desafios a gestão do tempo, pois torna-se complicado conciliar a vida pessoal, profissional e os ensinamentos clínicos com a vontade intensa de aprender. Além disso, é importante ressaltar a escassez de artigos sobre parentalidade positiva realizados em Portugal. Isso identifica uma área ou tema a ser explorado em futuros estudos e projetos pessoais.

Ao aplicar as atividades propostas, podemos padronizar e melhorar os cuidados prestados à criança, à família e à equipe de enfermagem, com grandes ganhos em saúde. O enquadramento teórico foi um pilar fundamental para sustentar o trabalho desenvolvido, justificando a sua importância e relevância.

A aplicação das atividades propostas pode ajudar as crianças/jovens, as famílias e as equipes de enfermagem a padronizar os cuidados e a prestar cuidados de excelência e baseados na evidência. Sabemos que qualquer processo de transição pode ser um desafio, seja o nascimento de um filho, uma doença sem cura ou uma hospitalização. São situações que causam stress e medo, mas que se tornam mais fáceis quando o enfermeiro tem competências acrescidas para lidar com elas.

O enfermeiro deve ser capaz de atender às necessidades da criança/jovem e família, independentemente da estrutura familiar subjacente. É sua responsabilidade avaliar a estrutura familiar e contribuir para a promoção da parentalidade em todas as situações.

Com este relatório, o meu objetivo foi evidenciar a importância e pertinência da promoção da parentalidade e da parentalidade positiva para a criança/jovem e família. Ficou evidente que estas devem ser um foco central na prestação de cuidados em enfermagem, especialmente para o EESIP, que é detentor de competências acrescidas para a sua operacionalização.

Todo este processo teve como pilar teórico a teoria das transições de Afaf Meleis e o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey e os resultados das pesquisas efetuadas nas bases de dados. Só assim foi possível apresentar um relatório complexo, individual, e corretamente fundamentado, contribuindo para o desenvolvimento da prática baseada na evidência científica.

Não almejando a perfeição, porque não é nela que o sentido da prática de Enfermagem Especializada em Saúde Infantil e Pediatria se centra, procuro o constante desafio que as diferentes situações da prática me exerceram, a fim de mobilizar e aperfeiçoar as competências adquiridas no MESIP. Desta forma, pretendo ser capaz de manter-me no trilho da qualidade, cuidando de forma cada vez mais competente e positiva.

A curto e médio prazo abraço um novo desafio profissional proposto pela minha entidade empregadora. Consiste em realizar consultas a crianças, jovens e as suas famílias que estão em processo de recuperação após doença oncológica. No futuro, desejo continuar a promover a parentalidade positiva e desenvolver pesquisas nessa área, utilizando-as como uma valiosa ferramenta na minha área profissional e pessoal.

Em suma, após a realização deste projeto, sou detentora de mais ferramentas para impulsionar o meu percurso como EESIP, mas com um grande desafio pela frente. É importante lembrar que o percurso profissional como EESIP não é estanque e deve ser marcado pela constante procura de conhecimento e evolução profissional.

V. Referências Bibliográficas

- 1- Ordem dos Enfermeiros. Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização (Cadernos OE/Série I/Número 8/): OE; 2015 [internet]. [citada 2022 de novembro de 22]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadedpositiva_vf.pdf
- 2- Conselho Internacional de Enfermeiros. CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Lusodidata, 2016
- 3 - Barroso R G, Machado C, Pluciennik G A, Lazzari M C, Chicaro M F, organizers. Fundamentos da família como promotora do desenvolvimento infantil: parentalidade em foco. São Paulo, SP(BR): Fundação Maria Cecília Souto Vidigal; 2015. p. 16-32.
- 4 - Callejas E, Byrne S, Rodrigo M J. Feasibility and Effectiveness of “Gaining Health & Wellbeing from Birth to Three” Positive Parenting Programme. Psychosocial Intervention. [Internet]. 2020; [cited 2023 abril 19]; 30(1):35-45. Available from: <https://doi.org/10.5093/pi2020a15>
- 5 - Schmidt B, Staudt A C P, Wagner A. Intervenções para promoção de práticas parentais positivas: uma revisão integrativa. Contextos Clínicos. [Internet]. 2016. [cited 2023 abril 18]; 9(1) Available from: <http://doi.org/10.4013/ctc.2016.91.01>» <http://doi.org/10.4013/ctc.2016.91.01>
- 6 - Guisso L, Bolze S D A, Viera M L. Práticas parentais positivas e programas de treinamento parental: uma revisão sistemática da literatura. Contextos Clínicos [Internet]. 2019 [cited 2023 abril 19]; 12(1):226-55. Available from: <https://doi.org/10.4013/ctc.2019.121.10> » <https://doi.org/10.4013/ctc.2019.121.10>
- 7 - Santos K F, Reis M A, Romano M C C. Parenting practices and the child’s eating behavior. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2021 [cited 2023 junho 29]; 30:e20200026. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0026> » <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0026>

8 - Regulamento nº140/2019. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista – Diário da República. 6 de Fevereiro de 2019. [internet]. [citada em 2023 de Março de 22] Available from: <http://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

9 - Ordem dos Enfermeiros. Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (Cadernos OE/Série I/Número 3/Volume I) – Promover o Desenvolvimento Infantil na Criança: OE; 2010 [internet]. [citada 2023 de novembro de 23]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf

10 - Ramos, A, Barbieri-Figueiredo, M. Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem. 1ª ed. Lisboa: Lidel; 2020

11 - Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica OE; 2017 [internet]. [citada 2022 de novembro de 30]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf

12 - Relvas A P. O ciclo vital da família: perspetiva sistémica. Porto: Edições Afrontamento; 2006.

13- Alarcão M. (Des)equilíbrios familiares: uma visão sistémica. 2002.

14 - Projeto de lei n.º 402/VIII lei de bases da família Aprovado por unanimidade a 3 de Abril de 2001. Disponível em: <https://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c315a4a53556c4d5a5763765247396a6457316c626e527663306c7561574e7059585270646d4576596a557a4e5468685a6a6b744e6a646a4d4330304e6d45794c574977595455744d6d5579596a63784e6d566b5a57597a4c6d527659773d3d&fich=b5358af9-67c0-46a2-b0a5-2e2b716edef3.doc&Inline=true>

- 15 - Caniço H. Os novos tipos de família e novo método de avaliação em saúde da pessoa – apgar saudável [tese de doutoramento]. [Coimbra]: Universidade de Coimbra; 2014
- 16 - HOUZEL D. As implicações da parentalidade. Ser pai, ser mãe. Parentalidade: um desafio para o terceiro milênio. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004
- 17 - Leal I, Pedrosa A A, Al E. Psicologia da gravidez e da parentalidade. Lisboa: Fim De Século; 2005
- 18 - Miccas F L, Batista S H S da S. Educação permanente em saúde: metassíntese. Revista de Saúde Pública [Internet]. 2014 Feb [cited 2023 junho 29];1;48:170–85. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2014.v48n1/170-185/pt/>. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004498>
- 19 - Tralhão F, Rosado AF, Gil E, Amendoeira JA, Ferreira R, Silva M. A FAMÍLIA COMO PROMOTORA DA TRANSIÇÃO PARA A PARENTALIDADE. Revista da UI_IPSantarém [Internet]. 2020 Apr 11 [cited 2023 Jan 25];8(1):17–30. Available from: <https://revistas.rcaap.pt/uiips/article/view/19874/15100>
- 20 - Eronen, R, Pincombe J, Calabretto, H. Support for stressed parents of young infants. Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing. [Internet]. 2007 [cited 2023 junho 29]; 10(2), 20-27. Available from: https://www.researchgate.net/publication/261099937_Support_for_stressed_parents_of_young_infants.
- 21 - Lopes MS, Catarino H, Dixe MA. Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão Sistemática da literatura. Revista de Enfermagem Referência. 2010 Jul 1; [cited 2023 maio 29] III Série(no 1):109–18. Available from: https://www.researchgate.net/publication/262429135_Parentalidade_Positiva_e_Enfermagem_Revisao_Sistematica_da_literatura Doi: 10.12707/RII1047
- 22 - Regulamento nº422/2018. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Diário da República, 12 de Julho de 2018

[Internet]. [Citado em 2023 de março de 26]. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

23 - Lowdermilk D, Perry S. Enfermagem na maternidade. 7ª edição. Camarate: Lusodidacta; 2008.

24 - Resende A, Figueiredo M. Práticas de literacia familiar: uma estratégia de educação para a saúde para o desenvolvimento integral da criança. Portuguese Journal of Public Health. 2018; [cited 2023 maio 29] 36(2):102–13. Available from: <https://karger.com/pjp/article/36/2/102/274947/Praticas-de-literacia-familiar-uma-estrategia-de> Doi: <https://doi.org/10.1159/000492265>

25 - Direção-Geral da Saúde. Plano de ação para a literacia em saúde health literacy action plan Portugal [Internet]. 2019. [cited 2023 maio 29] Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>

26 - Goes A R. Literacia em saúde parental: dos fundamentos às intervenções. 2019 Nov; [cited 2023 maio 29]. Available from: <https://journals.ipl.pt/stecnologia/article/view/531> Doi: <https://doi.org/10.25758/set.2237>

27 - Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de dezembro 2011 emitido pelo: Ministérios das Finanças e da Saúde. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/306-a-2011-477277>

28 - Antão C, Rodrigues N, Sousa F, Anes E, Pereira A. Hospitalização da criança: sentimentos e opiniões dos pais. International Journal of Developmental and Educational Psychology Revista INFAD de Psicología. 2018 Apr 29; [cited 2023 maio 29]. 2(1):125. Doi: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v2.1201>

29 - Despacho n.º 24101/2007, de 22 de outubro do Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro (2007) Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/24101-2007-1417164>

30 - Meleis, A. *Theoretical Nursing: Development & Progress* (5ª edição). Philadelphia: Lippincott Co; 2012

31 - Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, Lisboa: DGS; 2017. [internet]. [citada 2022 de novembro de 22]. Available from: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>

32 - www.studiogt.com.br SD de sites-. O Bebê Prematuro - Prematuridade - ONG Prematuridade.com [Internet]. www.prematuridade.com. [cited 2023 Jul 17]. Available from: <https://www.prematuridade.com/institucional-paginas/interna/o-bebe-prematuro>

33 - Instituto Nacional de Estatística, I.P. Estatísticas Demográficas -2020. 2021 [cited 2023 maio 29]. Available from: file:///C:/Users/Admin_User/Downloads/ED2020.pdf

34 - Anominondas KC, Santos AMD, Martins CCF, Alves KYA, Salvador PTC de O, Oliveira LV e. A vivência de pais de recém-nascidos prematuros internados em unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*. 2021 Sep 23; [cited 2023 maio 29]. 11(35):309–16. Doi: 10.24276/rrecien2021.11.35.309-316

35 - Camargo Medeiros C, Honorato Franzoi MA, Oliveira Silveira A. Cuidado parental e promoção do desenvolvimento infantil no contexto da prematuridade. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2020 Dec; [cited 2023 abril 26]. 33((Supl.)):1–10. Doi: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/11656>

36 - Norén J, Nyqvist KH, Rubertsson C, Blomqvist YT. Becoming a mother – Mothers' experience of Kangaroo Mother Care. *Sexual & Reproductive Healthcare* [Internet]. 2018 Jun; [cited 2023 maio 25]. 16:181–5. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187757561730263X>. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.srhc.2018.04.005>

37 - Heydarpour S, Keshavarz Z, Bakhtiari M. Factors affecting adaptation to the role of motherhood in mothers of preterm infants admitted to the neonatal intensive care unit: a

qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*. 2016 Sep 23;73(1):138–48. Doi: <https://doi.org/10.1111/jan.13099>

38 - Rodrigues JIB, Fernandes SMGC, Marques GF dos S. Preocupações e necessidades dos pais de crianças hospitalizadas. *Saúde e Sociedade* [Internet]. 2020 Apr 30; [citado 13 de junho de 2023];29:e190395. Available from: <https://scielosp.org/article/sausoc/2020.v29n2/e190395/https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190395>

39 - Rodrigues JIB, Fernandes SMGC, Marques GF dos S. Preocupações e necessidades dos pais de crianças hospitalizadas. *Saúde e Sociedade* [Internet]. 2020 Apr 30; [cited 2023 junho 13];29:e190395. Available from: <https://scielosp.org/article/sausoc/2020.v29n2/e190395/> Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190395>

40 - Correia Jerónimo Pedroso RM. Impacto da parceria de cuidados para a criança hospitalizada e sua família. *International Journal of Developmental and Educational Psychology Revista INFAD de Psicología*. 2017 Nov 4; [cited 2023 junho 1] 3(1):225. Doi: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n1.v3.991>

41 - Texto completo da Convenção sobre os Direitos da Criança | UNICEF Angola [Internet]. www.unicef.org. [cited 2023 julho 13]. Available from: <https://www.unicef.org/angola/texto-completo-da-convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>

42 - Vaz J, Alves R, Ramos V. Advantages of the presence of the family in pediatric resuscitation or in painful procedures. *Enfermeria Global*. 2016; [cited 2023 julho 13].15(1):399-409. Available from: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n41/pt_revision4.pdf

43- Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos 2021-2022 Comissão Nacional de Cuidados Paliativos [Internet]. Available from:

https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/PEDCP-2021_2022.pdf

44 - International Children's Palliative Care Network. Declaration of Cape Town. <http://www.icpcn.org/the-icpcn-declaration-of-cape-town/>. Published 2009. Accessed November 3, 2019.

45 - Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition Global Atlas of Palliative Care at the End of Life Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition [Internet]. 2014. Available from: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3)

46 - Collingridge D. 10th Congress of the European Association of Palliative Care, Budapest, Hungary; June 7–9, 2007. *The Lancet Oncology*. 2007 Jul;8(7):582. Doi: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(07\)70199-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(07)70199-7)

47 - Lacerda, A. F. (Coordenadora). Cuidados Paliativos Pediátricos Relatório do Grupo de Trabalho do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde [Internet]. Lisboa: Cuidando Juntos; 2014 [citada 2023 de maio de 15] Available from: https://www.spp.pt/UserFiles/file/Comissoes_SPP/RelatOrio%20do%20GdT%20de%20CPP.pdf

48 - Wolff J, Wolff B. Quality of death in children: Where is it higher-at home or in the hospital? *Pediatric Blood & Cancer*. 2008 Feb 13; 50 (5):945–946. [citada 2023 de maio de 12] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18273872/>. Doi: 10.1002/pbc.21517

49 - Bluebond-Langner M, Beecham E, Candy B, Langner R, Jones L. Preferred place of death for children and young people with life-limiting and life-threatening conditions: A systematic review of the literature and recommendations for future inquiry and policy. *Palliative Medicine*. 2013 Apr 23;27(8):705–713. [citada 2023 de maio de 20] Available

from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23612958/>. Doi: 10.1177/0269216313483186

50 - Vickers J, Thompson A, Collins GS, Childs M, Hain R. Place and Provision of Palliative Care for Children With Progressive Cancer: A Study by the Paediatric Oncology Nurses' Forum/United Kingdom Children's Cancer Study Group Palliative Care Working Group. *Journal of Clinical Oncology*. 2007 Oct 1;25(28):4472–6. [citada 2023 de junho de 20] Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17906208/>. Doi: 10.1200/JCO.2007.12.0493

51 - Verri ER, Santana Bitencourt NA, da Silva Oliveira JA, dos Santos Júnior R, Silva Marques H, Alves Porto M, et al. Nursing Professionals: Understanding about Pediatric Palliative Care. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE [Internet]*. 2019 Jan [cited 2023 Mar 8];13(1):126–36. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=134018737&lang=pt-pt&site=ehost-live>

52 - Rama D, Lourenço M. Cuidados paliativos pediátricos: necessidades específicas da criança e família e respetivo papel do enfermeiro. *Sinais Vitais* 120, 34–40 (2015). [cited 2023 de junho 13]. Available from: https://www.sinaisvitais.pt/images/stories/revista/RSV120_net.pdf

53 - Loureiro FM, Antunes AV dos RA, Charepe ZB. Theoretical nursing conceptions in hospitalized child care: scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]*. 2021; [cited 2023 julho 13].74(3). Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Y4mcdwRLQPB6V8W8mT96RLQ/?format=pdf&lang=pt> Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0265>

54 - Diogo, P, Vilelas, J., Rodrigues, L, Almeida, T. Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Pensar Enfermagem [internet]* 2016 Vol. 20 N.º 2. [citada 2023 de janeiro de 26]. Available from: *Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica:*

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23729/1/Doc2_26_47.pdf

55 - Meleis, A. Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. Nova Iorque: Springer Publishing Company; 2010.

56 - Santos E, Marcelino L, Abrantes L, Marques C, Correia R, Coutinho E, Azevedo I. O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. Rev. Mill [Internet]. 2016 [cited 2023 julho 3]; (49):153-71. Available from: <https://revistas.rcaap.pt/millennium/article/view/8083>

57 - Lima CF da M, Santos JLG dos, Magalhães ALP, Caldas CP, Erdmann AL, Santos ID. Integrando a Teoria das Transições e a Teoria Fundamentada nos Dados para pesquisa/cuidado de enfermagem [Integrating Transitions Theory and Grounded Theory for nursing research and care]. Revista Enfermagem UERJ. 2016 Oct 31;24(5). Doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.19870>

58 - Costa LGF. Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. Enfermagem Brasil [Internet]. 2016 Oct 27; [cited 2023 julho 3]. 15(3):137–45. Available from: <https://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/181/1538> Doi: <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>

59 - Queiroz A A, Meireles M A, Cunha, S. R. Investigar para Compreender. 1ªed. Lisboa: Lusociência. 2007

60 - Mendes M, Martins M. Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. Revista de Enfermagem Referência. 2012 Mar 31;III Série(no 6):113–21. Doi: 10.12707/RIII1144

61 - Ordem dos Enfermeiros. Parecer N.º 6/2012 – Formação sobre massagem para pais com os filhos internados na unidade de cuidados intensivos neonatais. [internet] 2012 [citada 2023 de janeiro de 23]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESIP_Parecer_6_2012_Formacao_para_pais_com_os_filhos_internados.pdf

62 - Casey, A. Development and use of the partnership model of nursing care. In E. Glasper & A. Tucker (Ed.), *Advances in Child, health nursing*. London: Scutari Press; 1993

63 - Barbieri-Figueiredo M do CA. Cuidados centrados na família: do discurso à prática. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2015 Dec; [citada 2023 de janeiro de 23].28(6):3–4. Doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500083>

64 - Marston J, Boucher S, Downing J. International Children’s Palliative Care Network: A Global Action Network for Children With Life-Limiting Conditions. *Journal of Pain and Symptom Management* [Internet]. 2018 Feb 1 [cited 2022 de dezembro de 14];55(2): S104–11. Available from: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(17\)30368-8/fulltext](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(17)30368-8/fulltext). Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.03.024

65 - Pinho A, Nascimento I, Ramos I, Repercussões dos cuidados paliativos pediátricos: revisão integrativa. *Rev. Bioét. Referencia* [Internet]. 2020 [citada em 17 de fevereiro de 2023] Available from: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/K67MZrxqLTFNvMzSXpY7gz/?lang=pt>

66 - Verri ER, Santana Bitencourt NA, da Silva Oliveira JA, dos Santos Júnior R, Silva Marques H, Alves Porto M, et al. Nursing Professionals: Understanding about Pediatric Palliative Care. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE* [Internet]. 2019 Jan [cited 2023 de Março 8]; 13(1):126–36. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=134018737&lang=>

67 - Figueredo-Borda N, Ramírez-Pereira M, Nurczyk S, Diaz-Videla V. Modelos y teorías de enfermería: sustento para los cuidados paliativos. Enfermería: Cuidados Humanizados [Internet]. 2019 Aug 17; 1 [cited 2022 de dezembro de 14] 8(2). Available from: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v8n2/2393-6606-ech-8-02-22.pdf>. Doi: <https://doi.org/10.22235/ech.v8i2.1846>

68 -Nogueira A, Francisco R. Auto-avaliação da qualidade de vida familiar em cuidados paliativos pediátricos: um estudo exploratório. Revista de Cuidados Paliativos. [internet] 2017 [citada a 2023 de Janeiro de 20] Available from: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/22931/1/Nogueira%20%26%20Francisco%202017%20CP.pdf>

69 - Parecer do conselho de enfermagem Nº 53/2021. Quais os princípios orientadores que suportam a consulta de enfermagem e a teleconsulta de enfermagem? [Internet]. 2020 [cited 2023 julho 10]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21447/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf

70 - Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, norma nº10/2013, de 31 de maio. Lisboa: DGS; 2013. [internet]. [citada 2022 de novembro de 20]. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>

71 - Pedroso R. Impacto da Parceria de Cuidados para a Criança Hospitalizada e a sua Família. Revista de Psicologia. [internet] 2017 Nº1 - Monográfico 2 [citada a 2023 de Janeiro de 29] Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349853365023.pdf>

72 - Silva M. Barroso M. Abreu M. Oliveira S. Experiência de pais com filhos recém-nascidos hospitalizados. Revista de Enfermagem Referência [internet] 2009 [citada a

2023 de fevereiro de 15]. Available from: <http://www.index-f.com/referencia/2009pdf/11-3746.pdf>

73 - Ordem dos Enfermeiros. Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (Cadernos OE/Série I/Número 3/Volume II) – Promover o Desenvolvimento Infantil na Criança: OE. [internet] 2011 [citada 2023 de janeiro de 23]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8906/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticaceesip_volii.pdf

74 - Schneider CM, Galery Medeiros L. Criança hospitalizada e o impacto emocional gerado nos pais. Uno.&Cien. [Internet]. 26 de janeiro de 2012 [citado 13 de julho de 2023];2(2):140-55. Available from: <https://periodicos.unoesc.edu.br/achs/article/view/741>

Apêndices

Apêndice A - Breve Descrição da Participação no Curso Básico em Cuidados Paliativos Pediátrico

Breve Descrição da Participação no Curso Básico em Cuidados Paliativos Pediátrico

Durante o mês de março de 2023 realizei o Curso Básico em Cuidados Paliativos Pediátricos. O curso tem a duração de 25 horas e é desenvolvido pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos em parceria com os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. A obtenção do certificado do curso consiste na obtenção de resultado positivo numa prova realizada online.

Este curso tem como objetivo transmitir conhecimentos e experiências que permitam aos profissionais reconhecer a complexidade da abordagem à criança e à sua família com necessidades de cuidados paliativos.

No âmbito do MESIP com o intuito de aprofundar os meus conhecimentos na área dos cuidados paliativos pediátricos e com enfoque na capacitação parental optei como complemento na realização deste curso.

Este curso ajudou a ter uma visão da prestação de cuidados aos doentes e suas famílias em situação de doença avançada ou incurável, garantindo a melhoria da qualidade de vida e prevenção do sofrimento.

Com especial enfoque na capacitação parental ao longo dos vários módulos do curso foi possível identificar estratégias que são utilizadas pelas equipas de paliativos e descritas na literatura para capacitar os pais/cuidadores das crianças a lidarem com todo este processo. Sendo assim um complemento às minhas pesquisas e experiência de ensino clínico.

Apêndice B - Entrevista Informal à Enfermeira da EIHSCPP

Entrevista informal à enfermeira da EIHSCPP

No dia 3 de janeiro de 2023 pelas 14 horas foi realizada uma entrevista informal no âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I à enfermeira da EIHSCPP de um Hospital Central da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Esta entrevista teve a duração de aproximadamente 45 minutos e incluíam as seguintes questões:

- Por quem é constituída a equipa e como funciona?
- Quais as maiores dificuldades que a EIHSCPP sente na gestão de cuidados?
- Quais as maiores dificuldades que são sentidas pelos pais na prestação de cuidados em casa e como a EIHSCPP poderá facilitar a capacitação parental?
- Como poderão melhorar a qualidade de vida do cuidador das crianças que são acompanhadas pela equipa?

Respostas:

- Pergunta 1:

A Equipa é constituída por 1 enfermeira, 2 médicas, 1 psicóloga e 1 assistente social. Tem estrutura física nas consultas externas de pediatria. Funciona 3 dias por semana, sendo que um deles é em visita domiciliária. Atualmente, a visita domiciliária é realizada pela enfermeira e psicóloga.

- Pergunta 2

A equipa sente dificuldades na discussão dos casos em equipa, por gestão de tempo, o que leva a falhas de transmissão de informação. Os cuidados paliativos são um caminho que se vai percorrendo e exigem neste processo uma adaptação muito grande quer da criança, quer dos cuidadores.

- Pergunta 3:

Algumas das dificuldades do cuidador são: manusear os dispositivos médicos, apoio à família, podendo ser de grande ajuda a criação de documentos orientadores e de fácil consulta com informação sobre o procedimento e dificuldades inerentes.

- Pergunta 4

Muitas vezes o cuidador tem uma perda gigante do seu papel na sociedade. A qualidade de vida diminui e ele passa a viver quase exclusivamente para a pessoa, acabando por se esquecer de si. A existência de um livro para a pessoa que cuida, com oportunidade de falar de si, expressar as suas preocupações, criar metas, ter desejos e sonhos poderá vir a ser uma ferramenta muito interessante.

Apêndice C - Identificação das Necessidades dos Cuidadores Das Crianças Acompanhadas pela Equipa Intra-hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos Pediátricos através Questionário e Análise das Respostas

Identificação das necessidades dos cuidadores das crianças acompanhadas pela Equipa Intra-hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos Pediátricos

Caro/a Cuidador/a,

Encontro-me a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Escola Superior da Cruz Vermelha Portuguesa.

Peço a sua colaboração no preenchimento deste questionário com o objetivo de melhorar a nossa intervenção com as crianças, famílias e cuidadores acompanhados pela Equipa Intra-hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos Pediátricos.

O questionário é anónimo. Prevê-se que o preenchimento demore cerca de 5 minutos. Não há respostas certas ou erradas. O mais importante é partilhar a sua experiência.

Por favor, responda a todas as questões.

Muito obrigada, Mariana Amaral

Questionário para o Cuidador

Questão 1: Considera que a visita domiciliária da Equipa Intra Hospitalar de Cuidados Paliativos Pediátricos tem sido importante?

Muito importante	Importante	Neutro	Pouco importante	Nada importante

Questão 2: Ao cuidar do seu filho/a ou criança, em que áreas/intervenções sente mais dúvidas e dificuldades? (coloque um x em todas as que sentir dúvida/dificuldade)

Quando apresenta sintomas de dificuldade respiratória?	
Quando ele/a se engasga?	
Nos posicionamentos?	
Lidar /manipular com os dispositivos médicos (Ex: PEG, SNG, Traqueostomia)	
Técnicas de Enfermagem (Ex. Aspiração de secreções, Oxigenoterapia, Administração de alimentação)	
No processo de acompanhamento de integração e adaptação escolar	

Relações Familiares	
Intervir em situações em que a criança manifesta dor?	
Outros	

Se respondeu outros diga quais:

Questão 3: Quais são as maiores dúvidas/dificuldades que sente, quando necessita de lidar/manipular os diferentes dispositivos médicos (Ex: PEG, SNG, Traqueostomia)? (caso o seu filho não necessite de este tipo de equipamento/material passe à pergunta seguinte)

Questão 4: O que considera que poderia ajudar no esclarecimento das suas dúvidas/necessidades relacionadas com os cuidados que presta ao seu filho/a?

Possibilidade de contactar a equipa de saúde num horário mais alargado?	
Treinar a manipulação dos dispositivos médicos que o seu filho/a necessita antes da alta hospitalar?	
Aumentar o número de visitas domiciliarias da equipa de saúde, para treinar a utilização/manipulação dos dispositivos?	
Ter consigo folhetos informativos de apoio à utilização/manipulação dos dispositivos?	
Outros	

Se respondeu outros diga quais

Questão 5: Sente que, desde que começou a prestar cuidados ao seu filho devido à sua condição de saúde atual, teve menos tempo para cuidar de si?

Sim ____

Não ____

Questão 6: Se respondeu “Sim” na questão anterior, considera que poderia ser útil um documento que possa preencher com as informações sobre o seu filho e os apoios e metas a atingir?

Sim ____

Não ____

Outros _____

Análise das respostas ao questionário aplicado

O presente questionário foi aplicado após autorização da Chefia e Direção do Serviço/Equipa, sob o compromisso de que os resultados obtidos apenas e unicamente reverteriam para a construção de instrumentos de educação e informação dirigidos aos utentes, que pudessem ser utilizados pelo Serviço/Equipa. Foi disponibilizado aos cuidadores das crianças acompanhadas pela equipa no período de 30 de Março de 2023 e 5 de Abril de 2023 por *Google Forms*. Obteve-se um total de 10 respostas, cujos resultados se apresentam de seguida

Questão 1: Considera que a visita domiciliária da Equipa Intra Hospitalar de Cuidados Paliativos Pediátricos tem sido importante?

Para obter resposta à questão optou-se pela utilização da escala de *likert* (muito importante, Importante, Neutro, Pouco Importante, Nada Importante). Dos inquiridos, 90% (n=9) consideram muito importante a visita da Equipa Intra Hospitalar de Cuidados Paliativos, 10 % (n=1) considerou neutra a importância da visita domiciliar.

Questão 2: Ao cuidar do seu filho/a ou criança, em que áreas/intervenções sente mais dúvidas e dificuldades?

Nesta questão os inquiridos foram convidados a identificar de um conjunto de situações previamente apresentadas, aquelas, em que sentiam mais dúvidas e dificuldades quando tinham de intervir ou lidar com a situação. Os respondentes poderiam assinalar as situações que entendem-se sem limite de respostas e ainda foi possibilitado incluir outras possíveis situações, em texto livre.

A tabela seguinte sistematiza as respostas obtidas.

Quando apresenta sintomas de dificuldade respiratória?	70% (n=7)
Quando ele/a se engasga?	10% (n=1)
Nos posicionamentos?	40% (n=4)
Lidar /manipular com os dispositivos médicos (Ex: PEG, SNG, Traqueostomia)	50% (n=5)
Técnicas de Enfermagem (Ex. Aspiração de secreções, Oxigenoterapia, Administração de alimentação)	50% (n=5)
No processo de acompanhamento de integração e adaptação escolar	50% (n=5)
Relações Familiares	40% (n=4)
Intervir em situações em que a criança manifesta dor?	20% (n=2)
Outros	0% (n=0)

Questão 3: Quais são as maiores dúvidas/dificuldades que sente, quando necessita de lidar/manipular os diferentes dispositivos médicos (Ex: PEG, SNG, Traqueostomia)?

Nesta questão os inquiridos foram convidados a responder a uma questão aberta em que teriam de identificar as maiores dúvidas/dificuldades que sentiam ao lidar com dispositivos médicos. Dos 10 inquiridos, 2 não responderam e 2 referem não terem dúvidas ou dificuldades com os dispositivos médicos. Obtivemos um total de 8 respostas das quais 5 apresentavam dúvidas/dificuldades relacionadas com cuidados e manutenção da PEG e aspiração e manutenção do aspirador. Os inquiridos referem nas suas respostas dúvidas em manter a pele em volta da PEG sem irritações e cuidados com a pele, cuidados com os prolongamentos e higiene da PEG, manutenção e limpeza do aspirador de secreções.

Questão 4: O que considera que poderia ajudar no esclarecimento das suas dúvidas/necessidades relacionadas com os cuidados que presta ao seu filho/a?

Possibilidade de contatar a equipa de saúde num horário mais alargado?	50% (n=5)
Treinar a manipulação dos dispositivos médicos que o seu filho/a necessita antes da alta hospitalar?	40% (n=4)
Aumentar o número de visitas domiciliarias da equipa de saúde, para treinar a utilização/manipulação dos dispositivos?	40% (n=4)
Ter consigo folhetos informativos de apoio à utilização/manipulação dos dispositivos?	40% (n=4)
Outros	0% (n=0)

A tabela acima mostra a análise em percentagem das respostas dos inquiridos face à questão 4.

Dos inquiridos não existiu nenhuma sugestão nova com relação a metodologias a adotar pela Equipa Intra-hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos Pediátricos. Das opções existentes a mais valorizada pelos inquiridos é o alargamento do horário telefónico com a equipa, no entanto, as restantes apesar de terem uma percentagem menor também são valorizadas pelos inquiridos.

Questão 5: Sente que, desde que começou a prestar cuidados ao seu filho devido à sua condição de saúde atual, teve menos tempo para cuidar de si?

Dos inquiridos apenas 1 pessoa respondeu que sente que não perdeu tempo para cuidar de si devido à condição incapacitante do seu filho.

Questão 6: Se respondeu “Sim” na questão anterior, considera que poderia ser útil um documento que possa preencher com as informações sobre o seu filho e os apoios e metas a atingir?

Os inquiridos responderam 100% que consideravam a existência de um documento de apoio útil para preencher com informações relativas a si e ao seu filho.

Conclusão

Os inquiridos que responderam a este questionário consideram na sua maioria que a visita domiciliária é muito importante. Algumas famílias não referem dúvidas na utilização de dispositivos médicos, no entanto todas referem alguns pontos que sentem dificuldade ao cuidar dos seus filhos. Mais de 50% dos inquiridos refere dúvidas quando a criança apresenta descontrolo sintomático. Com relação a metodologias para facilitar o esclarecimento de dúvidas, todas as apresentadas são consideradas pelos inquiridos favoráveis em percentagens similares.

Quando falamos na redução de tempo que os inquiridos tiveram para si, 90% dos inquiridos referem que tiveram menos tempo para cuidar de si. Destes que responderam

que sim 100% considera útil um documento de apoio com informações sobre o seu filho e os apoios e metas a atingir.

Este questionário apresenta limitação pela reduzida amostra que respondeu ao questionário com relação à população que a EIHSCPP acompanha. No entanto, através da análise deste questionário, o apoio da entrevista informal à enfermeira orientadora, a observação de consultas de cuidados paliativos pediátricos e visita domiciliária foi possível base para criação de documentos de apoio como folhetos informativos, boneca de treino e boletim do cuidador. O conteúdo dos mesmos foi baseado no que os cuidadores foram referindo como mais importantes para eles.

Apêndice D - Boneca para Treino e Manuseamento de Dispositivos Médicos

Boneca para treino e manuseamento de dispositivos médicos



Apêndice E – Folheto sobre Traqueotomia - Cuidados de Higiene

Traqueotomia

Os cuidados de higiene ao estoma devem ser diários

Antes de realizar o procedimento

- Lavar as mãos
- Preparar o material
- Deitar a criança de barriga para cima - de forma que a criança esteja confortável

Material necessário

- Compressas de tecido não tecido
- Taça
- Escovilhão
- Água Potável ou Soro Fisiológico
- Fita de Velcro ou Nastro
- Penso de Traqueotomia



Início

Lave as mãos e prepare o material

Retire a cânula interna e mergulhe numa taça com água deixe em imersão

Podem utilizar água morna para facilitar a remoção das secreções

Molhe uma compressa com soro fisiológico e limpe o voltado externo da cânula

Limpe depois com compressas secas

Coloque o penso traqueal

Coloque a fixação da cânula externa

Retire a fixação da cânula externa antiga

Retire a cânula interna e limpe com água como escovilhão

Limpe a cânula com compressa seca

Insira a cânula e trave-a de acordo com a indicação do fabricante

Fim



Apêndice F – Folheto sobre Traqueotomia – Sinais Alarme

Traqueotomia

Sinais de Alarme

Entre em contacto com profissional de saúde se:

- Criança com febre
- Aumento da quantidade e frequência das secreções
- Expetoração de cor verde, cheiro fétido e sangue nas secreções
- Sinais de alteração da pele peritraqueostomia

Cuidados com o contacto:

- Pó, Talco e Sprays
- Brinquedos/Objetos pequenos
- Desporto com água ou dentro de água
- A criança deve tomar banho, mantendo uma distância da traqueostomia, de 2,5 a 5 cm da água

Emergência para os cuidadores:

- Obstrução da cânula
- Saída acidental da traqueostomia



Apêndice G – Folheto sobre Traqueotomia – Aspiração Secreções

Traqueotomia

Aspiração de Secreções

Quando realizar a aspiração de secreções:

- Criança apresenta dificuldade na respiração com presença de secreção na cânula que não consegue remover com tosse eficaz

Emergência - Se cânula exteriorizar recorrer à urgência

“

Material necessário

- Aparelho de aspiração
- Sonda de aspiração
- Água destilada

”



Fale com o profissional de saúde se:

- Criança com febre
- Aumento da quantidade e frequência das secreções
- Expetoração de cor verde, cheiro intenso ou com sangue
- Sinais de lesão da pele peri traqueotomia



Início

Lave as mãos

Conecte a Sonda de aspiração à tubuladura do aparelho de aspiração

Mantenha a sondaprottegida como invólucro eretireantesde aspirar

Ligueo aspiradore verifique se está indicada para a criança

Cada aspiração não deve ultrapassar os 10 segundos

Aspire durante a retirada da sonda de aspiração com movimentos circulares

Introduza a sonda mas não ultrapasse o tamanho da cânula

Senecessário volte a repetir a aspiração, esperem um intervalo de 30 segundos

Lave a tubuladura introduzindo a sonda num recipiente com água destilada e aspire

Deite fora a sonda de aspiração

Desligueo aparelho



Fim



Apêndice H – Folheto sobre Ventilação Não Invasiva

Ventilação Não Invasiva

Antes de mexer no material deve primeiro lavar as mãos

Quando a criança não está conectada à ventilação deve:

- Desligar o ventilador
- Retirar a máscara
- Verificar a pele do rosto da criança
- Aplicar creme hidratante no rosto da criança

Material necessário

- Ventilador
- Máscara
- Touca
- Traquéias
- Água destilada



Algum problema no ventilador contacte a empresa fornecedora

Contacto: _____





Início

Lave as mãos	Valide se tem o material junto de si	Conecte a traqueia ao equipamento	Se a criança utilizar oxigênio ligue o ventilador
--------------	--------------------------------------	-----------------------------------	---

Conecte a traqueia à máscara	Coloque a touca na criança e ajuste a máscara	Monte a máscara e a touca	Ligue o ventilador
------------------------------	---	---------------------------	--------------------

Verifique se não existem fugas ao redor da máscara	Caso detecte fugas reveja todo o sistema	Verifique se existem fugas	
--	--	----------------------------	--

--	--	--	--

--	--	--	--



Fim



Apêndice I – Folheto sobre Aspiração de Secreções na Naso e Orofaringe

Aspiração de Secreções Naso e Orofaringe

- A aspiração de secreções é importante para manter a via aérea permeável
- Deve ser realizada quando a criança apresenta respiração ruidosa com presença de secreção que não consegue remover com tosse eficaz.

“

Material necessário

- Aparelho de aspiração
- Sonda de aspiração
- Água

”



Fale com
profissional de saúde
se:

- Criança com febre
- Aumento da quantidade e frequência das secreções
- Expetoração de cor verde ou com cheiro intenso



Início

Lave as mãos

Conecte a Sonda de aspiração à tubuladura do aparelho de aspiração

Mantenha sondaprottegida comoinvólucro

Ligueo aspiradore verifiqueestá napressão indicada para a criança

10

Nãodeve ultrapassaros segundos

Retire a sonda em aspiração intermitente com leves movimentos circulares

Aspire (realizando pressão intermitente com o dedo polegar)

Retire o invólucro e introduza a sonda numa das narinas ou na boca

Senecessário voltearepetira aspiração, espereum intervalo de 30 segundos

Lavea tubuladura introduzindo a sondanum recipientecom água e aspire

Desligue o aparelho e deite fora a sonda de aspiração



Fim



Apêndice J – Folheto sobre Cuidados com a Pele na Gastrostomia

Gastrostomia

Cuidados na limpeza da pele

Criança pode estar sentada ou deitada com a cabeceira elevada e as mãos



Prepare o material

- Compressas de tecido não tecido
- Água morna e sabão neutro ou soro fisiológico
- Creme barreira
- Adesivo
- Tesoura



Molhar as compressas com água morna e sabão neutro
Se Gastrostomia for nova, limpar com soro fisiológico

Realizar movimentos circulares em torno de estoma ligeiramente o dispositivo da pele



Retire o sabão com compressas molhadas em água, em movimentos suaves

Realize movimentos leves de rotação do tubo para evitar aderências à pele



Caso a pele esteja vermelha, coloque uma fina camada de creme barreira com vitamina A ou óxido de zinco (remover lentamente com óleo de amêndoas doces)

Gastrostomia

Se o estoma for recente ou a pele não estiver completamente cicatrizada, coloque uma compressa seca cortada ao meio e fixe com adesivos, sem colar na pele



Apesar dos cuidados, se mantiver pele vermelha ou exsudado(liquido) Granuloma (como na imagem), contactar a equipa



E se a gastrostomia tente manter a calma....

- No sentido de recolocar a sonda proceda do seguinte modo
- Introduza uma seringa vazia no orifício do balão da gastrostomia
- Aspire o conteúdo
- Introduza no orifício a gastrostomia
- Volte a introduzir a quantidade de água destilada retirada
- Fixe com adesivo à pele
- Obrigatório dirigir-se a um serviço de saúde



Apêndice K – Folheto sobre Alimentação em Bolos por Gastrostomia ou Sonda Naso gástrica

Gastrostomia ou Sonda Nasogástrica

Alimentação em Bolus (com seringa)



Lave as
mãos

Preencha a
seringa com a
alimentação

Clampe a
sonda e retire
a tampa

Adapte a
seringa à
extremidade
da sonda

Desclampe a
sonda

Administre a
alimentação
lentamente

Clampe a
sonda e retire
a seringa

Coloque a
tampa

Encha a
seringa com
água

Adapte a
seringa à
sonda

Desclampe a
sonda

Administre a
água

Posição para alimentação

Sentado

Deitado com a cabeceira elevada



Suspender a alimentação se a criança apresentar:

- Distensão abdominal (barriga inchada)
- Vômitos
- Náuseas
- Choro ou irritabilidade



Em caso de obstrução,
administrar água morna pela
sonda.

Se persistir, contacte a
equipa de saúde



Apêndice L – Folheto sobre Alimentação por Gavagem por Gastrostomia ou Sonda Nasogástrica

Gastrostomia ou Sonda Nasogástrica

Alimentação Gavagem (gravidade)

Verifique e prepare a quantidade de alimentação prescrita

Administre 3 a 5 ml de água para confirmar o funcionamento da gastrostomia ou sonda nasogastrica

Retire o êmbolo da seringa e adapte a seringa à sonda

Eleve a seringa 10 a 20 cm, em relação ao ponto de colocação da mesma, e coloque a alimentação na seringa

Após a administração preencha a seringa com água e deixe perfundir

Retire a seringa da sonda e coloque a tampa na sonda ou desadapta o dispositivo do botão



Tempo de administração pode demorar entre 15/30 minutos
Deitado com a cabeceira elevada
Sentado



Suspender a alimentação se a criança apresentar:

- Distensão abdominal (barriga inchada)
- Vômitos
- Náuseas
- Choro ou irritabilidade



Em caso de obstrução,
administrar água morna
pela sonda.

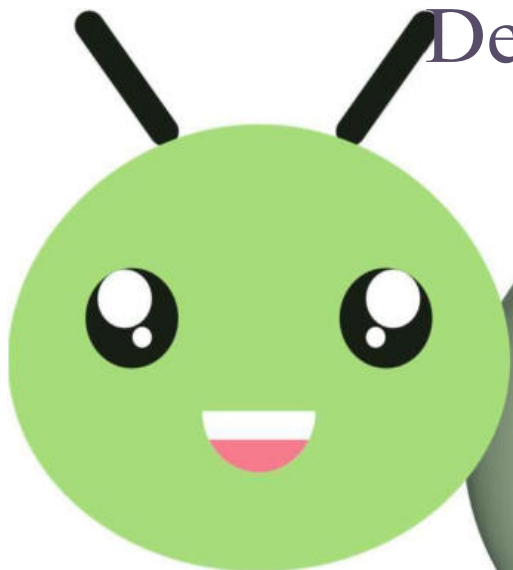
Se não resolver, contacte a
equipa de saúde



Apêndice M – Folheto Sobre Alimentação em Débito Contínuo por Gastrostomia ou Sonda Nasogástrica

Gastrostomia ou Sonda Nasogástrica

Debito Continuo



Lave as mãos

Preencha o sistema da bomba com a alimentação prescrita

Administre 3 a 5 ml de água para confirmar o funcionamento da sonda ou gastrostomia

Adapte o sistema de infusão à sonda ou dispositivo de extensão para alimentação (em caso de botão)

Programe o ritmo e a quantidade

Quando terminar lave o sistema com água (quantidade depende do indicado para a criança)

Coloque a tampa da sonda ou desadapte o dispositivo do botão

Posição para alimentação

Sentado

Deitado com a cabeceira elevada



Suspender a alimentação se a criança

- Distensão abdominal (barriga inchada)
- Vômitos
- Náuseas
- Choro ou irritabilidade



Em caso de obstrução,
administrar água morna pela
sonda.

Se não resolver, contacte a
equipa de saúde.



Apêndice N – Apresentação de Sessão Formação a Instituição de Solidariedade Social

Dispositivos

Médicos

Gastrostomia, Sonda Nasogástrica,
Traqueostomia, Aspiração de Secreções



Objetivo

Capacitar os cuidadores para a manipulação segura de dispositivos médicos

- Gastrostomia
- Sonda Nasogástrica
- Traqueostomia,
- Aspiração de Secreções

Introdução

- Os dispositivos médicos muitas vezes são um desafio para os cuidadores.
- Esta seção foi elaborada para mostrar informação prática para cuidadores

cer

os



Gastrostomia

Cuidados à Pele



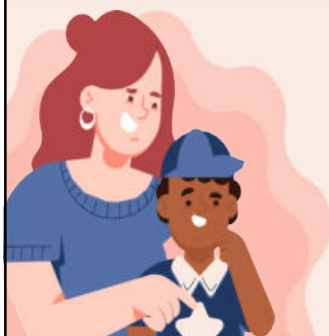
Cuidados à pele

Criança pode estar deitada ou sentada

Selecione o material e lave as mãos

Compressas de tecido não tecido, água morna e sabão neutro ou soro fisiológico, creme barreira, adesivo e tesoura

Molhar as compressas com água e sabão neutro
Se Gastrostomia for recente limpar com soro fisiológico



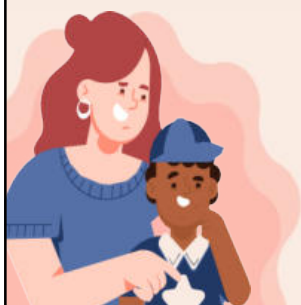
Cuidados à pele

Realizar movimentos circulares em torno de estoma afastando ligeiramente o dispositivo da pele

Retire o sabão com compressas molhadas em água, em movimentos suaves

Realize movimentos leves de rotação do tubo para evitar aderências à pele

Se o estoma for recente ou a pele não estiver completamente cicatrizada, coloque uma compressa seca cortada ao meio e fixe com adesivos, sem colar na pele



Se a pele estiver vermelha?

- Caso a pele esteja vermelha coloque uma fina camada de creme barreira com vitamina A ou óxido de zinco
- (remover lentamente com óleo de amêndoas doces)
- Apesar dos cuidados, se mantiver pele vermelha ou exsudado (líquido) ou granuloma (como na imagem), contactar a equipa de saúde



Se gastrostomia sair acidentalmente? Fique Calmo

01. Introduza uma seringa vazia no orifício do balão da gastrostomia

02. Aspir e conteúdo e introduza a gastrostomia no orifício

03. Volte a introduzir a quantidade de água

04. Fixe com adesivo e dirija-se ao hospital

Alimentação

Sonda Nasogastrica ou Gastrostomia

Criança

Deve estar deitado com a cabeceira elevada ou sentado

Vigiar

- Distensão abdominal(barriga inchada)
- Vômitos
- Náuseas
- Choro ou

Obstrução

Administrar água morna

Alimentação

Bolos
(com seringa)

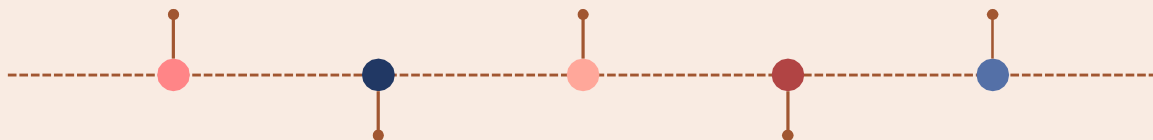


Alimentação em bolos

Lave as

Clampe a sonda e
retire a tampa

Desclampe a



Preencha a seringa
com a alimentação

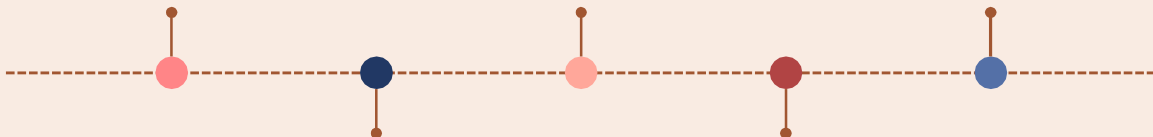
Adapte a seringa à
extremidade da

Alimentação em bolos

Administre a
alimentação lentamente

Encha a seringa
com água

Administre a água e por
fim retire a coloque a
tampa na sonda



Clampe a sonda e
retire a seringa

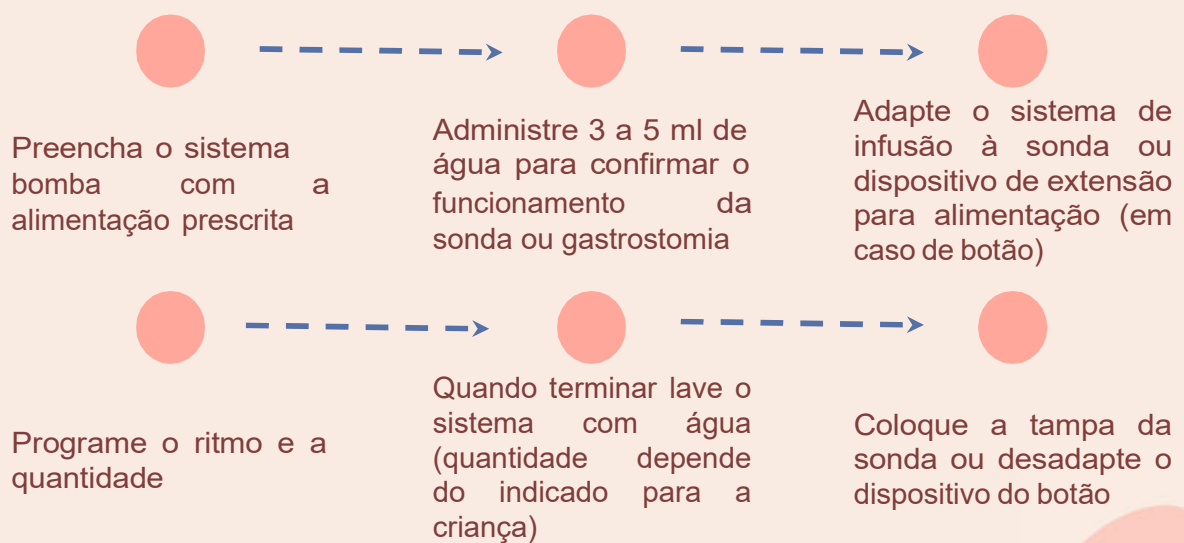
Adapte a seringa à
sonda e desclampe
a sonda

Alimentação

Perfusão por bomba de alimentação



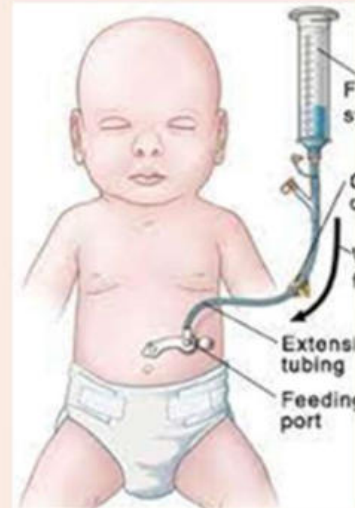
Primeiro lave as mãos



Alimentação

Gavagem

Pode demorar cerca de 15-30 minutos



Gavagem

Verifique e prepare a quantidade de alimentação prescrita

Administre 3 a 5 ml de água para confirmar o funcionamento da gastrostomia ou sonda nasogastrica

Retire o êmbolo da seringa e adapte a seringa à sonda

Gavagem

- Eleve a seringa 10 a 20 cm, em relação ao ponto de colocação da mesma, e coloque a alimentação na seringa
- Após a administração preencha a seringa com água e deixe perfundir
- Retire a seringa da sonda e coloque a tampa na sonda ou desadapta o dispositivo do botão

Aspiração de secreções



A aspiração de secreções é importante para manter a via aérea permeável

Deve ser realizada quando a criança apresenta respiração ruidosa com presença de secreção que não consegue remover com tosse eficaz.

Material necessário:

- Aparelho de aspiração
- Sonda de aspiração
- Água
- Luvas

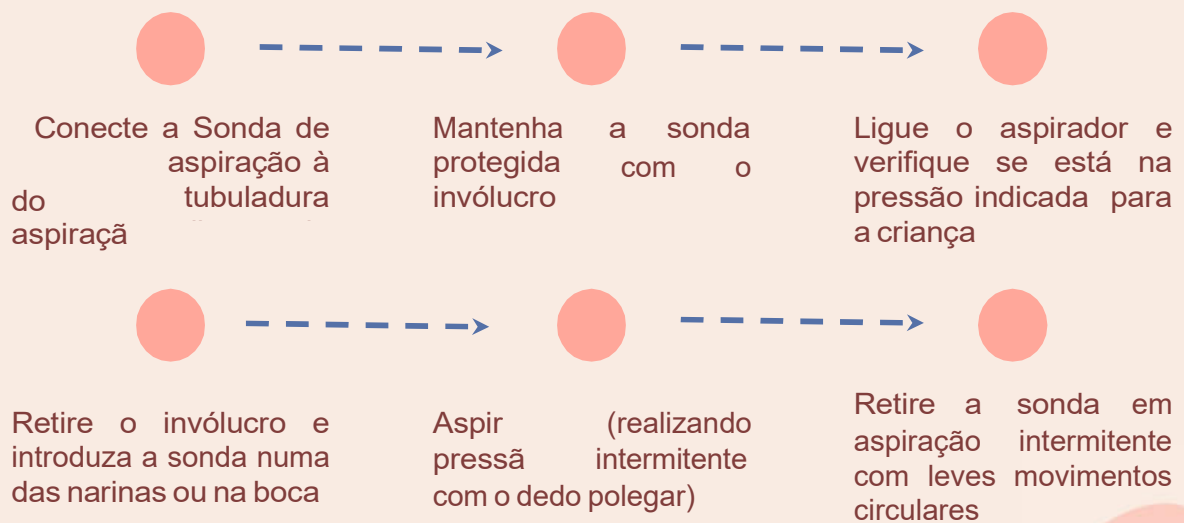
Fale com o profissional de saúde se:

- Criança com febre
- Aumento da quantidade e frequência das secreções
- Expetoração de cor verde ou com cheiro intenso

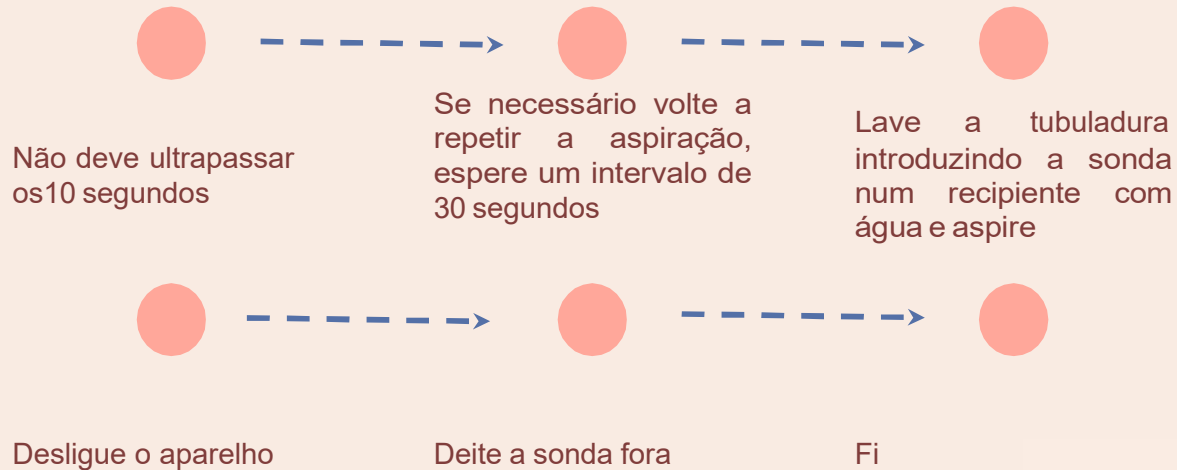
Naso e Orofaringe



Primeiro lave as mãos



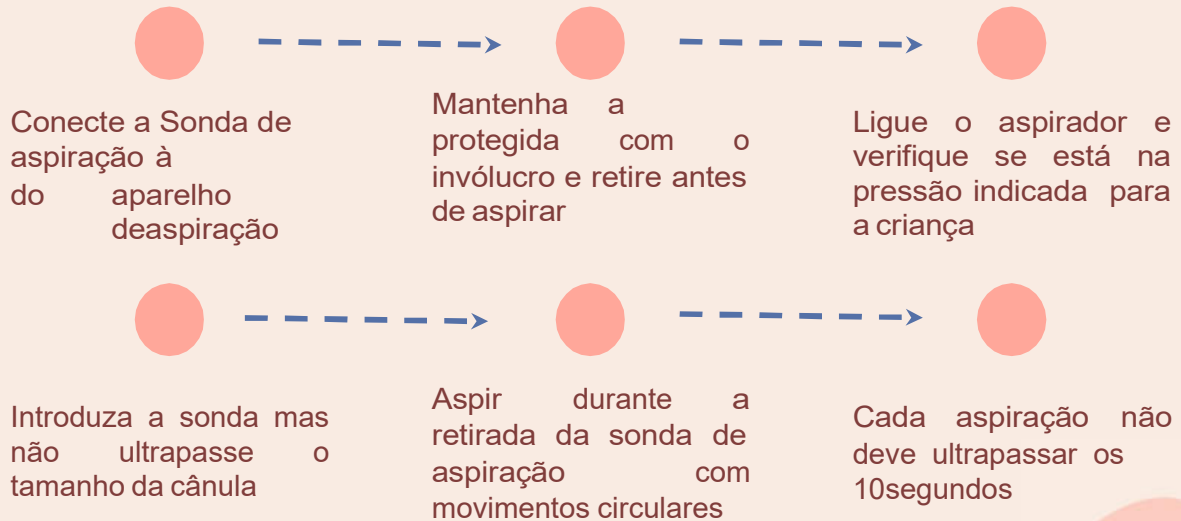
Continuação



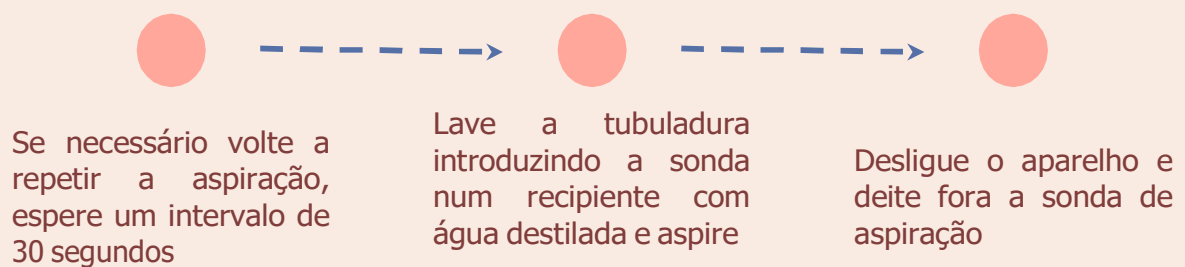
Traqueotomia



Primeiro lave as mãos



Continuação



Traqueotomia

Os cuidados de higiene ao estoma devem ser diários

Antes de realizar o procedimento deve

- Lavar as mãos
- Preparar o material
- Deitar a criança de barriga para cima - de forma a que a criança esteja confortável

Traqueotomia

Material

- Compressas de tecido não tecido
- Taça
- Escovilhão
- Água Potável ou Soro Fisiológico
- Fita de Velcro ou Nastro
- Penso de Traqueotomia

Cuidados de higiene

Lave as mãos e prepare o material

Retire a cânula interna e mergulhe numa taça com água deixe em imersão

Pode utilizar água morna para facilitar a remoção das secreções

Molhe uma compressa com soro fisiológico e limpe em volta do estoma e cânula externa

Limpe depois com compressas

Coloque o pens e

Cuidados de higiene

Coloque a fixação da cânula externa

Retire a fixação da cânula

Retire a cânula interna da água e limpe com o escovilhão

Limpe a cânula com compressa

Insira a cânula e trave-a de acordo com a indicação do fabricante

Fi

Conclusão



Referencias bibliográficas

Obrigada





Debate

Apêndice O – Plano de Sessão da Apresentação de Sessão Formação à Instituição de Solidariedade Social

**Sessão de formação em Instituição Particular de Solidariedade Social que
acolhe crianças com necessidades especiais**

Plano de sessão:

Tema	Abordagem do cuidador perante alguns dispositivos médicos (Gastrostomia, Sonda Naso gástrica, Traqueostomia, Aspiração de Secreções)	
Público-Alvo	Funcionários da Instituição Particular de Solidariedade Social	
Formadores	[REDACTED] e Enfª Mariana Amaral	
Data, local e hora	13 de abril de 2023 na Instituição Particular de Solidariedade Social às 10 horas	
Duração	2 Horas	
Recursos	Folhetos informativos, Boneca de Treino e Material médico	
Objetivo geral	Capacitar os cuidadores para a manipulação segura de dispositivos médicos (Gastrostomia, Sonda Naso gástrica, Traqueostomia, Aspiração de Secreções)	
Etapas /formador	Objetivos	Conteúdos
Planeamento - 2 minutos Enfª Mariana	Apresentar aos formandos, a temática e organização da sessão	Apresentação das formadoras e temática a abordar; Evidência do objetivo e método de trabalho
Desenvolvimento 25 minutos Enfª Mariana	Apresentar cuidados à gastrostomia, alimentação por SNG, aspiração de secreções e cuidados traqueais; Apresentar técnica através da boneca e material médico para realização dos procedimentos;	Apresentação dos conceitos de gastrostomia, alimentação por SNG, aspiração de secreções e cuidados traqueais; Apresentação de critérios que devem ser cumpridos no procedimento através da boneca e material médico para realização dos procedimentos;

<p>Conclusão - 3 minutos Enf^a Mariana</p>	<p>Salientar aspetos relevantes dos conteúdos apresentados</p>	<p>Síntese da sessão</p>
<p>Debate - 30 minutos Enf^a Emília</p>	<p>Proporcionar partilha de experiências entre os presentes</p>	<p>Questionar os presentes sobre a sua experiência e sentimentos em relação à manipulação dos dispositivos médicos apresentados</p>

Apêndice P – Questionário com Análise das Respostas Obtidas na Apresentação de Sessão Formação à Instituição de Solidariedade Social

Questionário de Avaliação da Formação - Formando/a

Caro/a formador/a,

Encontro-me a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e

Pediátrica na Escola Superior da Cruz Vermelha Portuguesa e a realizar estágio na Equipa Intra-hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos Pediátricos

A sua opinião sobre esta formação é, para nós, muito importante, pois permite-nos melhorar sessões de formação futuras. Por favor, marque uma bola à frente de cada um dos parâmetros abaixo indicados, numa escala de 1 a 5 valores, sendo atribuído ao valor 1 “nada” e ao valor 5 "muito" conforme a sua opinião.

Por favor, responda a todas as questões.

Muito obrigada, Mariana Amaral

	Nada					Muito				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Qualidade dos conteúdos da formação	1	2	3	4	5					
Interesse dos conteúdos da formação	1	2	3	4	5					
Quantidade de conteúdos da formação	1	2	3	4	5					
Adequação dos métodos utilizados aos temas tratados	1	2	3	4	5					
Duração da formação	1	2	3	4	5					
Clareza da matéria apresentada na formação	1	2	3	4	5					
Capacidade de motivar para a matéria apresentada	1	2	3	4	5					
Esta formação permitiu-me adquirir novos conhecimentos	1	2	3	4	5					
Recomendaria esta ação de formação a outros colegas	1	2	3	4	5					
Críticas/Sugestões/Comentários										

O questionário de avaliação de formação com a duração de mais ao menos uma hora foi aplicado no dia 13/04/2023 na sessão de formação realizada num instituto religioso que acolhe crianças com necessidades especiais. Foi disponibilizado no final da formação e preenchido por todos os formandos (10 pessoas) cujos resultados se apresentaram de seguida. Foi utilizada uma escala de 1 a 5 valores sendo atribuído ao valor 1 nada e ao valor 5 muito.

- Na questão 1 “Qualidades dos conteúdos da formação” 80 % (n=8) dos inquiridos avaliou com 5 valores e os 20% (n=2) restante avaliou com 4 valores
- Na questão 2 “Interesse dos conteúdos da formação” 100 % (n=10) dos inquiridos avaliou com 5 valores
- Na questão 3 “Quantidade de conteúdos da formação” 70 % (n=7) dos inquiridos avaliou com 5 valores, 20% (n=2) dos inquiridos avaliou com 4 valores e 10% (n=1) dos inquiridos avaliou com 3 valores. Relativamente a esta questão não foi perceptível se a quantidade dos conteúdos foi muita ou pouca uma vez que várias formandas referem um aumento do tempo de formação.
- Na questão 4 “Adequação dos métodos utilizados aos temas tratados” 90 % (n=9) dos inquiridos avaliou com 5 valores e os 10% (n=1) restante avaliou com 4 valores
- Na questão 5 “Duração da formação” 40 % (n=4) dos inquiridos avaliou com 5 valores, 50% (n=5) dos inquiridos avaliou com 4 valores e 10% (n=1) dos inquiridos avaliou com 3 valores. Relativamente a esta questão novamente surge a dúvida levantada na questão anterior, porque as formandas referem o aumento do tempo de formação.
- Na questão 6 “Clareza da matéria apresentada na formação” 90 % (n=9) dos inquiridos avaliou com 5 valores e os 10% (n=1) restante avaliou com 4 valores
- Na questão 7 “Capacidade de motivar para a matéria apresentada” 90 % (n=9) dos inquiridos avaliou com 5 valores e os 10% (n=1) restante avaliou com 4 valores
- Na questão 8 “Esta formação permitiu-me adquirir novos conhecimentos” 100 % (n=10) dos inquiridos avaliou com 5 valores

→ O último item do questionário era uma questão aberta que sugere aos formandos a partilha de Críticas/Sugestões/Comentários sobre a formação. Obtivemos 40% (n=4) de respostas que referem: “Excelente formação bem-apresentada”; “Gostaria que fosse ampliado o tempo de formação com mais componente prática”; “Excelente”; “É sugerido o aumento da formação, para maior aprofundamento dos conteúdos”

Apêndice Q – Boletim do Cuidador



*Boletim do Cuidador
da criança/jovem*

quem cuida com amor
merece ser cuidado





Este livro pertence a:



*Boletim do Cuidador
da criança/jovem*

quem cuida com amor
merece ser cuidado



Quem cuida com amor

Cuidador

Parentesco

Contacto



Cuidador

Parentesco

Contacto

Cuidador

Parentesco

Contacto

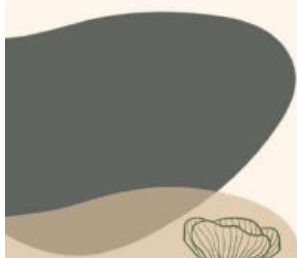


Cuidador

Parentesco

Contacto

A minha familia





A minha perola

Criança: _____

Data de Nascimento: _____

Mãe: _____

Pai: _____

Irmãos: _____

Antecedentes de Saúde: _____

Médico de Medicina Geral e Familiar: _____

Enfermeiro de família: _____

Pediatra: _____

Professores: _____

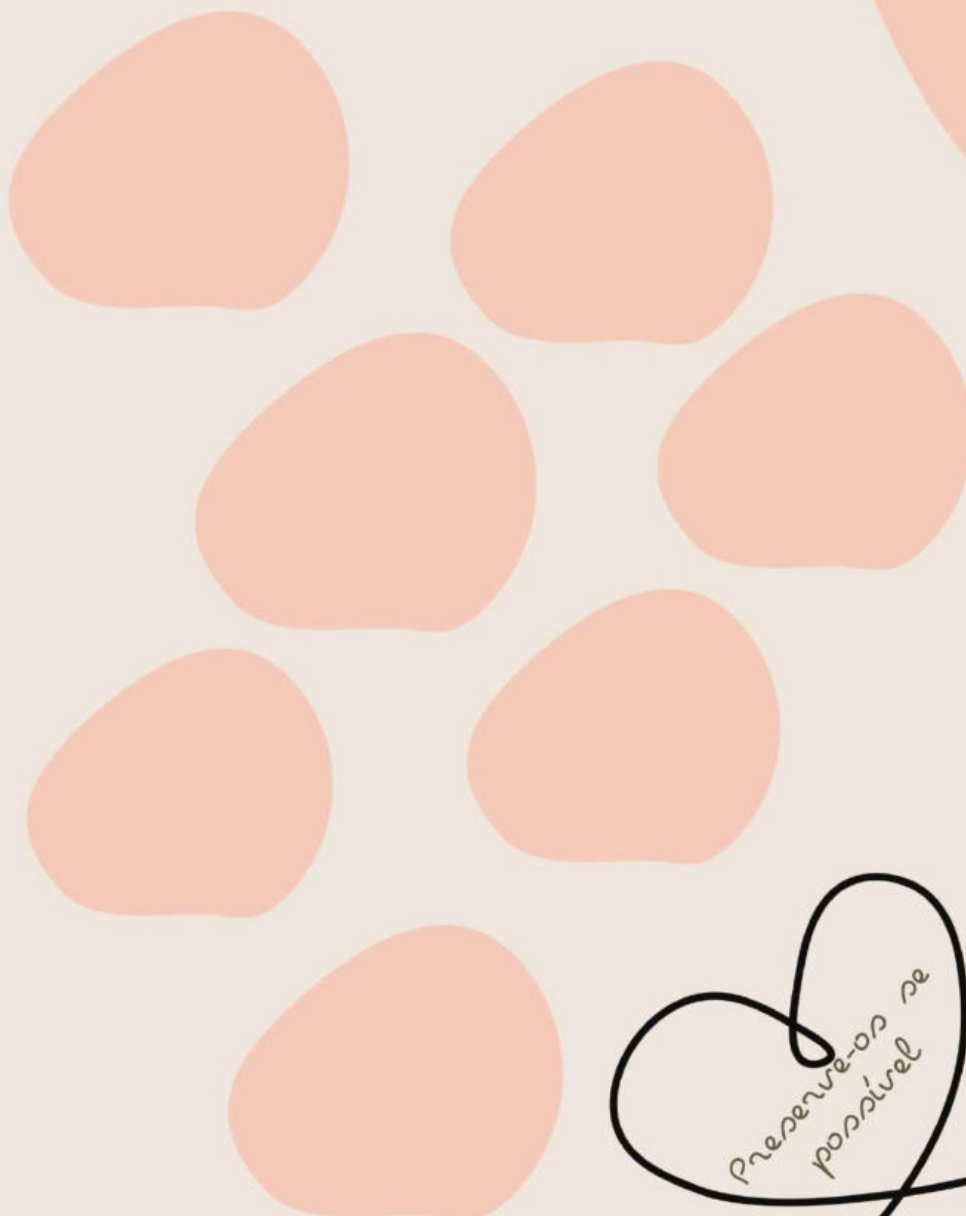
EIHSCPP: _____

Gestor de Caso: _____

Alergias: _____



Dias especiais
para mim:





Os meus hobbies



Segunda	
Terça	
Quarta	
Quinta	
Sexta	
Sábado	
Domingo	

Hobbies:

Atividades Extras:



Eu que cuido com amor



Os meus desejos:

—/—/—	
—/—/—	
—/—/—	
—/—/—	

As minhas expectativas:

—/—/—	
—/—/—	
—/—/—	

As minhas expectativas para partilhar com a equipa de paliativos:

—/—/—	
—/—/—	
—/—/—	
—/—/—	



Expresso



As minhas preocupações

—/—/—	
—/—/—	
—/—/—	
—/—/—	
—/—/—	

As minhas preocupações para partilhar com a equipa de paliativos:

—/—/—	
—/—/—	
—/—/—	
—/—/—	
—/—/—	
—/—/—	
—/—/—	



Sonho a concretizar se possível
em _____ meses



O MAIS DIFÍCIL

O MAIS FÁCIL

COMO FAZER:



*Meta a atingir por mim se
possível em ___ meses*



O MAIS DIFÍCIL

O MAIS FÁCIL



O QUE DÁ SENTIDO À MINHA VIDA:

A MINHA ESPERANÇA:

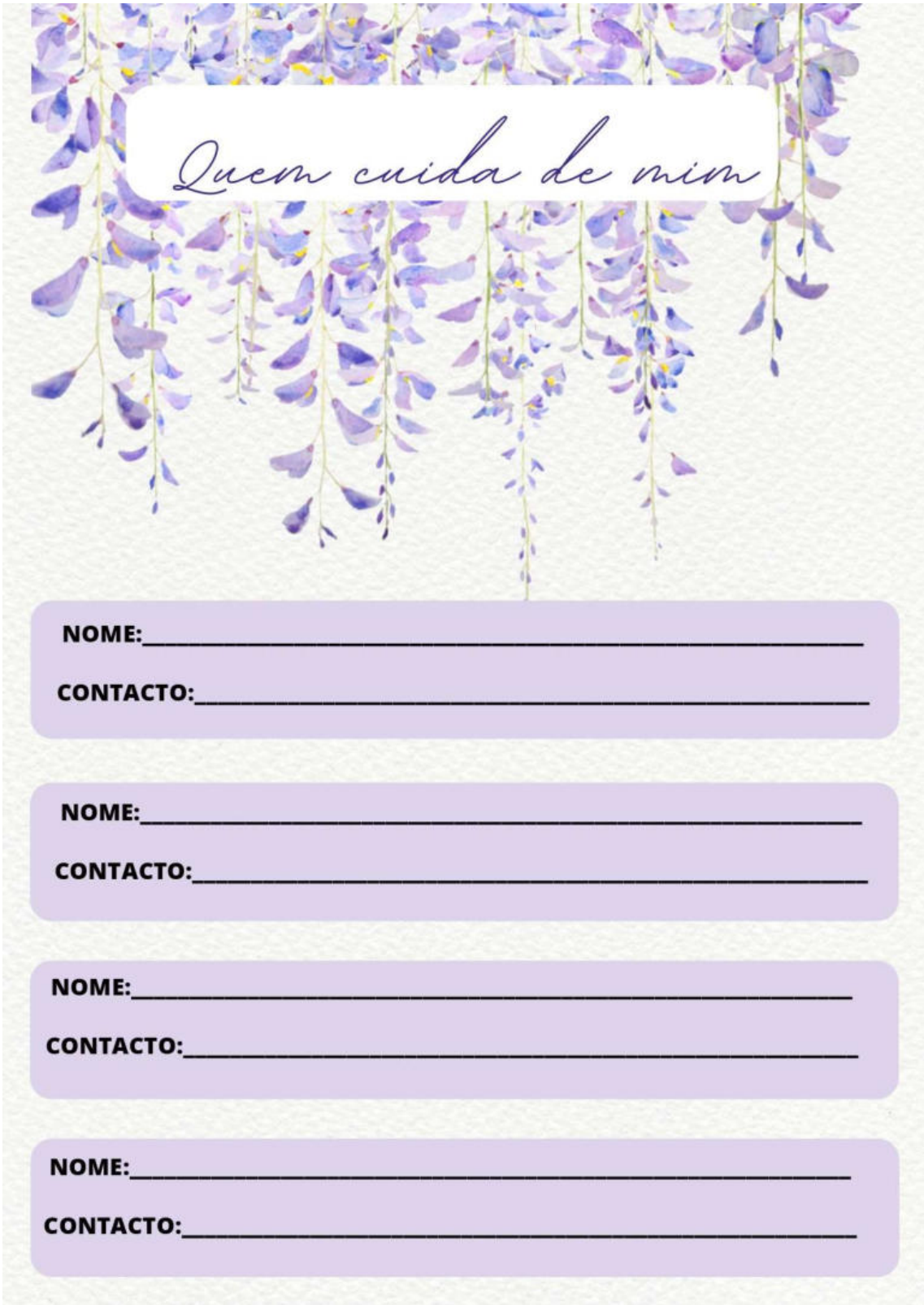
OS MEUS RECURSOS NUMA FASE DIFÍCIL:

COMO POSSO SER AJUDADA NO QUE PRECISO

Preciso de ajuda para lidar com

A large, light-colored rectangular area with a wavy top edge, containing 18 horizontal white lines for writing. The background of the page features a soft-focus image of white flowers in a glass vase.





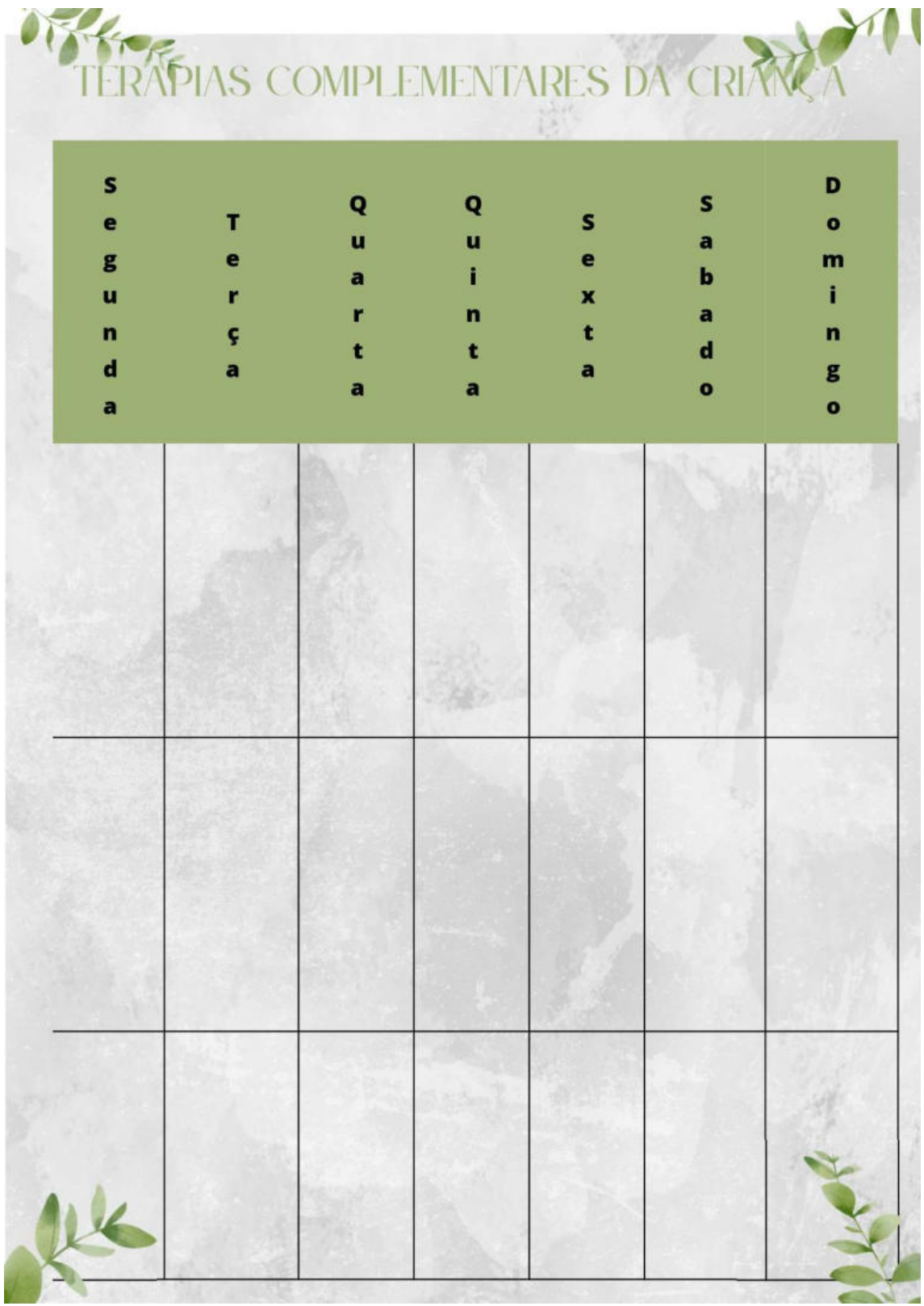
Quem cuida de mim

NOME: _____
CONTACTO: _____

NOME: _____
CONTACTO: _____

NOME: _____
CONTACTO: _____

NOME: _____
CONTACTO: _____



TERAPIAS COMPLEMENTARES DA CRIANÇA

S e g u n d a	T e r ç a	Q u a r t a	Q u i n t a	S e x t a	S a b a d o	D o m i n g o

Medicamentos em SOS



Medicamento	Data	Hora	Motivo	Local

CONSULTA EXTERNA/VISITA DOMICILIÁRIA

DATA / /



AS MINHAS DÚVIDAS PARA A CONSULTA/VISITA DOMICILIÁRIA:



AS MINHAS PREOCUPAÇÕES PARA A CONSULTA/VISITA DOMICILIÁRIA:



PLANO ACORDADO APÓS CONSULTA/VISITA DOMICILIÁRIA



PONTOS POSITIVOS

PONTOS A ESCLARECER





CONSULTA EXTERNA/VISITA DOMICILIÁRIA


DATA / /





AS MINHAS DÚVIDAS PARA A CONSULTA/VISITA DOMICILIÁRIA:



AS MINHAS PREOCUPAÇÕES PARA A CONSULTA/VISITA DOMICILIÁRIA:



PLANO ACORDADO APÓS CONSULTA/VISITA DOMICILIÁRIA



PONTOS POSITIVOS

PONTOS A ESCLARECER





CONSULTA EXTERNA/VISITA DOMICILIÁRIA

DATA 5 / /



AS MINHAS DÚVIDAS PARA A CONSULTA/VISITA DOMICILIÁRIA:



AS MINHAS PREOCUPAÇÕES PARA A CONSULTA/VISITA DOMICILIÁRIA:




PLANO ACORDADO APÓS CONSULTA/VISITA DOMICILIÁRIA



PONTOS POSITIVOS

PONTOS A ESCLARECER





CONSULTA EXTERNA/VISITA DOMICILIÁRIA


DATA 5 / /



AS MINHAS DÚVIDAS PARA A CONSULTA/VISITA DOMICILIÁRIA:



AS MINHAS PREOCUPAÇÕES PARA A CONSULTA/VISITA DOMICILIÁRIA:




PLANO ACORDADO APÓS CONSULTA/VISITA DOMICILIÁRIA



PONTOS POSITIVOS

PONTOS A ESCLARECER





CONSULTA EXTERNA/VISITA DOMICILIÁRIA


DATA / /



AS MINHAS DÚVIDAS PARA A CONSULTA/VISITA DOMICILIÁRIA:



AS MINHAS PREOCUPAÇÕES PARA A CONSULTA/VISITA DOMICILIÁRIA:




PLANO ACORDADO APÓS CONSULTA/VISITA DOMICILIÁRIA



PONTOS POSITIVOS

PONTOS A ESCLARECER



REINTERNAMENTOS



PERÍODO: / / A / /


LOCAL:

AS MINHAS DÚVIDAS AO LONGO DO INTERNAMENTO



A rectangular box with a dark blue border and horizontal lines for writing. It contains a small brown paper tag on the top right and another on the left side.

AS MINHAS PREOCUPAÇÕES AO LONGO DO INTERNAMENTO



A rectangular box with a dark blue border and horizontal lines for writing. It contains a small green paper tag on the bottom left.

DÚVIDAS A ESCLARECER COM A EQUIPA DE PALIATIVOS PEDIÁTRICOS



A rectangular box with a dark blue border and horizontal lines for writing.



REINTERNAMENTOS



PERÍODO: / / A / /

LOCAL:

AS MINHAS DÚVIDAS AO LONGO DO INTERNAMENTO



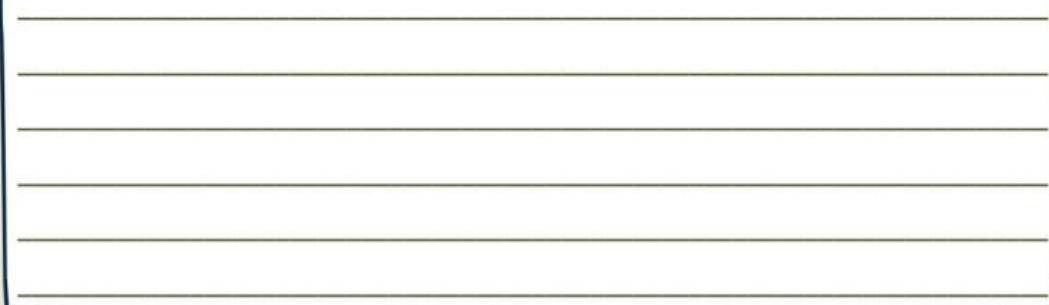
A rectangular box with a dark blue border and horizontal lines for writing. There are two small brown paper-like tabs on the left and right sides.

AS MINHAS PREOCUPAÇÕES AO LONGO DO INTERNAMENTO



A rectangular box with a dark blue border and horizontal lines for writing. There is a small green paper-like tab on the left side.

DÚVIDAS A ESCLARECER COM A EQUIPA DE PALIATIVOS PEDIÁTRICOS



A rectangular box with a dark blue border and horizontal lines for writing.



REINTERNAMENTOS



PERÍODO: / / A / /

LOCAL:



AS MINHAS DÚVIDAS AO LONGO DO INTERNAMENTO

AS MINHAS PREOCUPAÇÕES AO LONGO DO INTERNAMENTO

DÚVIDAS A ESCLARECER COM A EQUIPA DE PALIATIVOS PEDIÁTRICOS



REINTERNAMENTOS



PERÍODO: / / A / /

LOCAL:

AS MINHAS DÚVIDAS AO LONGO DO INTERNAMENTO

AS MINHAS PREOCUPAÇÕES AO LONGO DO INTERNAMENTO

DÚVIDAS A ESCLARECER COM A EQUIPA DE PALIATIVOS PEDIÁTRICOS



REINTERNAMENTOS



PERÍODO: / / A / /

LOCAL:

AS MINHAS DÚVIDAS AO LONGO DO INTERNAMENTO



A rectangular box with a dark blue border and horizontal lines for writing. It contains a small brown paper tag on the right side and a small brown paper tag on the left side.

AS MINHAS PREOCUPAÇÕES AO LONGO DO INTERNAMENTO



A rectangular box with a dark blue border and horizontal lines for writing. It contains a small green paper tag on the left side.

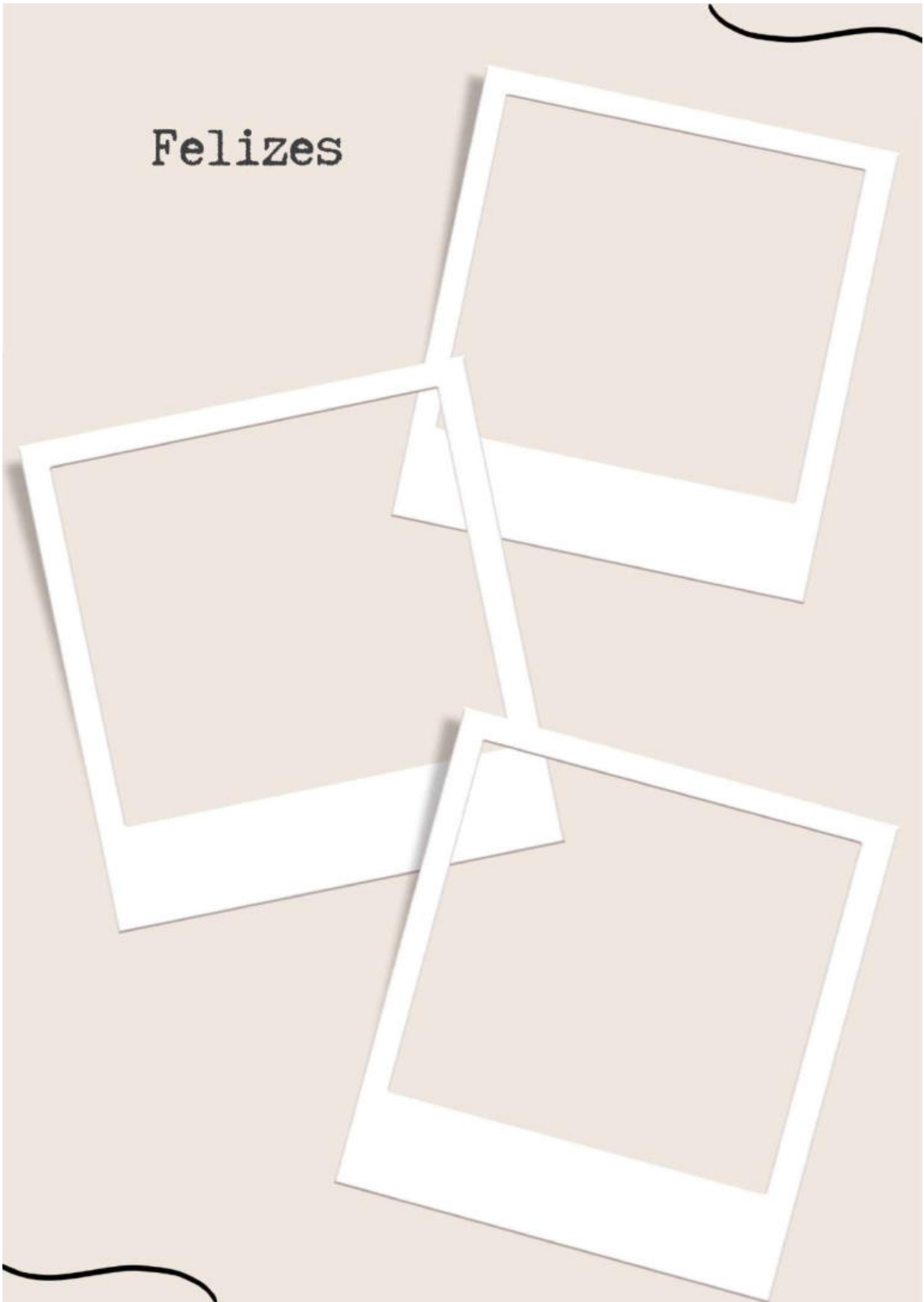
DÚVIDAS A ESCLARECER COM A EQUIPA DE PALIATIVOS PEDIÁTRICOS



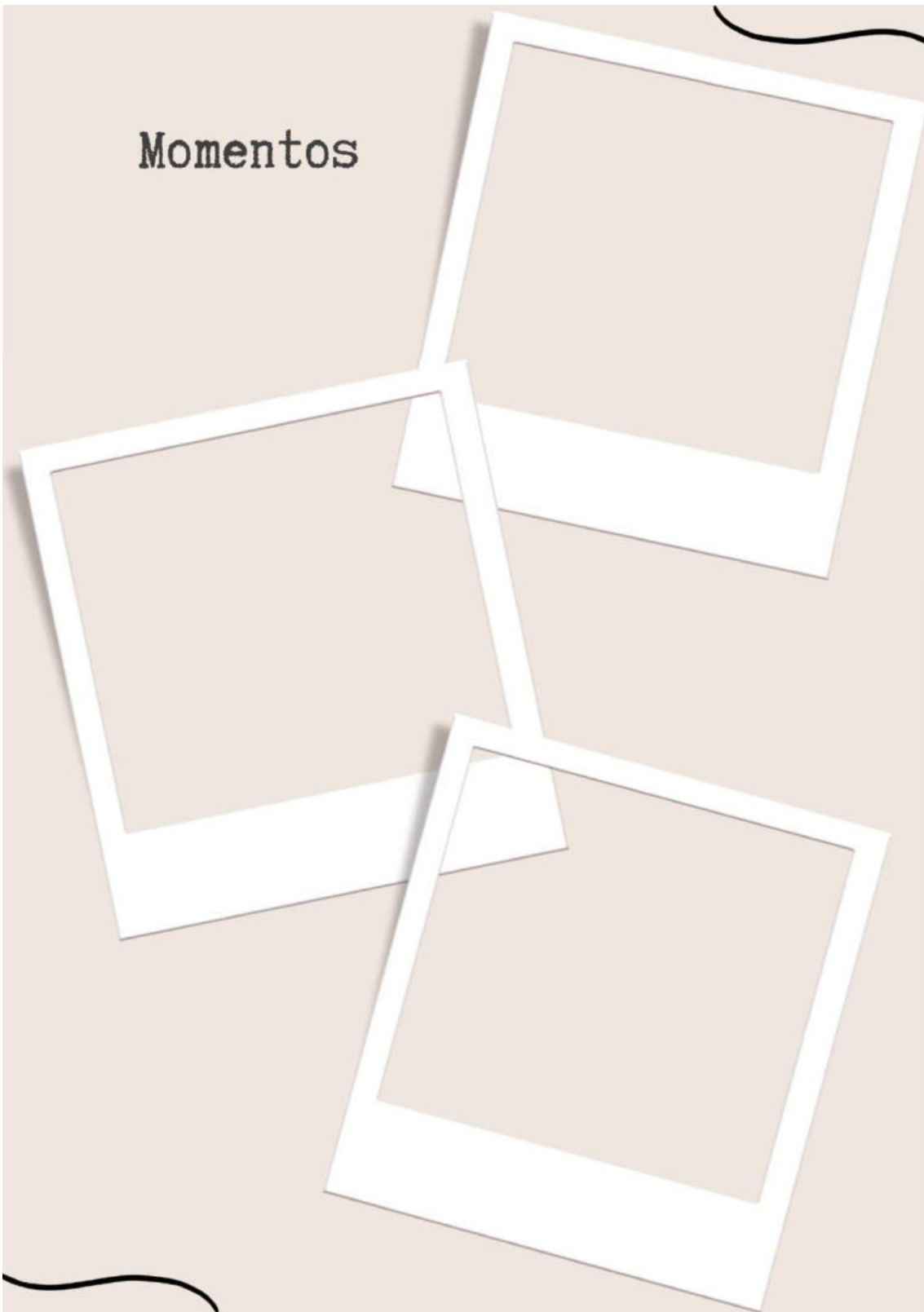
A rectangular box with a dark blue border and horizontal lines for writing.



Felizes



Momentos



Links de apoio ao cuidador:

- Direção Geral da Educação (2018). Manual de Apoio à Prática “Para uma Educação Inclusiva”. Disponível em https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/EEspecial/manual_de_apoio_a_pratica.pdf
- Guia Prático Tenho uma Criança, disponível em - <https://eportugal.gov.pt/guias/ter-uma-crianca>

Segurança Social

- Deficiência: <https://www.seg-social.pt/deficiencia>
- Parentalidade: <https://www.seg-social.pt/maternidade-e-paternidade>
- Dependência: <https://www.seg-social.pt/dependencia>
- Produtos de apoio: <https://www.seg-social.pt/produtos-de-apoio-para-pessoas-com-deficiencia-ou-incapacidade>
- Balcão de Inclusão: <https://www.seg-social.pt/balcao-da-inclusao>

Atestado de Incapacidade Multiuso: <https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/obtencao-de-atestado-medico-de-incapacidade-multiuso/>

Rede Nacional de Cuidados Paliativos: <https://www.acss.min-saude.pt/category/cuidados-de-saude/paliativos/?lang=pt>

Deficiência Fiscalmente Relevante (Autoridade Tributária):
<https://www.todoscontam.pt/pt-pt/pessoa-com-deficiencia>

Pais em rede: <https://paisemrede.pt/>

INR

<https://www.inr.pt/documents/11309/215135/Guia+Pr%C3%A1tico+Os+Direitos+das+Pessoas+com+Defici%C3%A2ncia+em+Portugal/1658c169-18d9-4f9e-b40e-fd02b176f556>



Direitos e Benefícios

• **Bonificação por Deficiência**

É um acréscimo ao abono de família para crianças e jovens que é atribuído quando, por motivo de perda ou anomalia congénita ou adquirida, de estrutura ou função psicológica, intelectual, fisiológica ou anatómica, a criança ou jovem necessite de apoio pedagógico ou terapêutico. É requerida em modelo próprio disponível no site da Segurança Social ou nos balcões de atendimento.

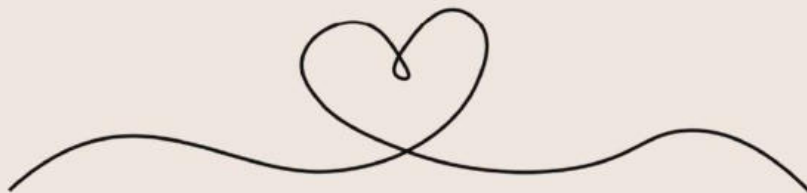
- Apenas é necessário ter escalão de abono atribuído, ou seja, para efeitos da sua atribuição considera-se, também, o descendente que não recebe o abono de família por ter ficado enquadrado no 4.º escalão de rendimentos e tenha idade superior a 72 meses ou no 5.º escalão de rendimentos
- A sua atribuição depende de uma avaliação médico-pedagógica que é realizada por uma equipa multidisciplinar do Centro Distrital do Instituto da Segurança Social, I.P. que abrange a área de residência
- Pode ser pedido no regime contributivo e não contributivo

• **Subsídio de educação especial**

Prestação destinada a crianças e jovens com deficiência e idade inferior a 24 anos, para assegurar a compensação de encargos resultantes da aplicação de formas específicas de apoio (terapias, ensino particular de educação especial, etc). Não é cumulativo com o subsídio de assistência de terceira pessoa.

• **Produtos de apoio para pessoas com deficiência ou incapacidade - INR**

Produtos específicos que desde que estejam contemplados na tabela da SS, serão comparticipados a 100%. Existe uma tabela específica que determina que produtos podem ser pedidos e por quem tem de ser passada a prescrição. Isto inclui fraldas e outros apoios (este último poderá ser requerido nos Centros de Saúde, mas o agregado familiar terá que estar isento do pagamento de taxas moderadora por insuficiência económica)



Direitos e Benefícios

• SNIPI

O Sistema Nacional de Intervenção Precoce integra um conjunto organizado de serviços da responsabilidade dos Ministérios da Saúde, do Trabalho e da Segurança Social e da Educação dirigido a crianças entre os 0 e os 6 anos e suas famílias e tem como missão garantir a Intervenção Precoce na Infância.

O SNIPI tem como público-alvo crianças dos 0 aos 6 anos com limitações que dificultam a sua participação nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias. O apoio é planeado e realizado pela ELI em conjunto com a família.

• AMIM – Atestado Médico de Incapacidade Multiusos

Consiste num documento oficial, emitido após avaliação numa junta médica, que indica e

comprova o grau de incapacidade de uma pessoa, expresso numa percentagem e calculado com base na Tabela Nacional de Incapacidades:

- Deve ser solicitado junto da Unidade de Saúde Pública ou no Centro de Saúde onde se encontra inscrito, em requerimento próprio, a disponibilizar nos locais referidos.
- Qualquer pessoa pode efetuar o pedido e não existe idade mínima ou máxima para a sua atribuição.
- O requerimento deve ser apresentado com os documentos de identificação da pessoa, bem como relatórios médicos pormenorizados da doença/deficiência e o seu impacto nas atividades de vida diária.
- Produz vários efeitos a partir dos 60% - para acesso a benefícios fiscais e sociais.



EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS



"EU LAVO O
SORRISO"



RECURSO: _____

TELEFONE EXTERIOR: _____

E-MAIL: _____

MARCAÇÃO E REMARCAÇÃO DE CONSULTAS:



Apêndice R – Revisão da Literatura em Processo de Conclusão

TÍTULO: Intervenções de enfermagem que capacitam os cuidadores a prestar cuidados à crianças com necessidade de cuidados paliativos no domicílio

Key-words: Nurs*; Palliative Care; Terminal Care; Home Health Nursing; death]; child*; pediatr*; infant; parents

INTRODUÇÃO

Em Portugal, existem 7.268 crianças com necessidades de cuidados paliativos¹¹. Os Cuidados Paliativos, são um direito para quem deles necessita⁹, sendo o seu principal objetivo melhorar a qualidade de vida dos doentes, das suas famílias e cuidadores pela prevenção e alívio do sofrimento¹⁰.

Segundo a OMS os cuidados paliativos pediátricos definem-se como o cuidado total do corpo, mente e espírito da criança, envolvendo também o cuidado da família. As famílias são os cuidadores primários e os serviços devem ser coordenados para fornecer apoio flexível e abrangente para toda a família.

De acordo com a OMS, os cuidados paliativos são mais eficazes quanto mais precocemente integrados.

O ambiente de eleição para a prestação de cuidados paliativos pediátricos é o domicílio, que para além de ser o ambiente preferencial da criança, promove a adaptação da família, e simultaneamente diminui o stress e burnout dos profissionais⁶. Os cuidados domiciliários têm um impacto positivo na qualidade de vida da criança e família, aumentam a comunicação dentro da família, diminuem os sentimentos de medo, isolamento e desamparo pela criança, permitem menor disrupção do quotidiano/rotinas, aumentam a sensação de controlo e a privacidade familiar⁶

Por outro lado, os cuidados domiciliários nesta área, ao exigirem maior responsabilidade da família, podem aumentar a pressão nos membros da família alargada e promover o afastamento desses familiares e amigos⁹. Estes desafios, com consequências menos positivas, relacionadas com a vivência da sobrecarga, o risco de pobreza e isolamento social, repercussões na sua saúde e qualidade de vida, impõem aos enfermeiros a necessidade de investir no conhecimento e na prática baseada na evidência, como forma a minimizar os aspetos negativos e a potenciar os positivos.

Os cuidados prestados pelas equipas de cuidados paliativos pediátricos às crianças e famílias acompanhadas visam a promoção da autonomia, do crescimento e desenvolvimento infantil, assente num modelo de parceria de cuidados. Neste modelo reconhecemos os pais como parceiros ativos, valorizando as suas capacidades, dotando-os de competências e habilidades, maximizando o seu potencial para contribuir para um adequado desenvolvimento infantil e bem-estar da criança, assente na gestão e implementação de um plano promotor da parentalidade, que pode ter uma duração bastante longa, necessitando de equipas multidisciplinares, constituídas por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas da fala ou terapeutas ocupacionais, essenciais à aquisição e desenvolvimento de competências, mas também à reabilitação ou manutenção de funções⁹.

O objetivo dos cuidados paliativos pediátricos em contexto domiciliar é proporcionar uma vida o mais plena possível com uma rotina adequada à idade e

capacidade do doente, de preferência sem deixar de incluir, sempre que possível, estes doentes na sociedade, que por sua vez deve estar preparada para os acolher.

Assim esta revisão integrativa tem como objetivo identificar na literatura publicada intervenções de Enfermagem com enfoque na capacitação dos cuidadores a prestar cuidados à criança com necessidade de cuidados paliativos, no domicílio.

A criança com doença crônica complexa na idade pediátrica vem acompanhada de grande distress familiar, com impacto em todos os seus elementos, incluindo os irmãos 11.

MATERIAL E MÉTODO

Como método optou-se pela realização de pesquisa eletrónica da literatura, entre o período temporal de fevereiro e março de 2023, através dos motores de busca acessíveis aos autores, em concreto, nas bases de dados de produção e investigação científica na área das Ciências da Saúde e das Ciências da Enfermagem: CINAHL, Medline, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews.

A estratégia de pesquisa bibliográfica, utilizou os descritores MeSH [Nurs*] e [Palliative Care] e [Terminal Care] e [Home Health Nursing] e [death] e [child*] e [pediatr*] e [infant] e [parents]. Estes descritores foram pesquisados de forma individual e em combinações, utilizando os operadores booleanos AND e OR (Tabela 1).

Tabela 1 - Equação de pesquisa

#1	Nurs*(Mesh)
#2	Palliative Care (Mesh)
#3	Terminal Care (Mesh)
#4	#2 OR #3
#5	<u>Home Health Nursing</u> (Mesh)
#6	Death (Mesh)
#7	#5 OR #6
#8	child (Mesh)
#9	pediatr* (Mesh)
#10	infant (Mesh)
#11	parents (Mesh)
#12	#8 OR #9 OR #10 OR #11
#13	#1 AND #4 AND #7 AND #12

Definimos como critérios de inclusão artigos publicados após 2018 (inclusive) e até 2023, com acesso a texto completo e nos idiomas português, inglês e espanhol, relacionados com o tema em estudo e que versassem crianças no domicílio com necessidades de cuidados paliativos.

A pesquisa inicial permitiu obter 127 artigos. Destes 4, foram excluídos por não estarem disponíveis em português, inglês ou espanhol, dando origem a 123 artigos. Após a leitura dos títulos e resumos por dois investigadores independentes, foram excluídos 113 artigos, incluindo os artigos em duplicado, dando origem a 10 peças bibliográficas. Posteriormente, foi realizada nova análise ao texto integral destes 10 artigos, aplicando os critérios previamente estabelecidos, obtendo-se assim, uma amostra final de 7 artigos, conforme apresentado no diagrama seguinte (Figura 1).

Figura 1 - Diagrama de Prima

Identificação	Artigos identificados nas bases de dados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola (N=123)		
Seleção	Artigos após excluídos os duplicados (N=106)		Artigos excluídos após leitura título e resumo (N=96)
	Artigos selecionados (N=10)		
Elegibilidade	Artigos em texto completo elegível (N=10)		Artigos em texto completo excluídos após aplicação critérios exclusão (N=3)
Inclusão	Total de artigos incluídos (N=7)		

• RESULTADOS

A extração de dados dos artigos desenvolveu-se com recurso a um formulário de dados de publicação que incluiu características do estudo como: o título, autores, ano de publicação, objetivos, métodos, intervenções, resultados e grau de evidência

Nesta revisão integrativa obtiveram-se sete artigos dos quais 3 foram realizados em Espanha ^{1,2,7} (42,9%), 1 realizados nos Estados Unidos da América ³ (14,3%), 1 realizados na Indonésia ⁴ (14,3%), 1 realizados na Inglaterra ⁵ (14,3%) e 1 realizados na Suíça ⁶ (14,3%),

Verificou-se também, que nos anos 2018, 2019 e 2021 houve maior publicação sobre a temática em estudo, representando um total de 85,7% das publicações da nossa amostra. Relativamente ao tipo de estudo, foram identificados 3 estudos qualitativos (42,9%), 3 estudos mistos (42,9%) e 2 revisões da literatura (28,6%).

O nível de evidência foi avaliado em I (n=5), e III (n=2).¹³

Os resultados obtidos através da análise da amostra em estudo, encontram-se ilustrados na tabela 2.

Tabela 2 – Resumo dos resultados dos artigos selecionados

1º Autor Ano	Método Nível evidência	Objetivos	Principais Resultados/Conclusões
Noriega, Íñigo de, et al, 2022 ¹	Misto Nível I	Descrever as características das crianças com doença oncológica e dos cuidados de saúde prestados por uma equipa de cuidados paliativos pediátricos no domicílio	Foram analisados 144 pacientes. Destes 137 receberam cuidados domiciliários, 89 não necessitam de mais internamentos hospitalares e 70,1% morreram no domicílio. Os sintomas mais comuns foram dor (91,8%), dispnéia (49,0%) e fadiga (46,9%)
Weaver MS, et al, 2021 ²	Qualitativo Nível I	O objetivo deste estudo foi explorar a carga de sintomas físicos e emocionais e avaliações de impacto familiar para crianças com cancro em fase terminal que receberam cuidados paliativos pediátricos domiciliários	Houve uma melhoria da função familiar ao receber cuidados paliativos domiciliários com suporte de telessaúde. Todas as crianças permaneceram em casa para cuidados de fim de vida.
Brock, Katharine E, et al, 2021 ³	Misto Nível I	O objetivo deste estudo era compreender como os internamentos diminuiram nos últimos 90 dias de vida em utentes com diagnóstico terminal que eram acompanhados por equipas de cuidados paliativos pediátricos domiciliários em comparação com os utentes que não eram acompanhados em domicílio	Um total de 426 utentes foram incluídos. Os utentes que receberam cuidados paliativos pediátricos domiciliários reduziram os internamentos hospitalares nos últimos 90 dias de vida com uma média de 3 dias de internamento comparado com 8 dias de internamento dos doentes que não são seguidos por equipas de cuidados paliativos pediátricos domiciliários

Nafratilova, Mercy, et al, 2018 ⁴	Qualitativo Nível I	Este estudo pretende explorar a experiência dos pais no cuidado de crianças com cancro em cuidados paliativos	Este estudo resultou em dois temas, ainda esperando por um milagre de Deus e sempre se entregando aos cuidados paliativos. Os pais ainda esperam um milagre de Deus para continuar a ter os seus filhos em cuidados paliativos. Os pais neste estudo arranjam consolo por continuar a acreditar em Deus, orar a Deus, agradecer a Deus, confiar em Deus e preparam-se para enfrentar a morte dos seus filhos
Schwartz, Tina M, et al, 2019 ⁵	Revisão da literatura Nível III	Objetivo deste artigo é analisar as melhores práticas de cuidados paliativos pediátricos e as barreiras à sua implementação	
Verri, Edna Regina, et al, 2019 ⁶	Qualitativo Nível I	O objetivo deste estudo é identificar quais intervenções que são realizadas especialmente por enfermeiros, em cuidados paliativos pediátricos que têm impacto positivo na qualidade de vida da criança/jovem e família	Os profissionais apresentaram dificuldades relacionadas com a filosofia e objetivos dos cuidados paliativos e dificuldades em trabalhar com utente em idade pediátrica acompanhados por unidades de cuidados paliativos
Sansano, Nara Daifuku, 2018 ⁷	Revisão da Literatura Nível III	O objetivo deste estudo é identificar quais intervenções que são realizadas especialmente por enfermeiros, em cuidados paliativos pediátricos que têm impacto positivo na qualidade de vida da criança/jovem e família	Os resultados mostram que a equipa de enfermagem realiza diversas intervenções com o objetivo de aumentar a qualidade de vida das crianças. Nomeadamente a comunicação eficaz, a coordenação entre equipas de saúde, manter consultas à família após a morte da criança e uma integração precoce dos cuidados paliativos pediátricos.

Os resultados anteriormente apresentados permitiram agrupar as principais intervenções de Enfermagem com especial enfoque na capacitação dos cuidadores de crianças com necessidades de cuidados paliativos no domicílio em x categorias, conforme apresentado na Tabela 3 e que por sua vez serão alvo de análise no capítulo seguinte

Intervenções de Enfermagem na visita domiciliar para a capacitação parental nas crianças acompanhadas pela equipa cuidados paliativos domiciliários

<p>Intervenções de enfermagem dirigidas aos pais/ cuidador:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ensino e treino Capacitação dos pais/cuidadores sobre manipulação em segurança dos dispositivos médicos (N=1; 14,3%); - Ensino dos pais sobre como avaliar, interpretar e controlar sintomas da criança (N=1,2; 28,6%); - Ensinos aos pais sobre como realizar intervenções farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor (N=1,2, 5; 42,9%); - Utilização de telessaúde (Videochamadas ou consultas telefônicas) na visita domiciliária como acompanhamento dos pais e crianças (N=2; 13,3%); - Suporte emocional aos pais/cuidadores (N=2, 5; 28,6%); - Estratégias de melhoria das relações familiares por técnicas de comunicação e gestão de tempo (N=2, 5; 28,6%); - Acompanhamento no processo de luto antecipado (N=2, 7; 28,6%); - Explicar os aspetos que envolvem a morte (N=7; 14,3%); - Construção do legado com os pais e familiares (N=2, 5; 28,6%); - Promoção da continuação dos pais das crenças religiosas (N=4; 14,3%); - Prestar apoio aos irmãos na preparação para o luto (N=7; 14,3%);
<p>Intervenções de enfermagem dirigidas à criança</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ensino à criança sobre gestão da dor com técnicas farmacológicas e não farmacológicas (N=1,2,7; 42,9%); - Ensino à criança sobre gestão da fadiga e falta de apetite (N=2, 5; 28,6%); - Ensino à criança sobre gestão da tristeza da criança (N=2, 5; 28,6%);

	<ul style="list-style-type: none"> - Ensino à criança sobre gestão sintomas emocionais (N=2,5,7; 42,9%); - Construção do legado e memórias com a criança (N=5; 14,3%); - Promover suporte espiritual à criança (N=6; 14,3%); - Garantir a morte digna (N=7; 14,3%); - Prestar apoio aos irmãos (N=7; 14,3%);
Intervenções de enfermagem dirigidas à gestão hospitalar	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de Teleconsultas na visita domiciliária (N=2; 14,3%); - Diminuição do período e número de internamento (N=1,2,3; 42,9%); - Diminuição da recorrência à urgência (N=2, 3; 28,6%); - Garantir o descanso do cuidador (N=7; 14,3%);
Intervenções de enfermagem em articulação com a equipa multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> - Coordenação da informação entre o hospital, equipa de saúde e família (N=2, 7; 28,6%); - Orientação da tomada de decisão para as família (N=5; 14,3%);
Intervenções de enfermagem em articulação com a comunidade	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitação da comunidade para manter crianças com necessidades de cuidados paliativos inseridas em creches e infantários (N=5; 14,3%); - Promover a adaptação do meio em que a criança está inserida (N=6; 14,3%);

DISCUSSÃO

Considerando o objetivo delineado e a questão de pesquisa, procedeu-se à análise dos artigos, com base em cinco categorias: intervenções de enfermagem dirigidas aos pais/cuidador, intervenções de enfermagem dirigidas à criança, intervenções de enfermagem dirigidas à gestão hospitalar, intervenções de enfermagem em articulação com a equipa multidisciplinar e intervenções de enfermagem em articulação com a comunidade.

- *Intervenções de enfermagem dirigidas aos pais/cuidadores*

Um dos estudos analisados mostra que 97% das crianças acompanhadas pelas equipes de cuidados paliativos pediátricos domiciliários têm algum tipo de dispositivo médico e necessita de ensinamentos dirigidos aos pais e cuidadores por parte da equipe de enfermagem 1.

O mesmo estudo mostra que o domicílio é o local preferido dos cuidados pelas crianças e pais 1. A equipe de enfermagem tem uma intervenção primordial no ensino aos pais/cuidadores sobre como avaliar, interpretar e controlar sintomas da criança 1;2. A equipe de enfermagem também tem um importante papel no suporte emocional dos pais/cuidadores podendo até ajudar com estratégias melhoria das relações familiares e técnicas de comunicação e gestão de tempo 2;5

Muitas das crianças com necessidades de cuidados paliativos sentem dor e existem técnicas farmacológicas e não farmacológicas que podem ser utilizadas para alívio dos sintomas a equipe de enfermagem nas visitas domiciliárias consegue realizar este acompanhamento e capacitar os pais sobre quais as melhores técnicas a usar em diferentes situações 1;2;5.

Os estudos também apontam como uma intervenção das equipes de cuidados paliativos pediátricos domiciliários a utilização de videochamadas ou consultas telefônicas como uma ferramenta importante no controle de sintomas físicos e suporte emocional principalmente em crianças que vivem mais longe da região metropolitana 2.

Um estudo refere que as crianças com necessidades de cuidados paliativos têm como preferência de morte o domicílio sendo que 70,1% das crianças que participaram neste estudo que eram acompanhadas pela equipe de cuidados paliativos pediátricos domiciliários morreram em casa 1. A equipe de enfermagem tem uma importante intervenção no acompanhamento do luto antecipado e em orientar os pais sobre como falar sobre a morte, explicar os aspectos que envolvem a morte e dar apoio aos irmãos 7.

Outra das intervenções das equipes de cuidados paliativos pediátricos domiciliários é o acompanhamento da família no processo de luto antecipado, pela construção de legado e comunicação aberta 2. A construção do legado é definida como ações ou comportamentos que visam ser lembrados e podem melhorar a enfrentar a doença e o fim da vida 5.

Outro estudo realizado na Indonésia mostra que os pais não podem ser separados de seu relacionamento com Deus e a equipe de enfermagem deve continuar a promover as crenças religiosas 4.

- *Intervenções de enfermagem dirigidas às crianças*

Três dos estudos analisados mostram que as intervenções de enfermagem nas equipes de cuidados paliativos pediátricos domiciliários ensinam a criança sobre gestão da dor com técnicas quer farmacológicas quer não farmacológicas 1;2;7

82% das crianças inseridas num dos estudos descreveram sentir tristeza, enquanto apenas 36% dos pais identificaram a tristeza como parte da experiência da criança. Aqui a equipe de enfermagem tem uma intervenção importante quer na criança em ajudar a lidar com a tristeza quer nos pais/cuidadores a estarem despertos para este problema 2.

Também este e outro estudo revela que é importante ensinar a criança sobre a falta de apetite e fadiga 2;7.

Outros três estudos revelam que a gestão dos sintomas emocionais nas crianças é de extrema importância nas equipas de cuidados paliativos pediátricos domiciliários 2;5;7.

Um dos estudos mostra que algumas das crianças com necessidades de cuidados paliativos entendem que a morte é permanente e irreversível, e que provavelmente pensaram na morte mesmo que não a comuniquem explicitamente 5. Para crianças cujas mortes podem ser antecipadas, referem que gostam de criar memórias e confirmar que são amadas e serão lembradas são importantes 5.

Aqui é muito importante a equipa de enfermagem de cuidados paliativos pediátricos trabalhar na construção do legado e garantir a morte digna bem como prestar apoio ao irmão da criança caso existam 7.

Os profissionais de Enfermagem desempenham um papel de extrema importância nos cuidados paliativos pediátricos, pois prestam os cuidados necessários e atendem às necessidades das crianças e famílias no dia a dia, promover o cuidado à criança e família envolvendo aspetos biopsicossociais e espirituais 6.

- *Intervenções de enfermagem de gestão hospitalar*

Um dos estudos debruça-se sobre crianças com necessidades paliativas que vivem em meios rurais, a bordo a visita domiciliária e a vídeo consulta como uma ferramenta importante e apoio às equipas de cuidados paliativos pediátricos reduzindo o custo com transporte ou vindas ao hospital dos familiares e aumentando a vigilância e suporte das crianças e famílias 2.

Com as equipas de cuidados paliativos pediátricos domiciliários dois estudos referem uma diminuição do número de recorrência à urgência 2;3. Ainda um destes estudos refere que a consulta precoce de cuidados paliativos ajuda o paciente a falecer em casa e diminui os dias necessários em hospital o que diminui os custos a nível hospitalar e aumenta a qualidade de vida das crianças e famílias 3.

Para além de diminuir as idas às urgências ainda diminui o número de internamentos bem como o período de internamento 1;2;3. Em termos de gestão hospitalar e com vista a melhorar o controlo sintomático e diminuir o número de internamentos e idas às urgências um dos estudos mostra a pertinência de incluir profissionais de saúde especializados em cuidados paliativos de adultos porque podem ser uma vantagem no controlo sintomático e habilidades de comunicação no entanto, é importante o treinamento destes profissionais para a população pediátrica 3. Contudo os estudos mostram que existe perda do papel na sociedade por parte dos cuidadores bem como aumento da carga emocional 1. Assim é importante os hospitais e instituições garantirem o descanso do cuidador 7.

- *Intervenções de enfermagem em articulação com a equipa multidisciplinar*

Outro dos aspetos mencionados em dois estudos das equipas de cuidados paliativos pediátricos domiciliários e a coordenação da informação entre o hospital, equipa de saúde e família 2; 7. Esta é uma das intervenções de enfermagem mais importantes para a equipa de saúde e família 7. Essa comunicação é considerada muito importante pelos pais das crianças, pois associam uma comunicação clara, concisa, compassiva e compreensível a um atendimento de excelência 7.

Os cuidados paliativos podem aliviar os sintomas, desconforto e stress para crianças que vivem com condições de risco de vida e suas famílias 5. Os principais componentes dos cuidados paliativos pediátricos incluem as dimensões física, psicossocial e espiritual, bem como a orientação de tomada de decisão para as famílias 5. Assim a equipa de cuidados paliativos pediátricos domiciliares tem uma importante intervenção na tomada de decisão para as famílias 5.

- *Intervenções de enfermagem em articulação com a comunidade*

A equipa de cuidados paliativos domiciliários também tem uma importância na integração e continuação de crianças com necessidades especiais nas escolas e creches 5. Os profissionais de Enfermagem inseridos nestas equipas também desempenham um papel de extrema importância, pois prestam os cuidados necessários e atendem às necessidades das crianças e famílias no dia a dia promover o cuidado à criança e família envolvendo aspectos biopsicossociais e espirituais de forma à adaptação do meio em que a criança está inserida 6.

- **Considerações finais**

Por meio da revisão integrativa da literatura, cruzando dados de diferentes estudos, foi possível identificar que as intervenções de enfermagem para crianças acompanhadas por equipas de cuidados paliativos pediátricos domiciliares podem ser divididas em cinco grupos: intervenções direcionadas aos pais/cuidadores, intervenções direcionadas às crianças, intervenções para gestão hospitalar, intervenções de enfermagem em articulação com a equipe multidisciplinar e intervenções de enfermagem em articulação com a comunidade.

Com relação às intervenções de enfermagem direcionadas aos pais, a literatura aponta que a equipe ensina os pais a manipular dispositivos médicos, a avaliar, interpretar e controlar os sintomas da criança, além de prestar apoio emocional aos pais e cuidadores, acompanhando o processo de luto e explicando aspectos relacionados à morte. A enfermagem também ajuda as crianças no gerenciamento de sua própria dor por meio de técnicas farmacológicas e não farmacológicas, gerenciamento da fadiga, falta de apetite e sintomas emocionais, ajuda a construir legados e memórias que a criança deseja deixar para a família, garante uma morte digna, presta apoio emocional aos irmãos e promove o apoio espiritual à criança, se assim fizer sentido para a família.

Quando são desenvolvidas equipas de cuidados paliativos pediátricos domiciliares, há benefícios para a gestão hospitalar, incluindo aumento do uso de teleconsulta, diminuição do período e número de internamentos e diminuição da recorrência à urgência. As equipes de cuidados paliativos pediátricos têm uma importante intervenção nas equipes multidisciplinares e comunitárias, promovendo a coordenação da informação entre o hospital, a equipe de saúde e a família, orientando a tomada de decisão da família, promovendo a manutenção das rotinas das crianças e facilitando a adaptação delas em creches e escolas.

Considerando a teoria de enfermagem das transições de Alaf Meleis, os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica têm um papel fundamental na mudança de rotinas, despertando para problemas existentes e melhorando a qualidade de vida da tríade (criança, família e equipe de saúde). Embora esta revisão apresenta algumas limitações, uma vez que a maioria dos artigos encontrados se referiam a crianças com

diagnóstico de doença oncológica com necessidades paliativas e nenhum dos artigos ter sido realizado em Portugal, trabalhos científicos como este são importantes para o crescimento da enfermagem e melhoria dos cuidados prestados com base na evidência científica mais recente. Portanto, é sugerido que mais pesquisas como essa sejam realizadas na realidade portuguesa para aumentar os conhecimentos baseados em evidências e melhorar a qualidade dos cuidados prestados à tríade.

• Referências Bibliográficas

1 - Noriega Í de, García-Salido A, Martino R, Herrero B. Palliative home-based care to pediatric cancer patients: characteristics and healthcare delivered. *Supportive Care in Cancer* [Internet]. 2022 Jan [cited 2023 Mar 8];30(1):59–67. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=153900282&lang=pt-pt&site=ehost-live>

2- Weaver MS, Shostrom VK, Neumann ML, Robinson JE, Hinds PS. Homestead together: Pediatric palliative care telehealth support for rural children with cancer during home-based end-of-life care. *Pediatric blood & cancer* [Internet]. 2021 Apr [cited 2023 Mar 8];68(4):e28921. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=33522720&lang=pt-pt&site=ehost-live>

3 - Brock KE, Allen KE, Falk E, Velozzi-Averhoff C, DeGroot NP, Klick J, et al. Association of a pediatric palliative oncology clinic on palliative care access, timing and location of care for children with cancer. *Supportive Care in Cancer* [Internet]. 2021 Apr [cited 2023 Mar 8];29(4):1849–57. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=148804032&lang=pt-pt&site=ehost-live>

4 - Nafratilova M, Allenidekania A, Wanda D. Still hoping for a miracle: Parents' experiences in caring for their child with cancer under palliative care. *Indian Journal of Palliative Care* [Internet]. 2018 Apr [cited 2023 Mar 8];24(2):127–30. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=129179444&lang=pt-pt&site=ehost-live>

5 - Schwartz TM, Chalupka S. Pediatric Palliative Care: Where Are We Now? *Pediatric Nursing* [Internet]. 2019 Sep [cited 2023 Mar 8];45(5):224–30. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=139486885&lang=pt-pt&site=ehost-live>

6 - Verri ER, Santana Bitencourt NA, da Silva Oliveira JA, dos Santos Júnior R, Silva Marques H, Alves Porto M, et al. Nursing Professionals: Understanding about Pediatric Palliative Care. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE* [Internet]. 2019 Jan [cited 2023 Mar 8];13(1):126–36. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=134018737&lang=pt-pt&site=ehost-live>

7- Sansano ND. Eficiencia de las intervenciones enfermeras paliativas en pacientes pediátricos oncológicos que mejoran la calidad de vida. *Agora de Enfermería* [Internet]. 2018 Jun [cited 2023 Mar 8];22(2):64–9. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=130206235&lang=pt-pt&site=ehost-live>

9 - International Children's Palliative Care Network. Declaration of Cape Town. <http://www.icpcn.org/the-icpcn-declaration-of-cape-town/>. Published 2009. Accessed November 3, 2019.

Apêndice S – Entrevista Informal à Orientadora Clínica da USF

Entrevista informal à orientadora clínica da USF

No dia 23 de janeiro de 2023 pelas 14 horas foi realizada uma entrevista informal no âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I à Orientadora Clínica (com o cargo de enfermeira coordenadora) da USF de um ACES. Esta entrevista teve a duração de aproximadamente 45 minutos e incluíam as seguintes questões:

- Qual o tipo de USF?
- Por quem é constituída a equipa da USF e como funciona?
- Quais as maiores dificuldades que a USF sente na área da saúde infantil?
- Quais as maiores dificuldades que são sentidas pela equipa de enfermagem na prestação de cuidados às crianças até os 6 meses?
- Quais as principais dúvidas que a equipa de enfermagem detecta nos pais na prestação de cuidados às crianças até os 6 meses?

Respostas:

- Pergunta 1:

A USF tem estrutura física juntamente com a UCSP e a UCC faz parte da ARS Lisboa e Vale do Tejo. Atualmente é uma unidade de modelo A. Tem um horário de funcionamento das 08:00 às 20:00 horas de segunda a sexta. Também funciona no sábado no período das 09:00-13:00 horas no atendimento complementar. Como qualquer USF tem médico e enfermeiro de família que dão apoio à família em todas as valências, realizando todo o tipo de consultas. Atualmente estão inscritos 11 136 utentes.

- Pergunta 2:

A equipa é constituída por 7 médicos, 7 enfermeiros e 4 secretários. A equipa de enfermagem tem uma enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica, uma enfermeira especialista em saúde mental e uma enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia.

- Pergunta 3:

A equipa sente dificuldade em mostrar aos pais a importância das consultas de vigilância de saúde infantil, muitos afirmam que não sentem esta necessidade porque já vão ao pediatra. Querendo recorrer à USF apenas para a realização do Plano Nacional de Vacinação. A equipa sente dificuldade em “cativar” estes pais para cumprir o que está preconizado no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil a nível da vigilância da Saúde.

- Pergunta 4:

A equipa de enfermagem sente que os pais estão pouco informados sobre como podem promover e estimular o desenvolvimento das crianças, promoção e hábitos de leitura, tipo de brincar adequado para a idade da criança. Estão pouco alertas para alguns perigos de segurança quer dentro quer fora de casa, como exemplo temos muitas vezes o sobreaquecimento dos sistemas de retenção ou carros de transporte. Bem como o uso incorreto dos mesmos - temos muitos lactentes a chegarem às consultas nos sistemas de retenção com vários casacos vestidos.

- Pergunta 5:

As dúvidas maiores que os Pais verbalizam nas consultas relacionam-se com as Características e cuidados ao recém-nascido, cuidados de higiene, o que fazer em caso de cólicas, sinais de alerta na criança para recorrer aos cuidados de saúde, amamentação, cuidados com leite adaptado e prevenção do engasgamento

**Apêndice T – Projeto de Curso de Promoção de Competências Parentais Numa
Perspetiva de Ganhos em Saúde**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA -
Lisboa**

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL

**Projeto de Curso de Promoção de Competências
Parentais numa Perspetiva de Ganhos em Saúde**



Elaborado por:

Mariana da Costa Amaral

Sob a orientação de

Professora Carla Mendes

Ano letivo 2023/2024

Índice

I. Introdução

II. Problemática

III. Planeamento estratégico - análise SWOT

III. 1. Matriz analítica

III. 2. Plano estratégico de ação: Análise cruzada

III. 3. Plano estratégico de ação: Plano de ação

IV. Organização do curso

V. Referências Bibliográficas

I. Introdução

No âmbito do Estágio de natureza profissional com Relatório realizado na USF Lusitânia do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica foi realizado um Projeto de Capacitação Parental pela Estudante Mariana Amaral e pela Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica com vista ao desenvolvimento de um curso de preparação para a parentalidade dirigido à comunidade da USF.

Sabe-se que as práticas e conhecimentos de enfermagem contribuem muito para o desenvolvimento da primeira infância¹ Desde cuidados pré-natais, educação materna, melhoria do acesso aos cuidados, educação, promoção da saúde e prevenção de doenças, os enfermeiros são uma parte crítica da saúde materno-infantil e do desenvolvimento da primeira infância¹.

Quando se fala em desenvolvimento infantil é pertinente falar em parentalidade que envolve tomar conta, assumir as responsabilidades de ser cuidador. É um comportamento destinado a facilitar a incorporação de um recém-nascido na família, para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças.²

A adaptação à parentalidade nem sempre é fácil, o nascimento de um filho acarreta um ajuste na vida dos pais e é acompanhado de uma elevada vulnerabilidade e stress.³ O EESIP tem um papel preponderante na literacia em saúde dos pais e em preparar a família para esta transição de vida. A adaptação à parentalidade são comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe, interiorizando as expectativas das famílias; amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados.²

O objetivo geral deste projeto é promover as competências parentais e o objetivo específico é desenvolver um curso de Preparação para a Parentalidade.

A metodologia utilizada para o desenvolvimento do curso, foi num primeiro momento a caracterização da problemática e num segundo momento a realização de uma análise SWOT construída com a colaboração da equipa de enfermagem da Unidade, que por sua vez deu origem à proposta de planeamento estratégico.

II. Problemática

As USF são as unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por técnicos administrativos.⁴ Permitem um acompanhamento da família ao longo do ciclo de vida. Tem uma importância significativa na prevenção da doença, deteção precoce de possíveis situações de risco e literacia em saúde da população que abrangem.

Um dos princípios que orientam a sua atividade é a conciliação, que assegura a prestação de cuidados de saúde personalizados, sem descuidar os objetivos de eficiência e qualidade.⁴ Acreditando que ser pai e mãe é um dos maiores desafios para o ser humano, pelas mudanças que acarreta e toda a adaptação que é necessária.⁵ A adaptação à parentalidade é um processo de transição que tem riscos associado.⁵ Assim a existência de um curso de preparação para a parentalidade vai ser uma ferramenta importante para empoderar os pais sobre os cuidados ao recém-nascido.

No âmbito do Programa Nacional da Gravidez de Baixo Risco o enfermeiro EESIP pode, desde logo, iniciar a sua intervenção de preparação para a parentalidade e cuidados ao recém-nascido.⁶ No âmbito do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, pode ter um papel fundamental na transição para a parentalidade, capacitação parental e cuidados antecipatórios. No decorrer do curso, pretende-se apoiar e estimular as responsabilidades parentais e promover o bem-estar familiar e em outros ambientes específicos.

A criação de um curso de Preparação para a Parentalidade tem vantagens para a criança, família, organização e profissionais, pois aumenta a literacia da saúde dos pais que passam a ver a USF como uma aliada para a prevenção da doença e promoção da saúde. Apesar de serem múltiplos os fatores que podem dificultar esta iniciativa cabe aos profissionais de saúde serem capazes de perceber quais são as oportunidades e as forças. Levando sempre em conta que com a formação adequada e a prática baseada na evidência conseguem-se combater as ameaças e fraquezas do sistema e das unidades de saúde, rentabilizando os recursos ao máximo.

III. Planeamento estratégico - análise Swot

A sigla SWOT, na língua inglesa, significa “Strengths”, “Weaknesses”, “Opportunities” e “Threats”. Já no português literal, a sigla FOFA, traduz-se como “Forças”, “Fraquezas”, “Oportunidades” e “Ameaças”, respetivamente.

Análise SWOT baseia-se, numa ferramenta de gestão para o estudo dos ambientes interno e externo de uma determinada entidade, através da identificação e análise dos pontos fortes e fracos da mesma, assim como das oportunidades e ameaças às quais ela se expõe.⁷

III. 1. Matriz analítica

Durante o meu estágio, através da observação das consultas de saúde infantil e juvenil, e da entrevista com a enfermeira coordenadora da USF, foi possível identificar os pontos fracos e ameaças existentes, bem como os pontos positivos e oportunidades a serem explorados.

Tabela 1: Matriz analítica: pontos fortes, pontos fracos, fatores externos e fatores internos

	PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
FATORES INTERNO S	<u>FORÇAS</u> Equipa de Enfermagem regida pela PBE; Espírito de Equipa; Comunicação eficaz; Equipa com competência Especializada; Disponibilidade da equipa para realizar formações no serviço para utentes; Disponibilidade de Sala/espço físico	<u>FRAQUEZAS</u> Falta de disponibilidade de horário; Resistência à mudança;

FATORES EXTERNOS	<u>OPORTUNIDADES</u> Interesse dos pais/cuidadores em aderir a programas;	<u>AMEAÇAS</u> Política de Gestão de RH;
	Internet; Legislação; Plano Nacional de Saúde; Recetividade dos Pais;	

III. 2. Plano estratégico de ação: Análise cruzada

TABELA 2: ANÁLISE CRUZADA: FORÇAS, FRAQUEZAS, OPORTUNIDADES E AMEAÇAS

	<u>FORÇAS:</u> Equipa de Enfermagem regida pela PBE; Espírito de Equipa; Comunicação eficaz; Equipa com competência Especializada; Disponibilidade da Formação em Serviço; Disponibilidade de Sala/espço físico	<u>FRAQUEZAS:</u> Falta de disponibilidade; Resistência à mudança;
<u>OPORTUNIDADES:</u> Interesse dos pais/cuidadores em aderir a programas; Internet; bases de dados; Legislação; Plano Nacional de Saúde; Recetividade dos Pais;	Desenvolvimento	Crescimento

<u>AMEAÇAS:</u> Política de Gestão de RH;	Manutenção	Sobrevivência
--	-------------------	----------------------

Desenvolvimento - FORÇAS/ OPORTUNIDADES

Se houver a possibilidade de receber formação durante o trabalho, seja pela instituição ou pelos profissionais que fazem parte dela, a disponibilização de internet pode ser considerada uma oportunidade de aprimorar o conhecimento da equipe. Isso porque esses recursos proporcionam um acesso mais amplo às evidências mais recentes, o que contribui para a melhoria da prática baseada em evidências (PBE).

O avanço das tecnologias permite nos dias de hoje que qualquer cidadão aceda a fontes inesgotáveis de informação. Ainda que fidedigna ou não, os pais/cuidadores das crianças, têm acesso fácil a qualquer informação, permitindo que questionem e confrontem os profissionais de saúde, permanentemente. Por este motivo, os profissionais de saúde sentem necessidade de justificar as suas intervenções. Uma equipa que rege os seus cuidados pela PBE, proporciona aos cuidadores decisões sustentadas, fundamentando-as na pirâmide de acontecimentos, que caracteriza e organiza o crescente universo de evidências e recursos disponíveis. Desta forma, estabelece-se uma relação de parceria entre o enfermeiro e a criança/família, salientando-se: o envolvimento, participação e parceria de cuidados, capacitação e negociação ⁹, numa base de confiança mútua.

Crescimento - FRAQUEZAS / OPORTUNIDADES

O facto de a instituição disponibilizar internet para consulta pelos profissionais permite aumentar o conhecimento dos mesmos e assim melhorar a sua confiança durante a prestação de cuidados, diminuindo a sua resistência à mudança.

Para o cumprimento do Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil pode ser uma mais-valia a realização deste curso pois para além capacitar os pais a terem comportamentos mais saudáveis, faz com que tenham uma relação de maior proximidade com a unidade de saúde familiar e recorrer a esta para consultas de vigilância. Não apenas para vacinação das crianças como foi apontado como um problema na entrevista com a enfermeira coordenadora da USF.

Atualmente vivemos na era tecnologia e cada vez mais os pais têm diversas informações à sua disposição, cabe ao enfermeiro poder filtrar essa informação e empoderar os pais a tomar as melhores decisões informadas sobre a saúde dos filhos. Somando a isto o facto de alguns pais se apresentarem recetivos, motiva os profissionais a implementar novas abordagens que vão de encontro às necessidades da população que abrangem e a ter uma adesão e mudança de comportamento da população com ganhos em saúde.

Manutenção - FORÇAS / AMEAÇAS

A USF ao reger-se por uma comunicação eficaz, espírito de equipa e 90% dos profissionais de enfermagem com especialização garante cuidados adequados e segurança aos utentes. Mais especificamente, ao existir um EESIP pode aumentar a confiança dos pais e facilita os ensinamentos efetuados aos mesmos¹⁰. Este elemento da equipa deve demonstrar mais disponibilidade e competência para realizar formação a outros profissionais facilitando assim a realização deste curso não apenas pela EESIP mas por toda a equipa de enfermagem.

Também quando a equipa se rege pela PBE consegue perceber e fundamentar os seus direitos e implementar diretrizes que permitam minimizar as políticas de gestão da unidade. Sabemos que existem muitos tempos a cumprir nas consultas das unidades de saúde bem como indicadores a atingir, no entanto com a evidência científica consegue-se mostrar as vantagens da implementação de cursos como este.

Sobrevivência - FRAQUEZAS / AMEAÇAS

Ao fornecer horas de formação à equipe, é possível aumentar a motivação da equipa diminuir a falta de disponibilidade, assim minimizando as fraquezas o que pode resultar em uma melhoria na qualidade dos cuidados de saúde prestados ¹¹. É importante ressaltar que a gestão adequada das instituições de saúde é fundamental para garantir essa melhoria. Embora haja ameaças políticas relacionadas à gestão das instituições, é possível combater as fraquezas da equipe a nível institucional, o que contribui para a obtenção de resultados positivos.

III. 3. Plano estratégico de ação: Plano de ação

O presente Plano Estratégico de Ação é apresentado primariamente em reunião informal com a coordenadora médica e de enfermagem da USF. Após reunião informal é apresentado e entregue a toda a Equipa para darem sugestões. Depois, em reunião presencial com os elementos da USF é realizada uma sessão expositiva, com a duração de cerca de 30 minutos para apresentação do projeto final.

O Projeto tem como principal objetivo a implementação de um curso de preparação para a parentalidade.

Deste modo, são apresentadas as seguintes estratégias, que se pretendem implementar com as seguintes intervenções:

TABELA 3: PLANO DE AÇÃO: ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÕES

Estratégia	Intervenção
-------------------	--------------------

<p>Sensibilizar a liderança e a chefia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Organizar as agendas dos profissionais, criando tempo dedicado para a realização do curso • Sensibilizar a coordenação da USF e da ACSE para a criação do curso de Preparação para a Parentalidade;
<p>Assegurar formação contínua e especializada dos profissionais de saúde, como requisito obrigatório</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dar tempo à equipa de enfermagem para a aquisição de novos conhecimentos, fazendo uso das fontes de conhecimento disponíveis para a sua diferenciação e competência
<p>Capacitação parental dos pais para a preparação para a parentalidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilizar os pais recursos a que possam aceder após a saída da consulta de saúde infantil e curso de preparação para a parentalidade (nomeadamente o livro de apoio ao curso de Preparação para a Parentalidade) • Implementar o curso de Preparação para a Parentalidade na Unidade • Disponibilização do email de serviço do enfermeiro de família aos pais que participam no curso para esclarecimento de dúvidas

IV. Organização do curso

Local:

USF

População alvo da USF:

Pais e Cuidadores de crianças até aos 6 meses de idade.

Objetivo geral:

- Promover competências em pais/cuidadores de crianças até aos 6 meses de vida

Objetivo Específico

- Desenvolver curso para pais /cuidadores sobre os cuidados à criança nos primeiros 6 meses de vida

Nome publicitário:

Cuidados à criança nos primeiros 6 meses de vida

- Do enfermeiro de família para si –
- Venha ouvir o seu Enfermeiro de família....

Proposta de realização:

Presencial (ginásio)

Formador

- Enfermeira da USF

Instrumentos a realizar

- Cartaz de apresentação para o curso de Preparação Para a Parentalidade;
- Convite dirigido aos pais/cuidadores para o curso de Preparação Para a Parentalidade;
- Livro de apoio ao curso de Preparação Para a Parentalidade;

Duração do curso:

- 1 vez por trimestre
- curso dividido em 4 módulos
- Cada módulo tem a duração de 30 minutos

Temas:

- Módulo I: Características do Recém-Nascidos e Desenvolvimento
- Módulo II: Cuidados ao Recém-Nascido
- Módulo III: Amamentação, Leite Adaptado e Prevenção do Engasgamento
- Módulo IV: Segurança dentro e fora de casa, Segurança Rodoviária

Materiais necessários:

- Banheira;
- Toalha de banho;
- Compressas;
- Bebe

V. Referências Bibliográficas:

- 1- International Council of Nurses. International Council of Nurses [Internet]. Geneva: International Council of Nurses [Cited 2023 Jan 20]; Available from: <https://www.icn.ch/news/international-council-nurses-joins-cepps-global-initiative-improve-early-childhood-development>
- 2 - Conselho Internacional de Enfermeiros. CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Lusodidata, 2016:
- 3 - Vieira, M. e Reis, A. Capacitação dos Pais no Pós-Parto para a Promoção da Saúde do Bebê: Revisão Sistemática da Literatura. Revista da Revista da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém [internet]. 2017 [Cited 2023 Jan 20]; 5(2):132-143 Available from <https://revistas.rcaap.pt/uiips/article/view/14514/10900>
- 4 - Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto
- 5 - Ordem dos Enfermeiros. Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização (Cadernos OE/Série I/Número 8/): OE; 2015 [internet]. [Cited 2023 Jan 20]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadedepositiva_vf.pdf
- 6 - Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, Lisboa: DGS; 2017. [internet]. [Cited 2023 Jan 20]. Available from: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
- 7 - OECD. Health at a glance: Europe 2018: state of health in the EU cycle [Internet]. Paris: OECD; 2018. [Cited 2023 Jan 20]. Disponível em: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018_healthatglance_rep_en.pdf.
- 8 - Santos, Selina Guillen Freitas dos e Marques, Isaac R. Uso dos recursos de Internet na Enfermagem: uma revisão. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2006, v.

59,

n. 2 [Cited 2023 Jan 20] Available from: [https://doi.org/10.1590/S0034-](https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000200017)

[71672006000200017](https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000200017)

9 - Torres, C. Enfermagem Baseada na Evidência nos Cuidados Prestados à Criança e

Família: Atitudes e Barreiras – Estudo realizado num serviço de Pediatria do Norte de

Portugal; ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE INSTITUTO

POLITÉCNICO DO PORTO Escola Superior de Saúde do Porto. 2019 [Cited 2023 Jan 20]

Available from: https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/15591/1/DM_C%C3%A2

[niaTorres_2019_MGO.pdf](https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/15591/1/DM_C%C3%A2)

10 - Regulamento nº422/2018. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Diário da República, 12 de Julho de 2018 [Internet]. [Cited 2023 Jan 20]. Available from:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

11 - Nunes A. Reformas na gestão hospitalar: análise dos efeitos da empresarialização.

Tese de Doutoramento em Ciências Sociais na Especialidade de Administração da Saúde

[Internet]. 2016 [ited 2023 Jan 20]. Available from:

<http://hdl.handle.net/10400.5/12070>

Apêndice U – PowerPoint de Sessão de Apresentação do Projeto de Curso de Promoção de Competências Parentais Numa Perspetiva de Ganhos em Saúde à Equipa da USF

Projeto de Curso de Promoção de Competências Parentais

-Numa Perspetiva de Ganhos em Saúde-



Elaborado por: [Redacted]
Mariana da Costa Amaral
Sob a orientação de:

Plano de Sessão

Tema	Projeto de curso de promoção de competências parentais
Publico	Profissional saúde da Unidade de Saúde Familiar (USF)
Formadores	Mariana Amaral
Data, hora e local	12/05/2023 às 14H [Redacted]
Duração	30 minutos
Metodologia	Expositiva
Recursos	PowerPoint
Objetivo Geral	Apresentar o projeto do curso de promoção de competências parentais

Introdução

- A adaptação à parentalidade nem sempre é fácil, o nascimento de um filho acarreta um ajuste na vida dos pais e é acompanhado de uma elevada vulnerabilidade e stresse.
- O **objetivo geral** deste projeto é promover as competências parentais e o **objetivo específico** é desenvolver um curso de Preparação para a Parentalidade.
- Num primeiro momento foi realizada a caracterização da problemática e num segundo momento a realização de uma análise SWOT



01

Problemática

02

Planeamento estratégico

Problemática

- Ser **pai e mãe** é um dos **maiores desafios** para o ser humano.
- A **adaptação à parentalidade** é um **processo de transição** que tem riscos associados.
- O **Programa Nacional da Gravidez de Baixo Risco** deve se iniciar a preparação para a parentalidade e cuidados ao recém-nascido.
- O **Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil**, tem papel fundamental na transição para a parentalidade, capacitação parental e cuidados antecipatórios.
- A **criação de um curso** de Preparação para a Parentalidade tem **vantagens para a criança, família, organização e profissionais**, pois **umenta a literacia da saúde dos pais** e **passam a ver a USF** como uma aliada na prevenção da doença e promoção da saúde.

Planeamento estratégico

Análise SWOT baseia-se, numa ferramenta de gestão para o estudo dos ambientes interno e externo de uma determinada entidade, através da identificação e análise dos pontos fortes e fracos da mesma, assim como das oportunidades e ameaças às quais ela se expõe

	PONTOS FORTES	PONTOS FRACOS
FATORES INTERNOS	<u>FORÇAS</u> Equipa de Enfermagem regida pela PBE; Espírito de Equipa; Comunicação eficaz; Equipa com competência Especializada; Disponibilidade da equipa para realizar formações no serviço para utentes; Disponibilidade de Sala/espço físico	<u>FRAQUEZAS</u> Falta de disponibilidade de horário; Resistência à mudança;
FATORES EXTERNOS	<u>OPORTUNIDADES</u> Interesse dos pais/cuidadores em aderir a programas; Internet; Legislação; Plano Nacional de Saúde; Receptividade dos Pais;	<u>AMEAÇAS</u> Política de Gestão de RH;

Plano estratégico de ação: Plano de ação

Sensibilizar a liderança e a chefia	<ul style="list-style-type: none"> Organizar as agendas dos profissionais, criando tempo dedicado para a realização do curso Sensibilizar a coordenação da USF e da ACSE para a criação do curso de Preparação para a Parentalidade;
-------------------------------------	--

Plano estratégico de ação: Plano de ação

Assegurar formação
contínua e especializada
dos profissionais de
saúde, como requisito
obrigatório

- Dar tempo à equipa de enfermagem para a aquisição de novos conhecimentos, fazendo uso das fontes de conhecimento disponíveis para a sua diferenciação e competência

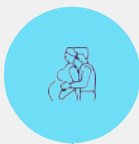
Plano estratégico de ação: Plano de ação

Capacitação parental dos
pais para a preparação
para a parentalidade

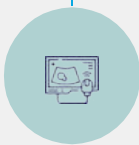
- Disponibilizar os pais recursos a que possam aceder após a saída da consulta de saúde infantil e curso de preparação para a parentalidade (nomeadamente o livro de apoio ao curso de Preparação para a Parentalidade)
- Implementar o curso de Preparação para a Parentalidade na Unidade
- Disponibilização do email de serviço do enfermeiro de família aos pais que participam no curso para esclarecimento de dúvidas

Organização do Curso

Local



USF Lusitano



População Alvo

Pais e Cuidadores de crianças até aos 6 meses de idade.



Objetivo geral

Promover as competências parentais

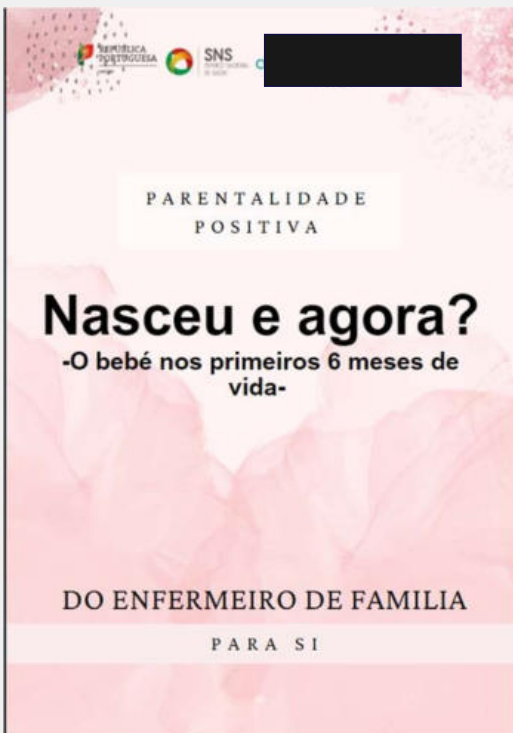
Duração Curso

- 1 vez por trimestre
- Dividido em 4 módulos
- Cada módulo tem a duração de 30 minutos


Instrumentos a realizar

- Cartaz de apresentação
- Convite
- Livro de apoio





Nasci e agora?
-O bebé nos primeiros 6 meses de vida-






Módulo I -Crescimento e Desenvolvimento do Bebê

1. Características do Bebê
2. Desenvolvimento do Bebê
3. Cuidados de Saúde
4. Alterações Normais do Bebê
5. Sinais de Alerta do Bebê



Módulo I -Crescimento e Desenvolvimento do Bebê

- **Características do Bebê**
 - **Desenvolvimento do Bebê**
 - **Cuidados de Saúde**
 - **Alterações Normais do Bebê**
 - **Sinais de Alerta do Bebê**
- 
- 
- 



Módulo II -Cuidados ao Bebê

1. Cuidados de Higiene ao Bebê
2. Cólicas
3. Medidas de Conforto do Bebê



Módulo II -Cuidados ao Bebê

- **Cuidados de Higiene ao Bebê**
 - **Cólicas**
 - **Medidas de Conforto do Bebê**
- 
- 
- 

Módulo III -Alimentação

1. Amamentação
2. Sinais de fome
3. Pega
4. Duração e Intervalo da Mamada
5. Eructação (Arrotar)
6. Descida do Leite
7. Prevenção Mamilos Gretados
8. Extração e Armazenamento de Leite Materno
9. Leite Artificial
10. Manobra de Desengasgamento

Módulo III -Alimentação

- Amamentação
- Sinais de fome
- Pega
- Duração e Intervalo da Mamada
- Eructação (Arrotar)
- Descida do Leite
- Prevenção Mamilos Gretados
- Extração e Armazenamento de Leite Materno
- Leite Artificial
- Manobra de Desengasgamento

Módulo IV - Segurança

1. Cuidados de Segurança em Casa
2. Sistemas de Retenção

Módulo IV - Segurança

- Cuidados de Segurança em Casa
- Sistemas de Retenção

Referencias Bibliográficas

1. International Council of Nurses. International Council of Nurses [Internet]. Geneva: International Council of Nurses [Cited 2023 Jan 20]; Available from: <https://www.icn.ch/news/international-council-nurses-joins-cepps-global-initiative-improve-early-childhood-development>
2. Conselho Internacional de Enfermeiros. CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Lusodidata, 2016:
3. Vieira, M. e Reis, A. Capacitação dos Pais no Pós-Parto para a Promoção da Saúde do Bebê: Revisão Sistemática da Literatura. Revista da Revista da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém [internet]. 2017 [Cited 2023 Jan 20]; 5(2):132-143 Available from <https://revistas.rcaap.pt/uiips/article/view/14514/10900>
4. Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto
5. Ordem dos Enfermeiros. Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização (Cadernos OE/Série I/Número 8/): OE; 2015 [internet]. [Cited 2023 Jan 20]. Available from: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadepositiva_vf.pdf
6. Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, Lisboa: DGS; 2017. [internet]. [Cited 2023 Jan 20]. Available from: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>
7. OECD. Health at a glance: Europe 2018: state of health in the EU cycle [Internet]. Paris: OECD; 2018. [Cited 2023 Jan 20]. Disponível em: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018_healthatglance_rep_en.pdf.
8. Santos, Selina Guillen Freitas dos e Marques, Isaac R. Uso dos recursos de Internet na Enfermagem: uma revisão. Revista Brasileira de Enfermagem [Internet]. 2006, v. 59, n. 2 [Cited 2023 Jan 20] Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000200017>
9. Torres, C. Enfermagem Baseada na Evidência nos Cuidados Prestados à Criança e Família: Atitudes e Barreiras – Estudo realizado num serviço de Pediatria do Norte de Portugal; ASSOCIAÇÃO DE POLITÉCNICOS DO NORTE INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO Escola Superior de Saúde do Porto. 2019 [Cited 2023 Jan 20] Available from: https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/15591/1/DM_C%C3%A2niaTorres_2019_MGO.pdf
10. Regulamento nº422/2018. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Diário da República, 12 de Julho de 2018 [Internet]. [Cited 2023 Jan 20]. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>
11. Nunes A. Reformas na gestão hospitalar: análise dos efeitos da empresarialização. Tese de Doutoramento em Ciências Sociais na

Discussão

Apêndice V – Plano de Sessão da Apresentação à Equipe da USF do Projeto de Curso de Promoção de Competências Parentais Numa Perspetiva de Ganhos em Saúde

Sessão de formação em Equipa da Unidade de Saúde Familiar

Plano de sessão:

Tema	Apresentação do Projeto de Curso de Promoção de Competências Parentais numa Perspetiva de Ganhos em Saúde	
Público-Alvo	Equipa da Unidade de Saúde Familiar	
Formadores	Enfª Mariana Amaral	
Data, local e hora	11 de maio de 2023 na Sala de Reuniões da Unidade de Saúde Familiar	
Duração	30 Minutos	
Recursos	PowerPoint, Projeto de Curso de Promoção de Competências Parentais e Livro de apoio ao curso de Preparação Para a Parentalidade	
Objetivo geral	Apresentar o projeto do curso de promoção de competências parentais	
Etapas /formador	Objetivos	Conteúdos
Planeamento - 2 minutos Enfª Mariana	Apresentar aos formandos, a temática e organização da sessão	Apresentação das formadoras e temática a abordar; Evidência do objetivo e método de trabalho
Desenvolvimento 25 minutos Enfª Mariana	Apresentar o projeto de curso de promoção de competências parentais; Apresentação do livro Nasceu e agora a toda a equipa da unidade de saúde familiar;	Apresentação através da análise SWOT de como proponho a realizar o curso; Apresentação dos capítulos do livro a toda a equipa da USF;
Conclusão - 3 minutos Enfª Mariana	Salientar aspetos relevantes dos conteúdos apresentados	Síntese da sessão

Debate - 30 minutos Enf ^a Mariana	Disponibilização do livro em formato completo em papel	Recolha do livro com sugestões da equipa
---	--	--

**Apêndice W – Relatório da Avaliação da Apresentação à Equipa da USF do
Projeto de Curso de Promoção de Competências Parentais Numa Perspetiva de
Ganhos em Saúde**

Questionário de Avaliação da Formação - Formando/a

Para a avaliação desta formação foi utilizado o questionário de avaliação da Unidade de Saúde Familiar implementado na mesma para as formações realizadas na unidade.

Na sua avaliação utilize a seguinte escala:

1 Insuficiente	2 Suficiente	3 Bom	4 Muito bom	5 Excelente				
Conhecimentos Iniciais								
Conhecimentos sobre a temática da formação				1	2	3	4	5
Parâmetros a Avaliar								
Interesse da temática de formação				1	2	3	4	5
Clareza na apresentação dos conteúdos				1	2	3	4	5
Qualidade do Conteúdo Científico				1	2	3	4	5
Domínio teórico da matéria				1	2	3	4	5
Utilização de metodologias facilitadoras de aprendizagem				1	2	3	4	5
Meios audiovisuais/logística da sessão				1	2	3	4	5
Duração da Sessão				1	2	3	4	5
Avaliação Global								
Esta formação correspondeu ao que dela esperava, tendo sido útil?				1	2	3	4	5
Na sua opinião quais são os principais “pontos fortes” e “pontos fracos” desta formação?								

O questionário de avaliação de formação com a duração de mais ao menos trinta minutos foi aplicado no dia 11/05/2023 na sessão de formação realizada à equipa da Unidade de Saúde Familiar. Foi disponibilizado no final da formação e preenchido por todos os formandos (16 pessoas) cujos resultados se apresentaram de seguida. Foi

utilizada uma escala de 1 a 5 valores sendo atribuído ao valor 1 - insuficiente e ao valor 5 - excelente.

- **Na questão 1** “Conhecimentos sobre a temática da formação” 43,75 % (n=7) dos inquiridos avaliou com 5 valores, 37,5% (n=6) avaliou com 4 valores, 12,5% (n=2) avaliou com 3 valores e 6,25 (n=1) avaliou com 2 valores
- **Na questão 2** "Interesse da temática de formação" 93,75% (n=16) dos inquiridos avaliou com 5 valores e 6,25% (n=1) avaliou com 1 valor.
- **Na questão 3** “Clareza na apresentação dos conteúdos” 81,25 % (n=13) dos inquiridos avaliou com 5 valores, 18,75% (n=3) dos inquiridos avaliou com 4 valores e
- **Na questão 4** “Qualidade do Conteúdo Científico” 68,75 % (n=11) dos inquiridos avaliou com 5 valores, 18,75% (n=3) avaliou com 4 valores e 12,5% (n=2) avaliou com 3 valores
- **Na questão 5** “Domínio teórico da matéria” 81,25 % (n=13) dos inquiridos avaliou com 5 valores, 6,25% (n=1) dos inquiridos avaliou com 4 valores e 12,5% (n=2) dos inquiridos avaliou com 3 valores.
- **Na questão 6** “Utilização de metodologias facilitadoras de aprendizagem” 62,5 % (n=10) dos inquiridos avaliou com 5 valores, 18,75% (n=3) dos inquiridos avaliou com 4 valores e 18,75% (n=3) dos inquiridos avaliou com 3 valores.
- **Na questão 7** “Meios audiovisuais/logística da sessão” 68,75 % (n=11) dos inquiridos avaliou com 5 valores, 12,5% (n=2) avaliou com 4 valores e 18,75% (n=3) avaliou com 3 valores
- **Na questão 8** “Duração da Sessão” 93,75 % (n=15) dos inquiridos avaliou com 5 valores e 6,25% (n=1) avaliou com 4 valores
- **Na questão 9** “Esta formação correspondeu ao que dela esperava, tendo sido útil?” 93,75 % (n=15) dos inquiridos avaliou com 5 valores e 6,25% (n=1) avaliou com 4 valores
- O último item do questionário era uma questão aberta que sugere aos formandos a partilha de “pontos fortes” e “pontos fracos” desta formação. Obtivemos 12,5% (n=2)

de respostas que referem: “Excelente trabalho e apresentação”; “Excelente projeto muito bem elaborado”

Apêndice X – Plano de Sessão e Questionário do Curso de Promoção de Competências Parentais para Pais

Sessão de formação em Equipa da Unidade de Saúde Familiar

Plano de sessão:

Tema	Curso de Promoção de Competências Parentais de pais de crianças até 6 meses de idade	
Público-Alvo	Equipa da Unidade de Saúde Familiar	
Formadores	Equipa Enfermagem da Unidade de Saúde familiar	
Local	Ginásio da Unidade de Saúde familiar	
Data e Hora	Módulo I - A Definir	
Data e Hora	Módulo II - A Definir	
Data e Hora	Módulo III - A Definir	
Duração	30 Minutos	
Recursos	PowerPoint, Livro de Apoio ao Curso de Preparação Para a Parentalidade, Nenuco, Manta, Banheira, Toalha, Compressas Tecido Não Tecido	
Objetivo geral	Capacitar Competências Parentais dos Pais dos Recém-Nascidos até 6 Meses de Vida	
Etapas /formador	Objetivos	Conteúdos
Módulo I - 60 Minutos		
Planeamento - 2 minutos Enf ^a da USF	Apresentar aos formandos, a temática e organização da sessão;	Apresentação das formadoras e temática a abordar; Evidência do objetivo e método de trabalho;
Desenvolvimento 25 minutos Enf ^a da USF	Apresentar características do desenvolvimento do bebé nos primeiros 6 meses de vida; Apresentar os cuidados ao bebé nos primeiros 6 meses de vida;	Apresentação das características do desenvolvimento do bebé nos primeiros 6 meses de vida; Apresentação dos cuidados ao bebé nos primeiros 6 meses de vida;

Conclusão - 3 minutos Enf ^a da USF	Salientar aspetos relevantes dos conteúdos apresentados	Síntese da sessão
Debate - 30 minutos Enf ^a da USF	Disponibilizar o livro em formato completo em papel	Partilha de ideias e experiências
Módulo II - 60 minutos		
Planeamento - 2 minutos Enf ^a da USF	Apresentar aos formandos, a temática e organização da sessão;	Apresentação das formadoras e temática a abordar; Evidência do objetivo e método de trabalho;
Desenvolvimento 25 minutos Enf ^a da USF	Apresentar as características alimentação do recém nascido até aos primeiros 6 meses de vida;	Apresentação das características alimentação do recém nascido até aos primeiros 6 meses de vida;
Conclusão - 3 minutos Enf ^a da USF	Salientar aspetos relevantes dos conteúdos apresentados	Síntese da sessão
Debate - 30 minutos Enf ^a da USF	Partilhar ideias e experiências	Partilha de ideias e experiências
Módulo III - 60 minutos		
Planeamento - 2 minutos Enf ^a da USF	Apresentar aos formandos, a temática e organização da sessão;	Apresentação das formadoras e temática a abordar; Evidência do objetivo e método de trabalho;
Desenvolvimento 25 minutos Enf ^a da USF	Apresentar cuidados de segurança em casa nos primeiros 6 meses de vida; Apresentar sistemas de retenção para criança;	Apresentação dos cuidados de segurança em casa nos primeiros 6 meses de vida; Apresentação dos sistemas de retenção para criança;
Conclusão - 3 minutos Enf ^a da USF	Salientar aspetos relevantes dos conteúdos apresentados	Síntese da sessão

Debate - 30 minutos Enfª da USF	Partilhar ideias e experiências	Partilha de ideias e experiências
------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

Questionário de Avaliação da Formação - Formando/a

Para a avaliação desta formação foi utilizado o questionário de avaliação da Unidade de Saúde Familiar implementado na mesma para as formações realizadas na unidade.

Na sua avaliação utilize a seguinte escala:

1	2	3	4	5
Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito bom	Excelente

Conhecimentos Iniciais					
Conhecimentos sobre a temática da formação	1	2	3	4	5
Parâmetros a Avaliar					
Interesse da temática de formação	1	2	3	4	5
Clareza na apresentação dos conteúdos	1	2	3	4	5
Qualidade do Conteúdo Científico	1	2	3	4	5
Domínio teórico da matéria	1	2	3	4	5
Utilização de metodologias facilitadoras de aprendizagem	1	2	3	4	5
Meios audiovisuais/logística da seção	1	2	3	4	5
Duração da Sessão	1	2	3	4	5
Avaliação Global					
Esta formação correspondeu ao que dela esperava, tendo sido útil?	1	2	3	4	5
Na sua opinião quais são os principais “pontos fortes” e “pontos fracos” desta formação?					

Apêndice Y - Diagnóstico das necessidades dos pais durante os primeiros 6 meses de vida

Diagnóstico das necessidades dos pais durante os primeiros 6 meses de vida

Caro/a Cuidador/a,

Encontro-me a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Escola Superior da Cruz Vermelha Portuguesa.

Peço a sua colaboração no preenchimento deste questionário cujo objetivo é identificar algumas das necessidades dos pais ou futuros pais da criança durante os primeiros 6 meses de vida.

O questionário é anónimo. Prevê-se que o preenchimento demore cerca de 5 minutos.

Não há respostas certas ou erradas, o mais importante é partilhar a sua experiência para que possa ajudar a melhorar a nossa intervenção.

Por favor, responda a todas as questões.

Muito obrigada, Mariana Amaral

Questionário para pais ou futuros pais

Questão 1: Qual é a sua relação de parentesco com a criança?

Pai

Mãe

Questão 2: Qual é a idade da criança?

0-1 mês de vida

1-3 meses de vida

3-6 meses de vida

Questão 3: Considera que as consultas de saúde infantil do seu/sua filho/a realizadas na unidade de saúde familiar têm sido importantes?

Muito importante	Importante	Neutro	Pouco importante	Nada importante

Questão 4: Sobre que temas sente mais dúvidas ou dificuldades?

Características físicas do recém-nascido (ex: pele, choro, visão)	
Características de desenvolvimento da criança (ex: rebolar, sentar,)	
Posição correta da criança no berço	
Amamentação	
Aleitamento artificial	
Manobra de desengasgamento	
Cuidados de higiene ao recém-nascido e com coto umbilical	
Sistemas de retenção - Segurança rodoviária (Cadeiras de retenção, ovos)	
Prevenção de quedas	
Sono	
Outras	

Se escolheu a opção outras diga quais

Questão 6: Considera que a criação de um curso e um documento orientador para os pais na unidade de saúde familiar sobre os temas relacionados com os primeiros 6 meses de vida do seu filho/a seria importante?

Muito importante	Importante	Neutro	Pouco importante	Nada importante

**Apêndice Z – Análise das Respostas ao Questionário Aplicado aos Pais para
Diagnostico de Situação**

Análise das respostas ao questionário aplicado

O presente questionário foi aplicado após autorização da Chefia e Direção do Serviço, sob o compromisso de que os resultados obtidos apenas e unicamente reverteriam para a construção de instrumentos de educação e informação dirigidos aos utentes, que pudessem ser utilizados pelo Serviço. Foi disponibilizado aos cuidadores das crianças acompanhadas pela equipa no período de 17 de abril de 2023 e 27 de abril de 2023 em formato de papel. Obteve-se um total de 10 respostas, cujos resultados se apresentam de seguida

Questão 1: Qual é a sua relação de parentesco com a criança?

Dos inquiridos, 80% (n=8) dos que responderam à questão eram mães e 20 % (n=2) eram pais

Questão 2: Qual é a idade da criança?

Nesta questão os inquiridos foram convidados a identificar qual o intervalo de idade do seu filho. 70% (N=7) dos inquiridos tinham filhos dos 0-1 mês de vida, sendo que dois deles eram homens e o restante eram mulheres. 20% (N=2) dos inquiridos tinham filhos dos 1-3 meses e o restante 10% (N=1) tinha um filho com 3-6 meses.

Questão 3: Considera que as consultas de saúde infantil do seu/sua filho/a realizadas na unidade de saúde familiar têm sido importantes?

Para obter resposta à questão optou-se pela utilização da escala de likert (muito importante, Importante, Neutro, Pouco Importante, Nada Importante). Dos inquiridos, 90% (n=9) consideram muito importante as consultas de saúde infantil, 10 % (n=1) considerou importante a consulta de saúde infantil.

Questão 4: Sobre que temas sente mais dúvidas ou dificuldades?

De um conjunto de situações previamente apresentadas, aquelas em que sentiam mais dúvidas ou dificuldades relacionadas com cuidados nos primeiros 6 meses de vida. Os respondentes poderiam assinalar as situações que se entendem sem limite de respostas e ainda foi possibilitado incluir outras possíveis situações, em texto livre.

A tabela seguinte sistematiza as respostas obtidas.

Características físicas do recém nascido (ex:pele, choro, visão)	50% (N=5=
Características de desenvolvimento da criança (ex: rebolar, sentar,)	40%(N=4)
Posição correta da criança no berço	0 (N=0)
Amamentação	60 (N=6)
Aleitamento artificial	20 (N=2)
Manobra de desengasgamento	80 (N=8)
Cuidados de higiene ao recém-nascido e com coto umbilical	50 (N=5)
Sistemas de retenção - Segurança rodoviária (Cadeiras de retenção, ovos)	60 (N=6)
Prevenção de quedas	70 (N=6)
Sono	0 (N=0)
Outras	0 (N=0)

A tabela acima mostra a análise em percentagem das respostas dos inquiridos face à questão 4. Dos inquiridos não existiu nenhuma sugestão nova com relação a metodologias ao que sentem mais dúvida ou dificuldade. Das opções existentes as que têm uma percentagem superior ou igual a 50% pelos inquiridos é: Características físicas do recém-nascido, Amamentação, Manobra de desengasgamento, Cuidados de higiene ao recém-nascido e com coto umbilical, Sistemas de retenção - Segurança rodoviária e prevenção de quedas

Questão 6: Considera que a criação de um curso e um documento orientador para os pais na unidade de saúde familiar sobre os temas relacionados com os primeiros 6 meses de vida do seu filho/a seria importante?

Os inquiridos responderam 100% que consideravam a existência de um curso e um documento orientador para os pais como útil para eles.

Conclusão

Os inquiridos que responderam a este questionário consideram as consultas de vigilância de saúde infantil muito importantes.

Os pais apresentam algumas dúvidas com relação aos cuidados dos filhos conforme já mencionado anteriormente, assim 100% considera útil a criação de um curso e um documento orientador com temas relacionados com os primeiros 6 meses de vida da criança.

Este questionário apresenta limitação pela reduzida amostra que respondeu ao questionário com relação à população que a USF acompanha. No entanto, através da análise deste questionário, o apoio da entrevista informal à enfermeira orientadora, a observação de consultas no âmbito do programa de saúde infantil foi possível base para criação de curso e um documento orientador para os pais. O conteúdo dos mesmos foi baseado no que os pais foram referindo como mais importantes para eles.

Apêndice AA – E-book Sobre Parentalidade Positiva



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE

PARENTALIDADE
POSITIVA

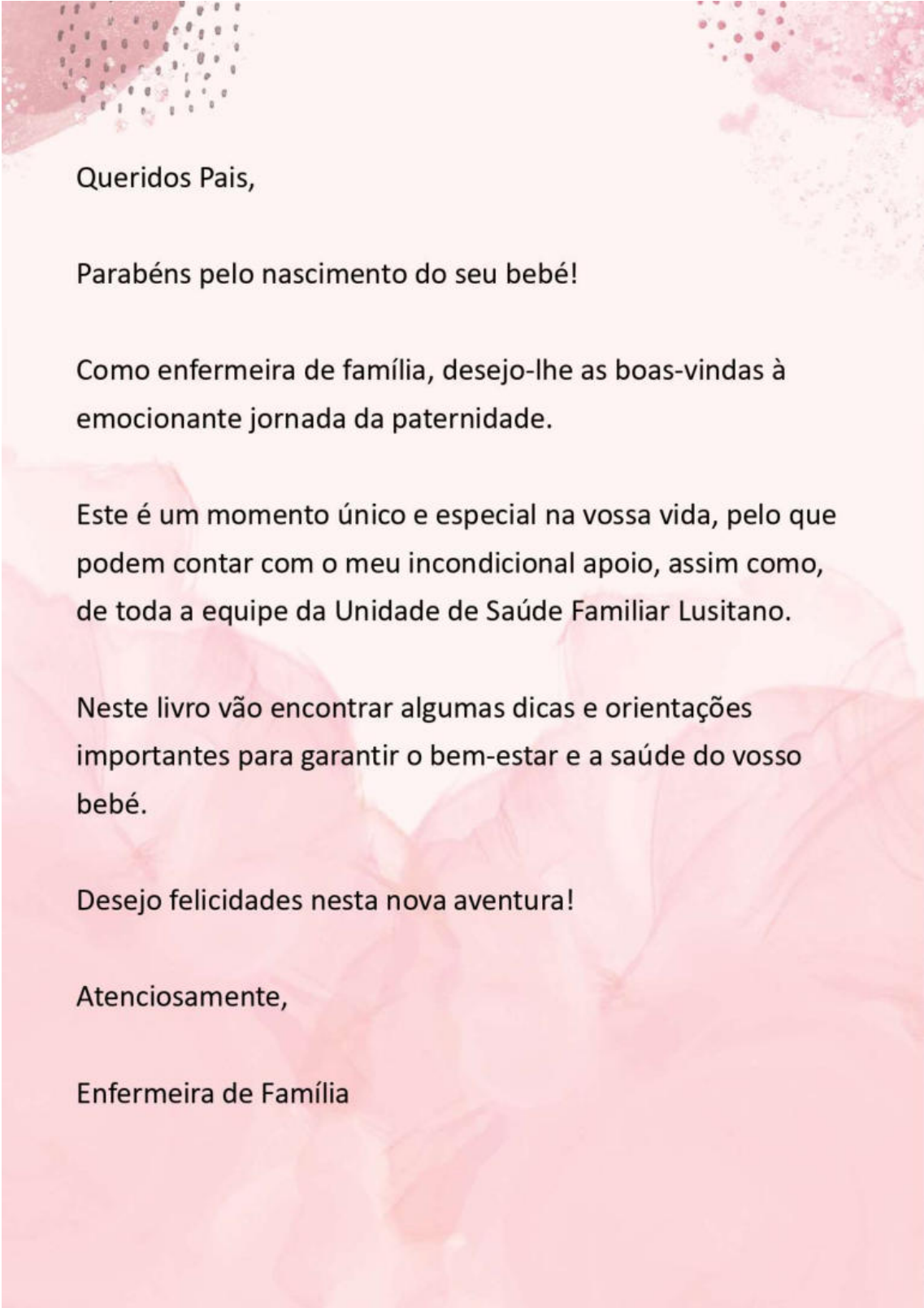
Nasceu e agora?

-O bebé nos primeiros 6 meses de vida-

DO ENFERMEIRO DE FAMILIA

PARA SI

MAIO, 2023



Queridos Pais,

Parabéns pelo nascimento do seu bebé!

Como enfermeira de família, desejo-lhe as boas-vindas à emocionante jornada da paternidade.

Este é um momento único e especial na vossa vida, pelo que podem contar com o meu incondicional apoio, assim como, de toda a equipe da Unidade de Saúde Familiar Lusitano.

Neste livro vão encontrar algumas dicas e orientações importantes para garantir o bem-estar e a saúde do vosso bebé.

Desejo felicidades nesta nova aventura!

Atenciosamente,

Enfermeira de Família



Capítulos:

Módulo I - Crescimento e Desenvolvimento do Bebê

Modulo II - Cuidados ao Bebê

Módulo III - Alimentação

Módulo IV - Segurança





Módulo I -Crescimento e Desenvolvimento do Bebé

- Características do Bebé
- Desenvolvimento do Bebé
- Cuidados de Saúde
- Alterações Normais do Bebé
- Sinais de Alerta do Bebé





Neste capítulo, abordaremos diversos temas relacionados com o crescimento e desenvolvimento do bebê. Também abordaremos os cuidados de saúde essenciais para garantir o bem-estar do bebê e analisaremos as alterações normais do bebê, mas que podem gerar preocupações para os pais. Por fim, trataremos dos sinais de alerta do bebê, destacando os sintomas e comportamentos que podem indicar a necessidade de procurar atendimento médico.





1. Características do Bebê

Características do Recém nascido

- O bebê tem uma cabeça proporcionalmente maior em relação ao corpo. Isto requer cuidado ao pegar no bebê ao colo, garantindo o apoio adequado da cabeça.
- A cabeça do bebê apresenta suturas e fontanelas, áreas onde é possível sentir os vasos sanguíneos cerebrais - Estas áreas são avaliadas quando das consultas de Saúde Infantil.
- Durante o parto, a cabeça do bebê pode deformar-se temporariamente, mas essa situação geralmente se resolve em poucos dias.





Características da pele do bebé

- **Eritema tóxico** - Visível no 1º ou 2º dia de vida e não apresentar qualquer problema para o bebé. Desaparece por volta do 1º mês de vida.



- **Lanugo** - São pelos que o bebé tem nas costas, testa e orelhas. É um mecanismo que protege a pele do bebe e controla a temperatura corporal.



- **Vernix** - Creme branco que nasce com o bebé e ajuda a proteger a pele e a não perder calor





- **Choro**

Mecanismo que o bebê tem para se manifestar. Choram de maneira diferente dependendo da necessidade que tem. Os pais à medida que conhecem os seus bebês vão saber identificar as diferentes necessidades.

- **Visão**

Bebé quando nasce consegue ver a uma distância de 20-25 cm e reconhecem melhor cores de alto contraste o branco e o preto



2. Desenvolvimento do Bebé

O bebé precisa não só de afeto, mas de uma boa relação de vinculação, de proteção e segurança, para o bom desenvolvimento da sua personalidade. Para assegurar o bem estar do bebé os pais podem realizar as seguintes atividades:

- **Cantar** para o bebé, canções melodiosas e simples.
- **Olhar o bebé nos olhos e conversar** com ele.
- Dar **mimos e embala-lo**.
- **Passear** com o bebé **na rua e em casa**.
- Fazer **cócegas ao bebé e rir** com ele
- Explorar as **cores e os sons**
- **Massagem**, pois o toque tem o poder de acalmar o bebé e aumentar a vinculação com os pais



3. Cuidados de Saúde

É importante proteger a saúde do seu bebé. Existem alguns procedimentos a ter em conta logo a seguir ao nascimento:

- Se o seu bebé não fez o **“teste do pezinho”** na maternidade, leve-o ao centro de saúde entre o **3º e o 6º dia de vida**.
- Pode ser necessário vigiar o peso semanalmente até ao 1º mês ou mais.
- A **primeira consulta** deve ser agendada, preferencialmente até ao **10º dia de vida do bebé**.
- As consultas seguintes são agendadas de acordo com o **Programa Nacional de Saúde Infantil** no 1º ano de vida (1, 2, 4, 6, 9 e 12 meses).
- **Realize a vacinação** do seu bebé para o proteger de infeções graves (na **maternidade provavelmente já fez a primeira dose de hepatite B**).
- Aos **2 meses** irá dar **continuidade às restantes vacinas** do Programa Nacional de Vacinação.

4. Alterações Normais do Bebê

Embora algumas características do bebê possam ser normais, elas podem deixar os pais bastante preocupados. Vamos ver algumas delas.

- As meninas podem ter uma **secreção vaginal de cor branca ou mesmo sanguinolenta**, o que é normal e desaparece em alguns dias.
- Os **meninos têm a fimose fisiológica** (prepúcio cobre totalmente a glândula), o que é normal, podendo manter-se até aos 6-8 anos. **Não deve fazer retração** do prepúcio pois é uma manobra agressiva e prejudicial.
- A icterícia ou coloração amarela da pele do bebê geralmente não é grave, mas, se **após a alta o bebê ficar muito amarelo atingindo os membros inferiores**, deverá **contactar o médico**.

4. Alterações Normais do Bebê

- A **regurgitação (bolçar)** é comum na maior parte dos bebês.
- É **normal o bebê perder peso** nos primeiros dias, recuperando o peso de nascença aproximadamente ao 10º dia de vida.
- Os **soluços são frequentes** na maioria dos bebês. Podem surgir no final da amamentação pela dilatação do estômago e cedem espontaneamente.
- O **aumento do volume das maminhas** é comum nos recém-nascidos e desaparece espontaneamente nos primeiros meses de vida sem qualquer tratamento.

5. Sinais Alerta do Bebê

Se o seu bebê apresentar algum desses sintomas, entre em contato com a equipe de saúde.

- Temperatura **superior a 38º C** - Febre.
- **Prostração, gemido ou irritabilidade.**
- **Recusa** alimentar.
- **Vômitos ou fezes** líquidas ou com sangue.
- **Convulsões.**
- **Manchas** na pele tipo picada de alfinete que não desaparecem quando se pressiona com o dedo, ou nódosas negras de aparecimento súbito e agravamento progressivo.
- **Palidez acentuada e tom acinzentado.**



Módulo II -Cuidados ao Bebê

- Cuidados de Higiene ao Bebê
- Cólicas
- Medidas de Conforto do Bebê





Ao longo deste capítulo, encontrará diversas recomendações sobre como realizar o banho, troca da fralda, cuidados ao coto umbilical do seu. Além disso, serão abordadas informações sobre técnicas de massagem para aliviar cólicas. Por fim, apresentaremos algumas atividades aumentam o conforto do bebê.



1.Cuidados de Higiene do Bebê

-Banho-

- Os bebês nascem com uma camada protetora (vernix) da pele que diminui as perdas de calor e protege a pele, o primeiro banho pode ser adiado.
- É importante os pais darem banho na maternidade para se sentirem mais confiantes em casa.
- O banho pode ser dado em dias alternados ou de dois em dois dias.
- A hora do banho deve ser escolhida tendo por base o que é melhor para família e o bebê.
- Durante o primeiro mês de vida a duração do banho deve ser curta porque os bebês perdem mais facilmente o calor.



Material necessário:

- Gel lavante
- Hidratante corporal
- Toalha de banho
- Roupa e gorro
- Fralda
- Soro fisiológico e compressa
- Banheira ou shantala

Como segurar o bebê no banho?

- Apoiar a cabeça do bebê no antebraço.
- Dois dedos em forma de pinça na axila.

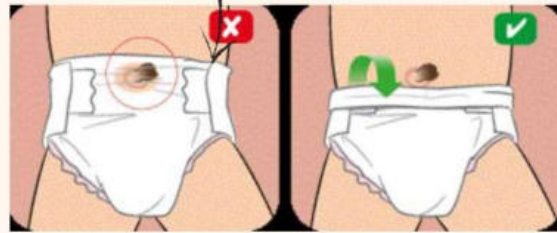


Cuidados a ter com o banho:

- Prepare os acessórios e a roupa que vai usar (abra previamente os botões ou molas).
- O local deve estar a uma temperatura agradável (22 a 25° C).
- Na banheira deite em primeiro lugar a água fria e depois a água quente, até cerca de 10 cm de altura
- Verifique a temperatura da água com o cotovelo, com a face interna do pulso ou com um termómetro (36,5 a 37° C).
- Use produtos com pH neutro, preferencialmente sem perfumes e da mesma gama.
- Com a mão livre, lave primeiro a face e a cabeça, depois o corpo, e por último o rabinho.

Após o banho:

- Seque o bebé sem o esfregar, com especial cuidado nas pregas.
- Seque o coto umbilical com uma compressa e mantenha-o sempre fora da fralda.
- Limpe as orelhas com uma toalha fina e não use cotonetes.



Como vestir o bebé?

- Use roupa de algodão junto ao corpo do bebé.
- Evite roupa de lã com pelo.
- Lave a roupa do bebé antes de ser usada, com sabão ou detergente neutro.
- Retire as etiquetas da roupa do bebé
- Os bebés sentem frio e calor como nós, porem perdem mais facilmente calor pelo tronco e cabeça.
- Para verificar a temperatura do bebe deve colocar a mão atrás do pescoço e perceber se está a transpirar ou se está com frio.
- Não deve verificar se o bebé tem frio ou calor através das mãos ou pés, estes vão estar sempre mais frios que o resto do corpo.

1.Cuidados de Higiene do Bebê

-Muda da Fralda-

- Lave as mãos antes e após a troca de fralda.
- Limpe a zona com compressas de tecido não tecido e água morna.
- Se optar por usar toalhitas certifique-se que não contêm álcool.
- Seque a zona.
- Aplique creme barreira na zona do rabinho do bebe - uma camada fina.
- Se apresentar a pele na zona do rabo muito encarnada e com manchas arredondadas por mais de três dias contactar a equipa de saúde.

Meninas

- Limpe num movimento único da frente para trás em direção ao ânus
- Limpe a zona entre os lábios vaginais

Meninos

- Limpe num movimento único da frente para trás em direção ao ânus, ter atenção à presença dos testículos no escroto
- Não é preciso puxar o prepúcio

1.Cuidados de Higiene do Bebê

-Coto Umbilical-

- A limpeza deve ser feita com soro fisiológico ou água cerca de 1-3 vezes por dia.
- O coto umbilical pode cair entre o 6º e 15º dia de vida do bebê.
- Os bebês podem chorar na limpeza do coto não por ser doloroso mas por terem frio.
- Após a queda do coto umbilical deve continuar a limpar e pode ainda sair uns laivos de sangue.

Sinais de alerta do Coto Umbilical

- Pele à volta vermelha
- Inchaço
- Cheiro intenso



Deve realizar a limpeza com
Álcool 70º e falar com
enfermeira ou medica de
família

1.Cuidados de Higiene do Bebê

-Cuidados com Olhos e Unhas-

Limpeza dos olhos:

- Deve usar uma compressa de tecido não tecido e soro fisiológico.
- Deve usar uma compressa diferente para cada olho.
- Limpe o olho de cima para baixo.



Cuidados com as unhas

- Tesoura de ponta redondas ou lima (leve uma para a maternidade).
- Deve cortar as unhas antes do banho porque depois ficam mais moles.



1.Cuidados de Higiene do Bebê

-Crosta Lactea-

A **crosta láctea** são crostas brancas ou amareladas no couro cabeludo. É uma condição temporária e, por norma, não é necessário acompanhamento médico. No entanto, se o bebê apresentar algum destes sintomas deve ser observado pela equipa de saúde:

- Não melhore;
- Alastre a outras zonas do corpo;
- Comecem a sangrar ou libertar fluido;
- Fique edemaciada (inchada);
- Surjam bolhas de água ou borbulhas;



Dica: 10 a 15 minutos antes do banho aplique óleo de amêndoas doces na cabeça. O objetivo não é arrancar mas sim amolecer e retirar aos poucos. Durante o banho retire com um pente.

2.Cólicas

- Bebê apresenta choro intenso e desconforto.
- Abdómen distendido (inchado) doloroso á palpação

Tipos de massagem:

- Segure as pernas do bebê pelos tornozelos e, com os joelhos juntos, pressione-os suavemente contra a barriga. Mantenha esta pressão aproximadamente durante cinco segundos. Alivie a pressão e a posição das pernas e volte a repetir.
- Segure os tornozelos do bebê e dobre-lhe um joelho por vez sobre o abdómen como se estivesse a andar de bicicleta.
- Com a mão esquerda desenhe um círculo completo no sentido dos ponteiros do relógio à volta do umbigo. Quando a mão esquerda está na região inferior do abdómen, a mão direita desenha um semicírculo (das 9h às 6h) na mesma direção. Faça este movimento várias vezes.



3. Medidas de Conforto do Bebê

- Até ao terceiro mês de vida do bebê ele não tem consciência que já nasceu. Algumas teóricas denominam este período do quarto trimestre.
- Os pais são fundamentais para tornar este período de adaptação calmo e relaxante para eles e para o bebê. Existem algumas formas de proporcionar conforto ao bebê como:

Técnica do babywearing

- Consiste em utilizar um Sling, pano ou marsúpio para andar com o bebê.
- Ajuda a acalmar o bebê.
- Ajuda no desenvolvimento motor.



Contacto pele a pele

- Este deve ser promovido na primeira hora de vida do bebê e durante todo o “quarto trimestre”.
- O bebê pode estar só de fralda e deve-se promover o contacto pele com pele com o corpo da mãe ou do pai.
- Ajuda a melhorar o processo de amamentação.



3. Medidas de Conforto do Bebê

Banho relaxante

- Banhos relaxantes em *shantals* fazem lembrar o meio intrauterino e podem acalmar o bebê.
- Importante ter em mente que os bebês perdem muito calor e são muito reativos ao frio.

Sair com o bebê

- Numa hora calma, num local arejado, e não com muito calor pode dar pequenos passeios com o bebe.
- O bebê não deve permanecer mais de 2 horas no ovo.
- Realizar passeios curtos e em espaços arejados com poucos ruídos.
- Evitar centros comerciais.

3. Medidas de Conforto do Bebê

Mamar em livre demanda

- Mamar é uma forma de alimento mas também de amor.
- Através da sucção os bebês obtém conforto e acalmam-se.
- Mamar em livre demanda é importante para o bem estar do bebe e para aumentar a produção de leite.

Chucha



A chucha pode ser introduzida, mas os pais devem estar conscientes que a mesma tem pontos positivos e negativos. Caso a tenham de introduzir só quando a amamentação está bem estabelecida.

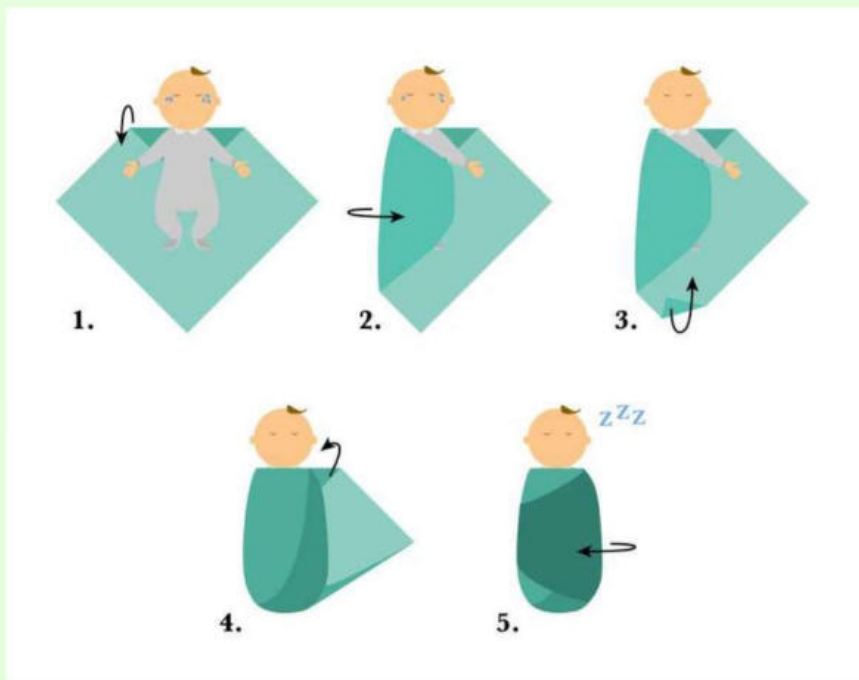
Pontos positivos: acalma o bebê através do processo de sucção.

Pontos menos positivos: Introduzir antes da amamentação estar estabelecida pode perturbar o processo de amamentação. Influenciam negativamente o desenvolvimento da cavidade oral das bebês.

3. Medidas de Conforto do Bebê

Contenção (Swaddle)

- Consiste em conter o bebê numa fralda ou manta (não polar pelo sobreaquecimento) de forma a sentir-se mais protegido como no útero da mãe.
- **Esta técnica não é indicada a partir do momento em que os bebês começam a virar-se.**





Módulo III -Alimentação

- Amamentação
- Fases do Leite Materno
- Sinais de Fome
- Pega
- Duração e Intervalo da Mamada
- Erução (Arrotar)
- Descida do Leite
- Prevenção Mamilos Gretados
- Extração e Armazenamento de Leite Materno
- Leite Artificial
- Manobra de Desengasgamento





A primeira necessidade do bebé é a alimentação. Como a mãe vai alimentar o bebé é uma escolha que deve ser pensada durante a gravidez. O importante é a mulher tomar uma decisão informada e consciente. Ao longo deste capítulo vamos falar sobre alguns aspetos relativos à amamentação e aleitamento artificial.



1. Amamentação

- Para amamentar a mãe precisa de segurança, tranquilidade e amor.
- A produção de leite está associada a uma hormona, a prolactina - Com a ajuda da sucção do bebé a prolactina vai ser cada vez mais estimulada. Assim, quanto mais vezes o bebé for a mama maior será a produção de leite.
- Outra hormona que também ajuda é a ocitocina - hormona do amor que contrai os ductos para o leite sair.



2. Fases do Leite Materno

O leite materno é sempre de qualidade no entanto varia ao longo do tempo e da própria mamada

- 1º leite é o colostro - rico em águas, minerais, vitaminas e proteínas e imunoglobulinas.
- De seguida é o leite de transição - Leite mais amarelo/branco.
- Por fim o leite maduro - este varia ao longo da mamada a primeira fase do leite é rica em água e hidratos de carbono depois em proteínas e por fim em gordura.



3. Sinais de Fome

Sinais de fome do bebê antes do choro

- O bebê olha em redor e faz alguns sons.
- O bebê coloca a língua de fora.
- O bebê coloca a mão na boca.
- O bebê boceja.



4. Pega

Para a posição correta do bebê deve:

- Estar alinhado com o corpo da mãe.
- Deve abocanhar o mamilo de baixo para cima.
- Ter o mamilo todo na boca.
- O lábio de baixo tem que estar bem aberto.
- O nariz livre.
- O lábio superior revirado.
- O queixo encostado.
- Mãe deve segurar a mama em formato de C - ajuda o mamilo a ficar mais saliente.



5. Características da Mamada

Duração da mamada

- O bebê mama em média cerca de 20 minutos. No início a sucção é mais vigorosa e com intervalos mais curtos.
- Se após ter terminado a mamada e depois de arrotar o bebê ainda continuar à procura da mama deve voltar a oferecer a mesma mama.

Intervalos entre mamadas - Horário Livre

- No primeiro mês de vida o bebê não deve fazer intervalos muito grandes. Ou seja não é aconselhável intervalos superior a 3-4 horas entre mamadas.
- Habitualmente o recém-nascido mama mais e melhor à noite porque se está a habituar ao ritmo extra uterino e porque a mãe tem maior produção de prolactina à noite

6. Erução (Arrotar)

- O bebé nem sempre tem que arrotar.
- Se fizer uma boa pega e não ingerir ar pode não ter a necessidade de arrotar.

Posição para o bebé arrotar



7. Descida do Leite

- Pode começar entre o 3º e o 6º dia de pós parto.
- Um sinal importante é as mamas ficarem quentes e tensas.
- Durante a descida do leite pode oferecer mais mama ao bebé e em horário livre.

Durante a descida do leite para alívio do desconforto pode:

- Com chuveiro com água morna massage suavemente a pele com movimentos circulares em direção ao mamilo.
- Coloque o bebé a mamar primeiro na mama mais cheia. Depois da mamada aplique compressas frias ou gelo (protegido) por 5 minutos, suspenda por 2 minutos e volte a aplicar mais 5 minutos.
- Na mamada seguinte repita este procedimento na outra mama.

8. Prevenção Mamilos Gretados

- Assegure que o bebê faz uma pega correta.
- Aplique 2 a 3 gotas de leite materno no mamilo e aréola e/ou pomada cicatrizante após o banho em cada mamada.
- Evite a utilização de discos absorventes impermeáveis.
- Não interrompa a mamada, deixar que seja o bebê a fazê-lo (caso tenha mesmo de interromper, coloque suavemente um dedo num dos cantos da boca do bebê de modo a interromper a sucção).
- Lave os mamilos apenas uma vez por dia, ao realizar a higiene diária.

9.Extração e Armazenamento de Leite Materno

Pode ser necessário a extração de leite materno para preparar o início do trabalho, alguns períodos de ausência da mãe ou para mais tarde preparar refeições para o bebé. Existem algumas coisas a ter em conta.

Como devo conservar o leite materno?

- Conserve pequenas porções no frio, em diferentes recipientes.
- Pode congelar o leite mesmo que tenha permanecido 48 horas no frigorífico.
- Nunca junte leite materno acabado de extrair (morno) ao leite materno já frio ou congelado.
- Identifique os recipientes e registe a data de cada congelação.

Conservação de leite materno:

- À temperatura ambiente se $<25^{\circ}\text{C}$ - 6-8 horas
- No fundo da 1ª prateleira do frigorífico ($0-4^{\circ}\text{C}$) - 8 dias
- No fundo da 1ª prateleira do frigorífico ($4-10^{\circ}\text{C}$) - 3-5 dias
- No congelador dentro do frigorífico - 2 semanas
- No congelador fora do frigorífico - 2-6 semanas
- Na arca frigorífica (-19°C ou mais baixo) - 6 meses

Armazenamento de leite materno:

- Antes de iniciar a extração deve lavar as mãos.
- Armazene o leite num biberão com tampa, num recipiente de vidro ou num saco de congelação.
- Deve marcar sempre a data da extração e a hora.

Como lavar o extrator do leite materno?

- Os materiais utilizados na extração e no armazenamento podem ser lavados na máquina da loiça (verifique as especificações dos produtos antes), ou com água corrente e sabão (não utilize detergentes concentrados).
- Devem ser bem enxaguados com água corrente e em seguida fervidos ou esterilizados. É fundamental lavar as mãos, antes de extrair o leite materno, e sempre que manusear os materiais.

Como descongelar o leite materno?

- Consuma em primeiro lugar o leite materno guardado há mais tempo.
- Dê preferência a uma descongelação lenta dentro do frigorífico - Quando não é possível pode descongelar em banho maria.
- Consuma nas 24 horas seguintes depois de descongelar.
- Não recongele.

10. Leite Artificial

Preparação do biberão:

- Limpar a superfície onde vai preparar o biberão.
- Lavar as mãos.
- Passar o biberão e tetina por água.
- Lavar com uma escova própria, água quente e sabão.
- Passar por água corrente.

Preparação do leite

- Lavar as mãos.
- Colocar no biberão previamente lavado a água fervida.
- Verificar a quantidade de água, esta terá que ser na medida prescrita.
- Dosear o leite (30ml água = 1 medida rasa de pó).
- Deitar o pó no biberão.
- Colocar a tetina no biberon.
- Agitar.

Nota: Atualmente preconiza-se que não é necessária a esterilização do biberão que estão no ambiente familiar (dentro de casa).

11. Manobra de Desengasamento

- Colocar o bebé de barriga para baixo e com a cabeça mais baixa que o tronco, para que o efeito da gravidade ajude na remoção do corpo estranho, suportando a cabeça com uma mão e apoiando o tórax no antebraço.
- Aplique até 5 pancadas, secas com a mão, nas costas, entre as duas omoplatas, até sentir que o bebé esta a respirar normalmente.
- Reavaliar e repetir se necessário - Se não resolver contactar o 112





Módulo IV - Segurança

- Cuidados de Segurança em Casa
- Sistemas de Retenção





Ao longo deste capítulo vamos falar sobre alguns princípios para garantir a segurança com o seu bebé em casa e durante o transporte em automóveis.





1. Cuidados de Segurança em Casa

Nos primeiros tempos de vida, deve ter cuidados adicionais com o bebé

- Deite o bebé **sempre de costas**, numa cama própria, com grades protetoras, com um colchão firme e adaptado ao tamanho da cama, sem almofadas.
- Coloque o bebé de forma a que os **pés toquem no fundo da cama**, evitando que a roupa cubra a cabeça, deixando os braços por cima da roupa.
- Na cama do bebé **evite colocar brinquedos, almofadas, laços, fitas ou fios**, por causa do risco de engasgamento e asfixia.
- O quarto deve estar a uma temperatura amena, por volta dos 20º C, **não colocando fontes de calor junto à cama do bebé**.
- **Nunca** deixe o bebé **sozinho no banho ou em cima da cama, da mesa ou do sofá**, sem proteções e vigilância.
- **Evite realizar tarefas junto a fonte de calor** com o **bebé ao colo** por exemplo cozinhar ou passar a ferro.





2.Sistemas de Retenção

Os acidentes de viação são a maior causa de morte de crianças e jovens em Portugal.

A maioria dos acidentes com crianças e jovens podem ser evitados com a adoção de medidas preventivas.

- Os recém-nascidos e as crianças têm de ser sempre transportados num dispositivo de retenção, de acordo com o **regulamento 44 ECE/UN, versão 03 ou 04 ou regulamento R129** , e adequado à idade, altura e peso.
- O uso de um sistema de retenção adequado é obrigatório até aos 12 anos de idade e 150 cm de altura.
- As crianças devem viajar de costas para o sentido do trânsito até aos 3 ou 4 anos. Esta é a posição mais segura, devido à fragilidade do pescoço e ao peso da cabeça



2. Sistemas de Retenção

- **Grupo 0 (Alcofa)** - Crianças com menos de 10 kg (deve ser utilizado apenas em situações especiais por indicação de um profissional de saúde);
- **Grupo 0+** - Crianças com menos de 13 kg e/ ou entre os 12- 18 meses (voltado para trás);
- **Grupo I** - Crianças entre os 9 e 18 kg e os 12 meses - 3/ 4 anos de idade (Apesar de ser recomendado a contra marcha até aos 3/4 anos de idade a criança pode viajar voltada para a frente só a partir dos 18 meses de idade, no entanto em caso de acidente existe maior risco para a mesma);
- **Grupo 2** - Crianças entre os 15 e 25 kg e entre os 4/ 6 anos de idade (voltado para a frente);
- **Grupo 3** - Crianças entre os 22 e 36 kg e entre os 8/ 9 anos até aos 12 anos (voltado para a frente : sistema elevatório: com ou sem costas);





Correta instalação de sistemas de retenção para crianças.

- É importante ler os manuais de instruções da cadeirinha e do veículo;
- Deve estar bem fixo à estrutura do veículo, através dos cintos de segurança ou sistema ISOFIX;
- Os cintos devem estar SEMPRE corretamente apertados, sem folgas. Ter especial atenção a casacos, mantas e fraldas que podem não garantir que o cinto está devidamente ajustado;
- Caso a cadeira seja em segunda mão deve verificar o seu estado de conservação e funcionamento.





Crianças no banco da frente

- Criança com idade inferior a 3 anos - o transporte pode ser no banco da frente, no lugar do passageiro, utilizando um sistema de retenção virado para a retaguarda não podendo, neste caso, estar ativado o airbag no lugar do passageiro
- Criança com idade igual ou superior a 3 anos - se o automóvel não dispuser de cintos de segurança no banco traseiro ou não dispuser deste banco (caso dos veículos comerciais ou dos "Smart", por exemplo)



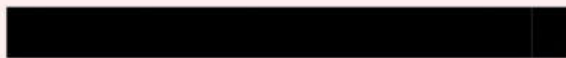
ATENÇÃO AIRBAGS

**Crianças menos 3 anos no banco da frente
só se...**

- Não existir Airbag
- Airbag estiver desativado pelo representante da marca
- Airbag estiver desligado através do dispositivo de origem para o efeito



Email da Unidade de Saúde Familiar:



Email do Médico de Família:



Email da Enfermeira de Família



Elaborado por: Enfermeira Mariana Amaral

Data: Maio de 2023

Aprovado - CTA:

Aprovado em Conselho Geral:

Próxima Revisão:

**Apêndice BB – PowerPoint para o Curso de Promoção de Competências Parentais
na USF**

PARENTALIDADE POSITIVA

Nasceu e agora?

-O bebé nos primeiros 6 meses de vida-

DO ENFERMEIRO DE FAMILIA

PARA SI

MAIO, 2023



Capítulos:

Módulo I - Crescimento e Desenvolvimento do Bebé

Módulo II - Cuidados ao Bebé

Módulo III - Alimentação

Módulo IV - Segurança



Módulo I - Crescimento e Desenvolvimento do Bebê

- Características do Bebê
- Desenvolvimento do Bebê
- Cuidados de Saúde
- Alterações Normais do Bebê
- Sinais de Alerta do Bebê



1. Características do Bebê

- O bebê tem uma cabeça proporcionalmente maior em relação ao corpo.
- A cabeça do bebê apresenta suturas e fontanelas, áreas onde é possível sentir os vasos sanguíneos cerebrais
- Durante o parto, a cabeça do bebê pode deformar-se temporariamente, mas essa situação geralmente se resolve em poucos dias.





Características da pele do bebê

- **Eritema tóxico** - Visível no 1º ou 2º dia de vida e não apresentar qualquer problema para o bebê. Desaparece por volta do 1º mês de vida.
- **Lanugo** - São pelos que o bebê tem nas costas, testa e orelhas. É um mecanismo que protege a pele do bebe e controla a temperatura corporal.
- **Vernix** - Creme branco que nasce com o bebê e ajuda a proteger a pele e a não perder calor



• Choro

Mecanismo que o bebê tem para se manifestar. Choram de maneira diferente dependendo da necessidade que tem. Os pais à medida que conhecem os seus bebês vão saber identificar as diferentes necessidades.

• Visão

Bebé quando nasce consegue ver a uma distância de 20-25 cm e reconhecem melhor cores de alto contraste o branco e o preto



2. Desenvolvimento do Bebê

O bebê precisa não só de afeto, mas de uma boa relação de vinculação, de proteção e segurança, para o bom desenvolvimento da sua personalidade. Para assegurar o bem estar do bebê os pais podem realizar as seguintes atividades:

- **Cantar** para o bebê, canções melodiosas e simples.
- **Olhar o bebê nos olhos e conversar** com ele.
- Dar **mimos e embala-lo**.
- **Passear** com o bebê **na rua e em casa**.
- Fazer **cócegas ao bebê e rir** com ele
- Explorar as **cores e os sons**
- **Massagem**, pois o toque tem o poder de acalmar o bebê e aumentar a vinculação com os pais



3. Cuidados de Saúde

Existem alguns procedimentos a ter em conta logo a seguir ao nascimento:

- Se o seu bebê não fez o **“teste do pezinho”** na maternidade, leve-o ao centro de saúde entre o **3º e o 6º dia de vida**.
- Pode ser necessário vigiar o peso semanalmente até ao 1º mês ou mais.
- A **primeira consulta** deve ser agendada, preferencialmente até ao **10º dia de vida do bebê**.
- As consultas seguintes são agendadas de acordo com o **Programa Nacional de Saúde Infantil** no 1º ano de vida (1, 2, 4, 6, 9 e 12 meses).
- **Realize a vacinação** do seu bebê para o proteger de infeções graves (na **maternidade provavelmente já fez a primeira dose de hepatite B**).
- Aos **2 meses** irá dar **continuidade às restantes vacinas** do Programa Nacional de Vacinação.

4. Alterações Normais do Bebê

- As meninas podem ter uma **secreção vaginal de cor branca ou mesmo sanguinolenta**, o que é normal e desaparece em alguns dias.
- Os **meninos têm a fimose fisiológica** (prepúcio cobre totalmente a glande), o que é normal, podendo manter-se até aos 6-8 anos. **Não deve fazer retração** do prepúcio pois é uma manobra agressiva e prejudicial.
- A icterícia ou coloração amarela da pele do bebê geralmente não é grave, mas, se **após a alta o bebê ficar muito amarelo atingindo os membros inferiores**, deverá **contactar o médico**.

4. Alterações Normais do Bebê

- A **regurgitação (bolçar)** é comum na maior parte dos bebês.
- É **normal o bebê perder peso** nos primeiros dias, recuperando o peso de nascença aproximadamente ao 10º dia de vida.
- Os **soluços são frequentes** na maioria dos bebês. Podem surgir no final da amamentação pela dilatação do estômago e cedem espontaneamente.
- O **aumento do volume das maminhas** é comum nos recém-nascidos e desaparece espontaneamente nos primeiros meses de vida .

5. Sinais Alerta do Bebê

- Temperatura superior a 38º C - Febre.
- Prostração, gemido ou irritabilidade.
- Recusa alimentar.
- Vômitos ou fezes líquidas ou com sangue.
- Convulsões.
- Manchas na pele tipo picada de alfinete que não desaparecem quando se pressiona com o dedo, ou nódos negros de aparecimento súbito e agravamento progressivo.
- Palidez acentuada e tom acinzentado.



Módulo II -Cuidados ao Bebê

- Cuidados de Higiene ao Bebê
- Cólicas
- Medidas de Conforto do Bebê

Banho

- É importante os pais darem banho na maternidade para se sentirem mais confiantes em casa.
- O banho pode ser dado em dias alternados ou de dois em dois dias.
- A hora do banho deve ser escolhida tendo por base o que é melhor para família e o bebé.
- Durante o primeiro mês de vida a duração do banho deve ser curta porque os bebés perdem mais facilmente o calor.



Material necessário:

- Gel lavante
- Hidratante corporal
- Toalha de banho
- Roupa e gorro
- Fralda
- Soro fisiológico e compressa
- Banheira ou shantala



Como segurar o bebé no banho?

- Apoiar a cabeça do bebé no antebraço.
- Dois dedos em forma de pinça na axila.

Cuidados a ter com o banho:

- Prepare os acessórios e a roupa que vai usar
- O local deve estar a uma temperatura agradável (22 a 25º C).
- Na banheira deite em primeiro lugar a água fria e depois a água quente, até cerca de 10 cm de altura
- Verifique a temperatura da água com o cotovelo, com a face interna do pulso ou com um termómetro (36,5 a 37º C).
- Use produtos com pH neutro
- Com a mão livre, lave primeiro a face e a cabeça, depois o corpo, e por último o rabinho.

Após o banho:

- Seque o bebé sem o esfregar, com especial cuidado nas pregas.
- Seque o coto umbilical com uma compressa e mantenha-o sempre fora da fralda.
- Limpe as orelhas com uma toalha fina e não use cotonetes.



Como vestir o bebé?

- Use roupa de algodão junto ao corpo do bebé.
- Evite roupa de lã com pelo.
- Lave a roupa do bebé antes de ser usada, com sabão ou detergente neutro.
- Retire as etiquetas da roupa do bebé
- Para verificar a temperatura do bebé deve colocar a mão atrás do pescoço e perceber se está a transpirar ou se está com frio.

Muda fralda

- Lave as mãos antes e após a troca de fralda.
- Limpe a zona com compressas de tecido não tecido e água morna.
- Se optar por usar toalhetas certifique-se que não contêm álcool.
- Seque a zona.
- Aplique creme barreira na zona do rabinho do bebé - uma camada fina.
- Se apresentar a pele na zona do rabo muito encarnada e com manchas arredondadas por mais de três dias contactar a equipa de saúde.

Meninas

- Limpe num movimento único da frente para trás em direção ao ânus
- Limpe a zona entre os lábios vaginais

Meninos

- Limpe num movimento único da frente para trás em direção ao ânus, ter atenção à presença dos testículos no escroto
- Não é preciso puxar o prepúcio

Coto Umbilical

- A limpeza deve ser feita com soro fisiológico ou água cerca de 1-3 vezes por dia.
- O coto umbilical pode cair entre o 6º e 15º dia de vida do bebê.
- Os bebês podem chorar na limpeza do coto não por ser doloroso mas por terem frio.
- Após a queda do coto umbilical deve continuar a limpar e pode ainda sair uns laivos de sangue.

Sinais de alerta do Coto Umbilical

- Pele à volta vermelha
- Inchaço
- Cheiro intenso

Deve realizar a limpeza com Álcool 70º e falar com enfermeira ou medica de família



Cuidados com Unhas

- Tesoura de ponta redondas ou lima (leve uma para a maternidade).
- Deve cortar as unhas antes do banho porque depois ficam mais moles.



Crosta Lactea

A **crosta láctea** são crostas brancas ou amareladas no couro cabeludo. É uma condição temporária e, por norma, não é necessário acompanhamento médico. No entanto, se o bebé apresentar algum destes sintomas deve ser observado pela equipa de saúde:

- Não melhora;
- Alastre a outras zonas do corpo;
- Comecem a sangrar ou libertar fluido;
- Fique edemaciada (inchada);
- Surjam bolhas de água ou borbulhas;



2. Cólicas

- Bebê apresenta choro intenso e desconforto.
- Abdómen distendido (inchado) doloroso á palpação

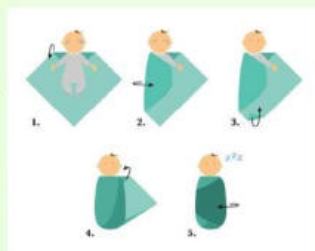
Massagem



3. Medidas de Conforto do Bebê

- Até ao terceiro mês de vida do bebê ele não tem consciência que já nasceu. Algumas teóricas denominam este período do quarto trimestre.
- Os pais são fundamentais para tornar este período de adaptação calmo e relaxante para eles e para o bebê. Existem algumas formas de proporcionar conforto ao bebê como:

- Técnica do babywearing
- Contacto pele a pele
- Banho relaxante
- Sair com o bebê
- Contenção (Swaddle)
- Mamar em livre demanda



Chucha



A chucha pode ser introduzida, mas os pais devem estar conscientes que a mesma tem pontos positivos e negativos. Caso a tenham de introduzir só quando a amamentação está bem estabelecida.

Pontos positivos: acalma o bebê através do processo de sucção.

Pontos menos positivos: Introduzir antes da amamentação estar estabelecida pode perturbar o processo de amamentação. Influenciam negativamente o desenvolvimento da cavidade oral das bebês.



Módulo III - Alimentação

- Amamentação
- Fases do Leite Materno
- Sinais de Fome
- Pega
- Duração e Intervalo da Mamada
- Erução (Arrotar)
- Descida do Leite
- Prevenção Mamilos Gretados
- Leite Artificial
- Manobra de Desengasamento



1. Amamentação

- Para amamentar a mãe precisa de segurança, tranquilidade e amor.
- A produção de leite está associada a uma hormona, a prolactina - Com a ajuda da sucção do bebé a prolactina vai ser cada vez mais estimulada. Assim, quanto mais vezes o bebé for a mama maior será a produção de leite.
- Outra hormona que também ajuda é a ocitocina - hormona do amor que contrai os ductos para o leite sair.



2. Fases do Leite Materno

O leite materno é sempre de qualidade no entanto varia ao longo do tempo e da própria mamada

- 1º leite é o colostro - rico em águas, minerais, vitaminas e proteínas e imunoglobulinas.
- De seguida é o leite de transição - Leite mais amarelo/branco.
- Por fim o leite maduro - este varia ao longo da mamada a primeira fase do leite é rica em água e hidratos de carbono depois em proteínas e por fim em gordura.



3. Sinais de Fome

Sinais de fome do bebé antes do choro

- O bebé olha em redor e faz alguns sons.
- O bebé coloca a língua de fora.
- O bebé coloca a mão na boca.
- O bebé boceja.



4. Pega

Para a posição correta do bebê deve:

- Estar alinhado com o corpo da mãe.
- Deve abocanhar o mamilo de baixo para cima.
- Ter o mamilo todo na boca.
- O lábio de baixo tem que estar bem aberto.
- O nariz livre.
- O lábio superior revirado.
- O queixo encostado.
- Mãe deve segurar a mama em formato de C - ajuda o mamilo a ficar mais saliente.



5. Características da Mamada

Duração da mamada

- O bebê mama em média cerca de 20 minutos.
- Se após ter terminado a mamada e depois de arrotar o bebê ainda continuar à procura da mama deve voltar a oferecer a mesma mama.

Intervalos entre mamadas - Horário Livre

- No primeiro mês de vida o bebê não deve fazer intervalos muito grandes. Ou seja não é aconselhável intervalos superior a 3-4 horas entre mamadas.

6. Erução (Arrotar)

- O bebé nem sempre tem que arrotar.
- Se fizer uma boa pega e não ingerir ar pode não ter a necessidade de arrotar.



7. Descida do Leite

- Pode começar entre o 3º e o 6º dia de pós parto.
- Um sinal importante é as mamas ficarem quentes e tensas.
- Durante a descida do leite pode oferecer mais mama ao bebé e em horário livre.

Durante a descida do leite para alívio do desconforto pode:

- Com chuveiro com água morna massage suavemente a pele com movimentos circulares em direção ao mamilo.
- Coloque o bebé a mamar primeiro na mama mais cheia. Depois da mamada aplique compressas frias ou gelo (protegido) por 5 minutos, suspenda por 2 minutos e volte a aplicar mais 5 minutos.
- Na mamada seguinte repita este procedimento na outra mama.

8. Prevenção Mamilos Gretados

- Assegure que o bebê faz uma pega correta.
- Aplique 2 a 3 gotas de leite materno no mamilo e aréola e/ou pomada cicatrizante após o banho em cada mamada.
- Evite a utilização de discos absorventes impermeáveis.
- Não interrompa a mamada, deixar que seja o bebê a fazê-lo (caso tenha mesmo de interromper, coloque suavemente um dedo num dos cantos da boca do bebê de modo a interromper a sucção).
- Lave os mamilos apenas uma vez por dia, ao realizar a higiene diária.

9. Leite Artificial

Preparação do biberão:

- Limpar a superfície onde vai preparar o biberão.
- Lavar as mãos.
- Passar o biberão e tetina por água.
- Lavar com uma escova própria, água quente e sabão.
- Passar por água corrente.
- Lavar as mãos.
- Colocar no biberão previamente lavado a água fervida.
- Verificar a quantidade de água, esta terá que ser na medida prescrita.

Preparação do leite

- Dosear o leite (30ml água = 1 medida rasa de pó).
- Deitar o pó no biberão.
- Colocar a tetina no biberon.
- Agitar.

11. Manobra de Desengasamento

- Colocar o bebé de barriga para baixo e com a cabeça em decúbito ventral com a cabeça mais baixa que o tronco, para que o efeito da gravidade ajude na remoção do corpo estranho, suportando a cabeça com uma mão e apoiando o tórax no antebraço.
- Aplique até 5 pancadas, secas com a mão, nas costas, entre as duas omoplatas, até sentir que o bebé esta a respirar normalmente.
- Reavaliar e repetir se necessário - Se não resolver contactar o 112

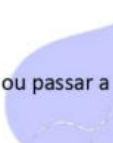


Módulo IV - Segurança

- Cuidados de Segurança em Casa
- Sistemas de Retenção



1.Cuidados de Segurança em Casa


- Deite o bebé **sempre de costas**, com grades protetoras, com um colchão firme e adaptado ao tamanho da cama, sem almofadas.
 - Coloque o bebé de forma a que os **pés toquem no fundo da cama**.
 - Na cama do bebé **evite colocar brinquedos, almofadas, laços, fitas ou fios**.
 - O quarto deve estar a uma temperatura amena, por volta dos 20º C, **não colocando fontes de calor junto à cama do bebé**.
 - **Nunca** deixe o bebé **sozinho no banho ou em cima da cama, da mesa ou do sofá**, sem proteções e vigilância.
 - **Evite realizar tarefas junto a fonte de calor** com o **bebé ao colo** por exemplo cozinhar ou passar a ferro.
- 



2.Sistemas de Retenção

Os acidentes de viação são a maior causa de morte de crianças e jovens em Portugal.

A maioria dos acidentes com crianças e jovens podem ser evitados com a adoção de medidas preventivas.

- Os recém-nascidos e as crianças têm de ser sempre transportados num dispositivo de retenção, de acordo com o **regulamento 44 ECE/UN, versão 03 ou 04 ou regulamento R129**, e adequado à idade, altura e peso.
 - O uso de um sistema de retenção adequado é obrigatório até aos 12 anos de idade e 150 cm de altura.
 - As crianças devem viajar de costas para o sentido do trânsito até aos 3 ou 4 anos. Esta é a posição mais segura, devido à fragilidade do pescoço e ao peso da cabeça
- 

2. Sistemas de Retenção



Correta instalação de sistemas de retenção para crianças.

- É importante ler os manuais de instruções da cadeirinha e do veículo;
- Deve estar bem fixo à estrutura do veículo, através dos cintos de segurança ou sistema ISOFIX;
- Os cintos devem estar SEMPRE corretamente apertados, sem folgas. Ter especial atenção a casacos, mantas e fraldas que podem não garantir que o cinto está devidamente ajustado;
- Caso a cadeira seja em segunda mão deve verificar o seu estado de conservação e funcionamento.

Crianças no banco da frente

- Criança com idade inferior a 3 anos - o transporte pode ser no banco da frente, no lugar do passageiro, utilizando um sistema de retenção virado para a retaguarda não podendo, neste caso, estar ativado o airbag no lugar do passageiro
- Criança com idade igual ou superior a 3 anos - se o automóvel não dispuser de cintos de segurança no banco traseiro ou não dispuser deste banco (caso dos veículos comerciais ou dos "Smart", por exemplo)

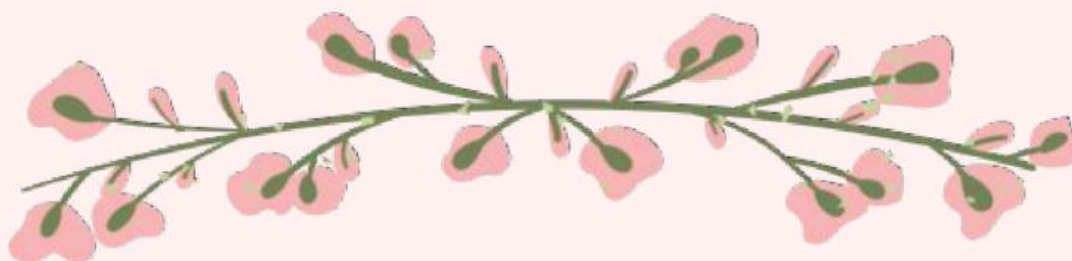


ATENÇÃO AIRBAGS

Crianças menos 3 anos no banco da frente só se...

- Não existir Airbag
- Airbag estiver desativado pelo representante da marca
- Airbag estiver desligado através do dispositivo de origem para o efeito

Obrigada pela sua presença



**Apêndice CC – Cartaz/Convite para o Curso de Promoção de Competências
Parentais na USF**

PARENTALIDADE
POSITIVA

Nasceu e agora?

-O bebé nos primeiros 6 meses de vida -

ESTAMOS A CONVIDAR TODOS OS PAIS DE
BEBÉS ATÉ AOS 4 MESES DE VIDA PARA A
REALIZAÇÃO DE UM CURSO DE PROMOÇÃO
DA PARENTALIDADE.

CONTAMOS COM A SUA PRESENÇA

DO ENFERMEIRO DE FAMÍLIA
PARA SI

DATA

LOCAL
USF

Apêndice DD – Relatório Levantamento de Dados Através de Ingresso das Necessidades dos Pais no Serviço de Neonatologia

Relatório levantamento de dados através de ingresso das necessidades dos pais no serviço de Neonatologia

De dia 30 de janeiro de 2023 a dia 12 de fevereiro de 2023 no âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I foi realizado um levantamento de dados no serviço de Neonatologia de um hospital da região de Lisboa através do documento existente na unidade que é preenchido pelos pais.

Este documento é denominado no serviço como “ingresso das necessidades” tem como objetivo os pais preencherem nas primeiras 24H após a admissão do RN na unidade. Este é trabalhado pela equipa de enfermagem ao longo do internamento e depois é novamente preenchido na alta da unidade de Neonatologia pelos pais. Tem um conjunto de questões organizado em formato de tabela em que os pais têm que colocar se sabem, sabem, mas precisam de treino ou não sabem e precisam de treino.

Este documento é apresentado aos pais em formato de tabela numa folha A4 frente e verso. As questões prendem-se com a situação atual do RN e cuidados ao RN. Este documento está dividido em temas grandes como: Situação de Saúde Atual, Aleitamento Materno, Aleitamento Artificial, Manobra de Desengasgamento, Coto umbilical, Mudança de Fralda, Cólicas, Posicionamentos do Bebê no Berço, Cuidados de Higiene, Outros Cuidados ao Bebê (relaciona-se com cuidados com roupa e pele do RN, chupeta, morte súbita e interação com o bebê, sono), Segurança Infantil, Continuação de Cuidados de Saúde após a Alta.

Neste período mencionado fiz o levantamento de dados de 9 ingresso das necessidades tendo obtido os seguintes resultados apresentados de seguida em formato de tabela:

Ingresso das necessidades			
	Sei	Sei, mas preciso de treino	Não sei, preciso de treino
Situação de Saúde Atual	9	0	0
Aleitamento Materno	0	5	4
Aleitamento Artificial	0	6	3
Manobra de Desengasgamento	0	7	2

Coto umbilical	0	3	6
Mudança de Fralda	9	0	0
Cólicas	0	9	0
Posicionamentos do Bebê no Berço	0	8	1
Outros Cuidados ao Bebê	0	7	9
Segurança Infantil	0	5	8
Continuação de Cuidados de Saúde após a Alta.	9	0	0

Após a análise desta pequena amostra percebemos que a maioria das dúvidas dos pais prende-se com a resposta às necessidades básicas do RN. Nomeadamente aleitamento materno e artificial, manobra de desengasgamento, coto umbilical, cólicas, posicionamento do RN no berço, cuidados ao RN e segurança infantil.

Interessante como numa unidade de Neonatologia sabendo que a transição de saúde doença acarreta inúmeras alterações na dinâmica familiar e na expectativa muitas vezes do bebe saudável, mas é possível distanciar deste processo e tendo os pais como principais cuidadores manter-se o enfoque nos cuidados ao RN e na promoção do papel parental e vinculação.

Apêndice EE – Entrevista Informal à Orientadora Clínica de Neonatologia

Entrevista informal à Orientadora Clínica de Neonatologia

No dia 04 de fevereiro de 2023 pelos 16:00H horas foi realizada uma entrevista informal no âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I à enfermeira supervisora e Orientado Clínica do serviço de Neonatologia de um hospital da região de Lisboa. Esta entrevista teve a duração de aproximadamente uma hora e incluíam as seguintes questões:

- Como funciona o espaço e unidade de Neonatologia?
- Por quem é constituída a equipa de enfermagem de neonatologia e como funciona?
- Quais as maiores preocupações verbalizadas pelos pais à equipa de enfermagem com relação ao processo de transição para casa ou unidade de obstetrícia?
- Quais as maiores dificuldades sentidas pela equipa de enfermagem na capacitação parental?
- Quais as maiores lacunas que a equipa de enfermagem sente nos ensinamentos a realizar aos pais?

Respostas:

Pergunta 1:

A unidade de Neonatologia encontra-se sediada junto do bloco de partos e recebe recém-nascidos até aos 28 dias de vida. Os Recém-nascidos chegam à unidade vindos do bloco de partos, do serviço de urgência pediátrica, do serviço de obstetrícia ou transferidos de outra unidade. A unidade tem uma lotação de 9 recém-nascidos sendo que está dividida em 4 incubadoras e 5 berços.

A unidade é um espaço *open space* retangular com as incubadoras voltadas para o balcão de enfermagem e os berços na restante da unidade. Os pais podem permanecer 24 horas no serviço, no entanto dispõem apenas de cadeirão reclinável para poderem descansar. A Neonatologia tem uma sala denominada de Amamentação, mas que serve para farmácia e preparação de leites maternos e artificiais. Existe um balcão de enfermagem inserido no open space onde a equipa de enfermagem permanece ao longo dos turnos, uma sala de limpos e outra de sujus já fora da unidade. Também dispõe de uma incubadora de transporte, carro de urgência, material para amamentação, extração e armazenamento de leite materno e artificial. A unidade dispõe de 4 incubadoras extras que podem ser usadas para aumentar o número de recém-nascidos, na unidade, em caso de necessidade. O programa informático disponível no serviço é a GLINT

Pergunta 2:

A equipa é constituída por um total de 14 enfermeiros, sendo que destes 7 destes são Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica. Atualmente preconiza-se que o responsável de turno seja o EESIP, exceto quando não é possível. A unidade funciona todos os dias do ano e os horários de enfermagem são divididos em 3 turnos: manhã (08:00H-16:00H), tarde (15:30-23:30H) e noite (23:00-08:30H). Em cada turno, independente do número de recém-nascidos, estão 2 enfermeiros.

Os EESIP da unidade de neonatologia estão a desenvolver um projeto no Serviço de Obstetrícia do hospital. Este ainda se encontra em fase de desenvolvimento e embrionário, tem como objetivo diminuir o número de internamentos no serviço de Neonatologia e despiste de situações precoces. É assegurado diariamente, no turno da manhã, com prestar cuidados ao recém-nascido e mãe com algum foco de problema identificado - Por exemplo dificuldade na amamentação.

Pergunta 3:

A alta do serviço de neonatologia é sempre um marco muito importante para os pais. Apesar deles algumas vezes verbalizam que é um misto de sentimentos. Maioritariamente em internamentos mais prolongados, em que existiu um processo de saúde-doença mais complexo, pois veem na equipa um apoio constante. No entanto ao longo do internamento e também recorrendo ao documento em grelha existente no serviço para realizar levantamento das necessidades a equipa trabalha de forma constante mediante essas e novas dúvidas e reavalia o mesmo no momento da alta com esclarecimento das mesmas o que acaba por ser uma mais-valia para os pais em verem as suas dúvidas esclarecidas. Para além disso, como a equipa realiza os cuidados em parceria, e promovendo ao máximo a autonomia dos pais nos cuidados aos recém-nascidos eles sentem-se apto (apesar de por vezes terem medo por toda esta adaptação à parentalidade que sofreu vários processos de transição) para prestar cuidados aos seus filhos.

Pergunta 4:

A capacitação parental é um dos pilares dos cuidados ao RN e família inseridos na neonatologia. Maioritariamente os pais estão muito recetivos ao ensino e disponíveis para os mesmos.

Um dos desafios para a equipa na capacitação parental relaciona-se com situações de maior complexidade. A equipa de enfermagem sente que nestas situações, muitas vezes os pais têm medo de prestar cuidados, maioritariamente devido aos dispositivos médicos ou grande prematuridade. Estas são situações desafiantes, mas sempre discutidas em equipa de enfermagem

e trabalhadas ao longo do internamento com os pais. A equipa de enfermagem também vê como uma prioridade os ensinamentos à família.

Também é mensurável este indicador dos cuidados através dos registos de enfermagem. Em todos os RN na unidade é levantado o diagnóstico “papel parental”. Este tem intervenções com opções parametrizadas e com possibilidade de acrescentar sobre: a quem foi realizado o ensino, quais os ensinamentos e quais as barreiras de formação.

Pergunta 5:

A unidade dispõe de vários folhetos para entregar aos pais para os mesmos consultarem e esclarecer dúvidas. Estes vêm completar a informação dada ao longo do internamento.

Os folhetos têm os seguintes títulos: Cuidados e Dificuldade na Amamentação, Extração e Conservação de Leite Materno, Pega e Posições de Amamentação, Aleitamento Artificial, Fototerapia, Asfíxia, Cólicas, Quedas em Pediatria - Prevenção, Cuidados com o Cordão Umbilical.

Esta é uma informação que os pais gostam muito e estão muito receptivos a receber por este meio.

A equipa de enfermagem sente que com relação à informação existente relativamente à Amamentação não está de acordo com as últimas *guidelines* e gostava de uniformizar a prática por investir na reformulação dos mesmos ou até a criação de uma brochura com toda a informação.

Apêndice FF – E-book sobre Alimentação do Recém-nascido

Alimentação do bebê

-Aleitamento Materno e Artificial-



Queridos Pais,

Parabéns pelo nascimento do vosso bebé!

Como enfermeira, desejo-vos as boas-vindas à emocionante jornada da paternidade.

Este é um momento único e especial na vossa vida, pelo que

podem contar com o meu incondicional apoio, assim como,

de toda a equipa da Neonatologia do Hospital de Vila Franca de Xira

Neste livro vão encontrar algumas dicas e orientações

importantes sobre a alimentação do vosso bebé.

Felicidades por esta nova aventura!

Temas:

- Vantagens da Amamentação
- Fases do Leite Materno
- Sinais de Fome
- Sinais de Saciedade
- Pega
- Duração e Intervalo da Mamada
- Eructação (Arrotar)
- Descida do Leite
- Prevenção Mamilos Gretados
- Extração e Armazenamento de Leite Materno
- Leite Artificial
- Manobra de Desengasgamento



A primeira necessidade do bebé é a alimentação. Como a mãe vai alimentar o bebé é uma escolha que deve ser pensada durante a gravidez. O importante é tomar uma decisão informada e consciente. Ao longo deste livro vamos falar sobre alguns aspetos relativos à amamentação e aleitamento artificial.





1. Amamentação



- Para amamentar a mãe precisa de **segurança, tranquilidade e amor;**
- A produção de leite está associada a uma hormona, a **prolactina** - Com a ajuda da sucção do bebé a prolactina vai ser cada vez mais estimulada. Assim, quanto **mais vezes o bebé for à mama maior será a produção de leite;**
- Outra hormona que também ajuda é a **ocitocina** - a chamada hormona do amor que contrai os ductos para o leite sair;



2. Vantagens da Amamentação

Vantagens do aleitamento para o bebé:

- Promove a imunidade;
- Promove a vinculação mãe Bebé;
- Promove o desenvolvimento do Bebé;
- Auxilia no controlo da dor;
- Satisfaz a necessidade de fome e sede do bebé;
- Previne as alergias;
- Diminui o risco de síndrome de morte súbita.



Vantagens do aleitamento para a mãe:

- Promove a vinculação mãe Bebé;
- Mais económico , seguro, sempre disponível e à temperatura adequada;
- Promove a contração e involução uterina;

controlo de peso

3. Fases do Leite Materno

A qualidade do leite materno é inquestionável, no entanto varia ao longo do tempo e da própria mamada.

- **Colostro** - é o primeiro leite, rico em águas, minerais, vitaminas, proteínas e imunoglobulinas;
- **Leite de transição** –Leite que surge após o colostro. É mais volumoso;;
- **Leite maduro** - é o ultimo tipo de leite e varia ao longo da mamada. No inicio é rico em água e hidratos de carbono, depois em proteínas e por fim em gordura. É



4. Sinais de Fome

Sinais de fome do bebé **antes do choro:**

- O bebé olha em redor e faz alguns sons;
- O bebé coloca a língua de fora;
- O bebé coloca a mão na boca;
- O bebé boceja.

E se o seu bebé já tiver a chorar ?

Acalme-o primeiro!



5. Sinais de Saciidade

- Larga a mama e atira a cabeça para trás;
- Corpo mole (mãos relaxadas);
- Desinteresse na sucção;
- Sem reflexo de busca;
- Fica tranquilo e adormece;



6. Pega

Para a posição correta o bebê deve:

- Estar alinhado com o corpo da mãe - Barriga e tronco do bebê voltado para mãe;
- Abocanhar o mamilo de baixo para cima;
- Colocar grande parte da auréola na boca do bebê e não apenas o mamilo;
- O lábio de baixo tem que estar bem aberto e O lábio superior revirado - Boquinha de peixe;
- O nariz livre;
- O queixo encostado;
- Mãe deve segurar a mama em formato de C - ajuda o mamilo a ficar mais saliente.



7. Características da Mamada

Duração da mamada

- O bebê mama em média **cerca de 20 minutos**. No início a **sucção é mais vigorosa** e com **intervalos mais curtos**. Após a amamentação estar estabelecida o bebê pode realizar uma mamada mais curta, mas eficaz;
- Se após ter terminado a mamada e depois de arrotar o bebê continuar à procura da mama **deve voltar a oferecer a mesma mama**.

Intervalos entre mamadas - Horário Livre

- No primeiro mês de vida o bebê **não deve fazer intervalos muito grandes**. Ou seja **não é aconselhável intervalos superiores a 3-4 horas** entre mamadas;

- Habitualmente o recém-nascido mama mais e melhor à noite (por reflexo materno e a m

8. Eructação (Arrotar)

- O bebé nem sempre tem que arrotar;
- Se fizer uma boa pega e não ingerir ar pode não ter a necessidade de arrotar.



9. Descida do Leite

- Pode começar entre o **3º e o 6º dia** de pós parto;
- Um sinal importante é as **mamas ficarem quentes e tensas;**
- Durante a descida do leite pode oferecer mais mama ao bebê e em horário livre;
- Evite o uso de bomba de extração.

Para alívio do desconforto pode:

- Massage suavemente a mama com movimentos circulares em direção ao mamilo e pentear a mama (com auxílio ou não do chuveiro com água morna);
- Coloque o bebê a mamar primeiro na mama mais cheia;

• Depois da mamada aplique compressas frias ou gelo (protegido) por 5 minutos;

• Possibilidade de utilização de analgésicos (Paracetamol e Ibutorfenol).

10. Prevenção Mamilos Gretados

- Assegure que o bebê faz uma **pega correta**;
- Sempre que possível coloque as **mamas ao ar**;
- Aplique **2 a 3 gotas de leite materno no mamilo e auréola**, no fim de cada mamada;
- **Evite** a utilização de discos absorventes impermeáveis;
- **Não interrompa** a mamada, **deixar que seja o bebê a fazê-lo** (caso tenha mesmo de interromper, **coloque suavemente um dedo num dos cantos da boca do bebê de modo a interromper a sucção**);

- Lave os mamilos apenas uma vez por dia e realize a **higiene diária**.

Dica: Pode utilizar discos de hidrogel ou conchas de prata



11.Extração e Armazenamento de Leite Materno

Pode realizar extração de leite materno através de técnica manual, por bomba manual ou elétrica ou coletor de leite materno (usado na outra mama enquanto amamenta o bebê).

A extração por bomba não deve durar mais de 15-20 minutos em cada mama.



Armazenamento de leite materno:

- Antes de iniciar a extração deve lavar as mãos;
- Armazene o leite num biberão com tampa,

num recipiente de vidro ou num saco de congelação e marque a data da extração e a hora.



Como lavar o extrator de leite materno?

- Os materiais utilizados na extração e no armazenamento podem ser **lavados na máquina da loiça** (verifique as especificações dos produtos antes), ou com **água corrente e sabão** (não utilize detergentes concentrados);
- Devem ser bem **enxaguados com água corrente e em seguida fervidos ou esterilizados**. É fundamental lavar as mãos, antes de extrair o leite materno e sempre que manusear os materiais.



Como descongelar o leite materno?

- Utilizar em **primeiro lugar** o leite materno guardado há mais tempo;
- Dê preferência a uma descongelação lenta dentro do frigorífico;
- Utilize nas 24 horas seguintes depois de descongelar;
- **Não recongele.**



Como devo conservar o leite materno?

- Conserve pequenas porções no frio, em diferentes recipientes;
- Pode congelar o leite mesmo que tenha permanecido 48 horas no frigorífico;
- Nunca junte leite materno acabado de extrair (morno) ao leite materno já frio ou congelado;
- Identifique os recipientes e registre a data de cada congelação.

Conservação de leite materno:

À temperatura ambiente <math><25^{\circ}\text{C}</math>: **6-8 horas**;



No fundo da 1ª prateleira do frigorífico (0-4°C): **8 dias**;

No fundo da 1ª prateleira do frigorífico (4-10°C): **3-5 dias**;

No congelador dentro do frigorífico: **2 semanas**;

No congelador fora do frigorífico: **2-6 semanas**;

Na arca frigorífica (-19°C ou mais baixo): **6 meses**.



12. Leite Artificial

Preparação do biberão:

- Limpe a superfície onde vai preparar o biberão;
- Lave as mãos;
- Passe o biberão e tetina por água;
- Lave com uma escova própria, água quente e sabão;
- Passe por água corrente.



Preparação do leite

- Lave as mãos;
- Coloque no biberão lavado a água fervida;
- Verifique a quantidade de água;
- Doseie o leite (30ml água = 1 medida rasa de pó);
- Deite o pó no biberão;
- Coloque a tetina no biberão;
- Agite o biberão.



Nota: Atualmente preconiza-se que não é necessária a esterilização do biberão e da água, desde que a água seja de fonte familiar (dentro de casa).

13. Manobra de Desengasgamento

- Colocar o bebé de barriga para baixo e em decúbito ventral com a cabeça mais baixa que o tronco, para que o efeito da gravidade ajude na remoção do corpo estranho, suportando a cabeça com uma mão e apoiando o tórax no antebraço;
- Aplique até 5 pancadas, secas com a mão, nas costas, entre as duas omoplatas, até sentir que o bebé esta a respirar normalmente;
- Reavaliar e repetir se necessário - Se não resolver

contactar o 112.



Apêndice GG – Sessão de Apresentação do E-book sobre Alimentação do Recém-nascido à Equipa de Enfermagem no Serviço de Neonatologia

Alimentação do bebé

-Aleitamento Materno e Artificial-



Moderadora:
Mariana Amaral

Índice

- Amamentação
- Vantagens da Amamentação
- Fases do Leite Materno
- Sinais de Fome
- Sinais de Saciedade
- Pega
- Duração e Intervalo da Mamada
- Eructação (Arrotar)
- Descida do Leite
- Prevenção Mamilos Gretados
- Extração e Armazenamento de Leite Materno
- Leite Artificial
- Manobra de Desengasgamento



1. Amamentação



- Para amamentar a mãe precisa de **segurança, tranquilidade e amor**.
- A produção de leite está associada a uma hormona, a **prolactina** - Com a ajuda da sucção do bebé a prolactina vai ser cada vez mais estimulada. Assim, quanto **mais vezes o bebé for a mama maior será a produção de leite**.
- Outra hormona que também ajuda é a **ocitocina** - hormona do **amor** que **contrai os ductos para o leite sair**.



2. Vantagens da Amamentação

Vantagens do aleitamento para a bebé:

- Promove imunidade.
- Promove vinculação mãe Bebé.
- Promove desenvolvimento Bebé.
- Auxílio no controlo da dor.
- Satisfaz a necessidade de fome e sede do bebé
- Previne alergias
- Diminui risco de síndrome de morte súbita

Vantagens do aleitamento para a mãe:

- Promove vinculação mãe Bebé.
- Mais económico , seguro, sempre disponível e temperatura adequada.
- Promove a contração e evolução uterina.
- Auxilia no controlo de peso.
- Diminui o risco de cancro da mama e ovário



3. Fases do Leite Materno

O leite materno é sempre de qualidade no entanto varia ao longo do tempo e da própria mamada

- **1º leite é o colostro** - rico em águas, minerais, vitaminas, proteínas e imunoglobulinas. É transparente ou amarelado
- De seguida é o **leite de transição** - Leite mais amarelo/branco. É mais volumoso
- Por fim o **leite maduro** - este varia ao longo da mamada a primeira fase do leite é rica em água e hidratos de carbono depois em proteínas e por fim em gordura. É consistente e esbranquiçado



4. Sinais de Fome

Sinais de fome do bebé **antes do choro**:

- O bebé olha em redor e faz alguns sons.
- O bebé coloca a língua de fora.
- O bebé coloca a mão na boca.
- O bebé boceja.

E se o seu bebé já tiver a chorar ?

Acalme-o primeiro!



5. Sinais de Saciidade

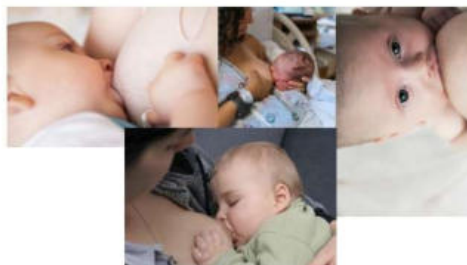
- Larga a mama e atira a cabeça para trás.
- Corpo mole (mãos relaxadas).
- Desinteresse na sucussão.
- Sem reflexo de busca.
- Fica tranquilo e adormece.



6. Pega

Para a posição correta o bebé deve:

- Estar alinhado com o corpo da mãe - Barriga e tronco do bebé viltado para mãe.
- Abocanhar o mamilo de baixo para cima.
- Colocar grande parte da auréola na boca do bebé e não apenas o mamilo
- O lábio de baixo tem que estar bem aberto e O lábio superior revirado - Boquinha de peixe.
- O nariz livre.
- O queixo encostado.
- Mãe deve segurar a mama em formato de C - ajuda o mamilo a ficar mais saliente.



7. Características da Mamada

Duração da mamada

- O bebê mama em média **cerca de 20 minutos**. No início a **sucção é mais vigorosa** e com **intervalos mais curtos**. Após a amamentação estar estabelecida o bebê pode realizar uma mamada mais curta, mas eficaz.
- Se após ter terminado a mamada e depois de arrotar o bebê continuar à procura da mama **deve voltar a oferecer a mesma mama**.

Intervalos entre mamadas - Horário Livre

- No primeiro mês de vida o bebê não deve fazer intervalos muito grandes. Ou seja não é aconselhável intervalos superior a 3-4 horas entre mamadas.
- Habitualmente o recém-nascido mama mais e melhor à noite porque se está a habituar ao ritmo extra uterino e a mãe tem maior de produção de prolactina à noite



8. Erução (Arrotar)

- O bebê nem sempre tem que arrotar.
- Se fizer uma boa pega e não ingerir ar pode não ter a necessidade de arrotar.



Posição do
bebê a arrotar



9. Descida do Leite

- Pode começar entre o **3º e o 6º dia** de pós parto.
- Um sinal importante é as **mamas ficarem quentes e tensas**.
- Durante a descida do leite pode oferecer mais mama ao bebê e em horário livre.
- Evite o uso de bomba de extração.

Para alívio do desconforto pode:

- Com chuveiro com água morna ou sem massage suavemente mama com movimentos circulares em direção ao mamilo e pentear a mama.
- Coloque o bebê a mamar primeiro na mama mais cheia.
- Depois da mamada aplique compressas frias ou gelo (protegido) por 5 minutos.
- Possibilidade de utilização de analgesia (Paracetamol e Ibuprofeno)



10. Prevenção Mamilos Gretados

- Assegure que o bebê faz uma **pega correta**.
- Sempre que possível coloque as **mamas ao ar**.
- Aplique **2 a 3 gotas de leite materno no mamilo e aréola**, no fim de cada mamada.
- **Evite** a utilização de discos absorventes impermeáveis.
- **Não interrompa** a mamada, **deixar que seja o bebê a fazê-lo** (caso tenha mesmo de interromper, **coloque suavemente um dedo num dos cantos da boca do bebê de modo a interromper a sucção**).
- Lave os mamilos **apenas uma vez por dia**, ao realizar a **higiene diária**.

Dica: Pode utilizar discos de hidrogel ou conchas de prata



11.Extração e Armazenamento de Leite Materno

Pode realizar extração de leite materno manual de forma, por bomba manual ou elétrica ou coletor de leite materno (usado na outra mama enquanto amamenta o bebé).

A extração por bomba não deve ser superior a 15-20 minutos em cada mama.



Armazenamento de leite materno:

- Antes de iniciar a extração deve lavar as mãos.
- Armazene o leite num biberão com tampa, num recipiente de vidro ou num saco de congelação e marque a data da extração e a hora.



Como devo conservar o leite materno?

- Conserve pequenas porções no frio, em diferentes recipientes.
- Pode congelar o leite mesmo que tenha permanecido 48 horas no frigorífico.
- Nunca junte leite materno acabado de extrair (morno) ao leite materno já frio ou congelado.
- Identifique os recipientes e registe a data de cada congelação.

Conservação de leite materno:

À temperatura ambiente <25°C: **6-8 horas.**

No fundo da 1ª prateleira do frigorífico (0-4°C): **8 dias.**

No fundo da 1ª prateleira do frigorífico (4-10°C): **3-5 dias.**

No congelador dentro do frigorífico: **2 semanas.**

No congelador fora do frigorífico: **2-6 semanas.**

Na arca frigorífica (-19°C ou mais baixo): **6 meses.**





Como lavar o extrator de leite materno?

- Os materiais utilizados na extração e no armazenamento podem ser **lavados na máquina da loiça** (verifique as especificações dos produtos antes), ou com **água corrente e sabão** (não utilize detergentes concentrados).
- Devem ser bem **enxaguados com água corrente e em seguida fervidos ou esterilizados**. É fundamental lavar as mãos, antes de extrair o leite materno, e sempre que manusear os materiais.



Como descongelar o leite materno?

- Consuma em **primeiro lugar** o leite **materno guardado há mais tempo**.
- Dê preferência a uma **descongelação lenta dentro do frigorífico** - Quando não é possível pode descongelar em banho maria.
- Consuma nas 24 horas seguintes depois de descongelar.
- **Não recongele**.



12. Leite Artificial

Preparação do biberão:

- Limpe a superfície onde vai preparar o biberão.
- Lave as mãos.
- Passe o biberão e tetina por água.
- Lave com uma escova própria, água quente e sabão.
- Passe por água corrente.



Preparação do leite

- Lave as mãos.
- Coloque no biberão lavado a água fervida.
- Verifique a quantidade de água.
- Dosei o leite (30ml água = 1 medida rasa de pó).
- Deite o pó no biberão.
- Coloque a tetina no biberon.
- Agite.



Nota: Atualmente preconiza-se que não é necessária a esterilização do biberão que estão no ambiente familiar (dentro de casa).



13. Manobra de Desengasamento

- Colocar o bebé de barriga para baixo e com a em decúbito ventral com a cabeça mais baixa que o tronco, para que o efeito da gravidade ajude na remoção do corpo estranho, suportando a cabeça com uma mão e apoiando o tórax no antebraço.
- Aplique até 5 pancadas, secas com a mão, nas costas, entre as duas omoplatas, até sentir que o bebé esta a respirar normalmente.
- Reavaliar e repetir se necessário - Se não resolver contactar o 112



OBRIGADA!

**Apêndice HH – Sessão de Formação à Equipa de Enfermagem da Neonatologia
Sobre o E-Book de Aleitamento Materno -Plano de sessão**

Sessão de Formação à Equipa de Enfermagem da Neonatologia Sobre o E-Book de Aleitamento Materno -Plano de sessão

Tema	Apresentação do E-Book sobre o “Alimentação do Bebê”	
Público-Alvo	Equipa de Enfermagem da Neonatologia	
Formadores	Enfª Mariana Amaral	
Data, local e hora	Serviço Neonatologia de 12 de junho de 2023 a 23 de junho de 2023 ao longo do turno ou passagem de turno	
Duração	20 minutos	
Recursos	Ipad, PowerPoint, E-book sobre Aleitamento Materno	
Objetivo geral	Apresentação e análise do instrumento de educação para a saúde :E-Book sobre o Aleitamento Materno	
Etapas /formador	Objetivos	Conteúdos
Planeamento - 1 minuto Enfª Mariana	Apresentar aos formandos, a temática e organização da sessão	Apresentação das formadoras e temática a abordar; Evidência do objetivo e método de trabalho
Desenvolvimento 18 minuto Enfª Mariana	Apresentar o E-Book sobre o Aleitamento Materno Incentivar a colaboração dos profissionais a apresentar sugestões sobre o livro em formato completo em papel	Apresentação da estrutura e conteúdos do E-Book sobre o Aleitamento Materno; Disponibilizar a versão provisória do documento aos profissionais para registo de sugestões
Conclusão e Discussão - 6 minutos Enfª Mariana	Salientar os principais tópicos Incentivar a partilha de experiências/opiniões	Síntese da sessão e incentivo à partilha de opiniões/experiências dos participantes
Avaliação Enfª Mariana	Avaliar a satisfação dos profissionais com a sessão de formação	Aplicação de questionário autopreenchido

Apêndice II – Avaliação da Sessão de Apresentação do E-book pela Equipa de Enfermagem no Serviço de Neonatologia

Questionário de Avaliação da Formação - Formando/a

Caro/a formando/a,

Encontro-me a frequentar o ensino clínico no Serviço de Cuidados Intermédios Neonatais, no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Escola Superior da Cruz Vermelha Portuguesa.

A sua opinião sobre esta formação é, para mim, muito importante, pois irá contribuir para melhorar o planeamento de sessões de formação futuras. Solicito assim, que avalie cada um dos parâmetros identificados no quadro seguinte, assinalando o nível que melhor traduz a sua opinião, com base numa escala de 1 a 5, em que o nível 1 corresponde a “nada” e o nível 5 "muito".

Por favor, responda a todas as questões.

Muito obrigada, Mariana Amaral

	Nada		Muito		
Qualidade dos conteúdos da formação	1	2	3	4	5
Interesse dos conteúdos da formação	1	2	3	4	5
Adequação dos métodos utilizados aos temas tratados	1	2	3	4	5
Duração da formação	1	2	3	4	5
Clareza da apresentação	1	2	3	4	5
Capacidade de motivar para o tema apresentado	1	2	3	4	5
Oportunidade para adquirir novos conhecimentos	1	2	3	4	5
Interesse para a sua prática profissional					
Recomendaria esta ação de formação a outros colegas	1	2	3	4	5
Pontos Fortes:					
Pontos fracos:					

O questionário de avaliação de formação com a duração de mais ao menos 20 minutos foi aplicado no período de 12 de junho de 2023 a 23 de junho de 2023 após a sessão de formação. Foi disponibilizado sempre no final da formação e preenchido por todos os formandos (8 enfermeiros) cujos resultados se apresentam de seguida.

Foi utilizada uma escala de 1 a 5 valores sendo atribuído ao valor 1 nada e ao valor 5 muito.

- Na questão 1 “Qualidades dos conteúdos da formação” 100% (n=8) dos inquiridos avaliou com 5 valores.
- Na questão 2 “Interesse dos conteúdos da formação” 100 % (n=8) dos inquiridos avaliou com 5 valores.
- Na questão 3 “Quantidade de conteúdos da formação” 87,5 % (n=7) dos inquiridos avaliou com 5 valores, 12,5% (n=1) dos inquiridos avaliou com 4 valores.
- Na questão 4 “Adequação dos métodos utilizados aos temas tratados” 100% (n=8) dos inquiridos avaliou com 5 valores.
- Na questão 5 “Duração da formação” 50 % (n=4) dos inquiridos avaliou com 5 valores, 50% (n=4) dos inquiridos avaliou com 4 valores.
- Na questão 6 “Clareza da matéria apresentada na formação” 100 % (n=8)
- Na questão 7 “Capacidade de motivar para a matéria apresentada” 100 % (n=8) dos inquiridos avaliou com 5 valores.
- Na questão 8 “Esta formação permitiu-me adquirir novos conhecimentos” 75% (n=6) dos inquiridos avaliou com 5 valores e 25% (n=2) dos inquiridos avaliou com 4 valores.
- O último item do questionário era uma questão aberta que sugere aos formandos a partilha de Críticas/Sugestões/Comentários sobre a formação. Obtivemos 12,5% (n=1) de resposta que refere: “Parabéns pelo trabalho realizado”

Apêndice JJ – Relatório do Levantamento de Dados UCIP

Relatório do levantamento de dados UCIP

De dia 13 de fevereiro a 19 de fevereiro de 2023 no âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I foi realizado um levantamento de dados com relação a atividades promotoras da parentalidade no serviço de UCIP de um hospital central da região de Lisboa e vale do tejo. Com autorização da Enfª Gestora da unidade e do Orientador Clínico através da consulta de normas e procedimentos existentes no serviço e registos de enfermagem.

Das normas que existem no serviço para consulta não foi encontrada nenhuma que aborde temas como a parentalidade, promoção da parentalidade, promoção do papel parental. Maioritariamente são normas internas ou externas sobre procedimentos técnicos, transferências de utentes e direitos e deveres das pessoas que estão na unidade.

Com relação aos dois folhetos existentes no serviço realizados pela equipa de enfermagem para entregar aos cuidadores faço uma análise dos mesmos. Os folhetos são apresentados por ordem alfabética de título.

O primeiro denominado - GUIA DE ACOLHIMENTO - Está dividido em 6 tópicos:

- Orientações aos pais;
- Como colaborar;
- O que deve evitar
- Acompanhamento
- O que devo trazer
- Refeições

Estes têm informação muito pertinente para facilitar o conhecimento sobre normas internas, direitos e deveres dos cuidadores e crianças. Com algum texto escrito, mas maioritariamente é dividido em pontos em todos tópicos acima mencionados. Ao fazer uma análise pormenorizada dos 30 pontos enumerados ao longo do folheto não foi encontrado nenhum que especificamente fala sobre intervenções de enfermagem que possam promover o papel parental.

O segundo denominado - ACOLHIMENTO À FAMÍLIA DA CRIANÇA/ADOLESCENTE SUBMETIDA A ECMO - também realizado pela equipa de enfermagem é apenas destinado aos cuidados da criança submetida a este procedimento médico.

O folheto está também organizado nos seguintes tópicos:

- O que é a ECMO?
- Possíveis complicações?

- Como funciona?
- Durante a ECMO?
- Quem é a equipa?
- Como posso ajudar?

Ao realizar uma análise mais pormenorizada sobre este folheto no último tópico existe informação dirigida aos pais para promover o papel parental, com intervenções de enfermagem que são promovidas na prática de cuidados diários. Passo de seguida e citar as mesmas:

- A presença dos pais é fundamental para dar carinho e colaborar com a equipa a cuidar do seu filho;
- Ajude-nos a tornar este internamento uma experiência menos ameaçadora e confortável por:
- Converse, cante ou leia-lhe um livro em voz suave. Apesar da medicação, a criança/adolescente reconhece a voz dos pais;
- Toque na mão e acaricie suavemente a sua filha ou o seu filho. Mesmo a dormir sentirá o seu carinho;
- Traga objetos significativos para colocar junto da criança/adolescente (mantinha, fralda de pano, desenho/fotos dos irmãos, peluche, computador, tablet).

Foi notório na minha observação que alguns membros da equipa promovem ativamente a promoção do papel parental, em todos os cuidados à criança. Sempre adaptado à criança, à situação de saúde e às necessidades dos pais. Realizei no dia 16 de fevereiro de 2023 no turno da manhã uma análise dos registos de enfermagem sobre a mensuração das atividades promotoras da parentalidade. Apesar de a equipa de enfermagem na minha observação ao longo dos turnos promover a parentalidade o mesmo não é espelhado nos registos. Passo a apresentar à análise dos registos de enfermagem das 3 crianças que em situações clínicas diferentes e com tempos de internamentos diferentes se encontravam na unidade. As ordens são apresentadas aleatoriamente.

Para facilitar a perceção o registo parametrizado tem duas opções:

- Presença dos Pais
- Relação família-doente

Criança 1 -Análise dos registos de enfermagem nos últimos 10 dias de internamento nas 24 horas	
Nota escrita de Enfermagem (32 registos de enfermagem)	1 Enfermeiros -Não teve companhia
	2 Enfermeiros - Não teve companhia, mas telefonou

	4 Enfermeiros - Pais participativos nos cuidados e descreve o cuidado e o toque realizado
	25 Enfermeiros - Mãe ou pai esteve presente
Registos padronizados de Enfermagem (32 registos de Enfermagem)	3 Enfermeiros - Realizaram o registo
	29 Enfermeiros - Não realizaram registo

Criança 2 -Análise dos registos de enfermagem nos últimos 10 dias de internamento nas 24 horas	
Nota escrita de Enfermagem (32 registos de enfermagem)	1 Enfermeiros - Pais participativos nos cuidados e descreve o cuidado e o toque realizados
	4 Enfermeiros - Não teve companhia refere se telefonou ou não
	5 Enfermeiros -Não falam dos pais
	15 Enfermeiros - Mãe ou pai esteve presente
Registos padronizados de Enfermagem (32 registos de Enfermagem)	1 Enfermeiros - Realizaram o registo
	31 Enfermeiros - Não realizaram registo

Criança 3 -Análise dos registos de enfermagem desde a data de entrada no internamento	
Nota escrita de Enfermagem (3 registos de enfermagem)	3 Enfermeiros - Mãe ou pai esteve presente
Registos padronizados de Enfermagem (32 registos de Enfermagem)	3 Enfermeiros - Não realizaram registo

Ao analisar os dados apresentados claramente nos registos de enfermagem não se consegue avaliar nem perceber as intervenções de enfermagem realizadas na prática.

Apêndice KK – Entrevista Informal ao Supervisor Clínico na UCIP

Entrevista informal ao Supervisor Clínico na UCIP

No dia 16 de fevereiro de 2023 pelas 11 horas foi realizada uma entrevista informal no âmbito do 1º Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I ao supervisor clínico de um Hospital Central da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Esta entrevista teve a duração de aproximadamente uma hora e incluíam as seguintes questões:

- Como é a estrutura da UCIP?
- Como é constituída a Equipa de Enfermagem da UCIP?
- Como a equipa de enfermagem gere a gestão de expectativas dos pais?
- Quais são as maiores dificuldades que a equipa de enfermagem sente na promoção da parentalidade?
- Quais são os documentos, normas ou registos informáticos que são utilizados na UCIP e que promovem a promoção da parentalidade?

Respostas:

- Pergunta 1:

A UCIP localiza-se no mesmo serviço da Urgência Pediátrica e Unidade de Técnicas de Pediatria. A população da unidade pode ser das diferentes faixas etárias, desde os 28 dias de vida até os 18 anos. No entanto pode receber RN com menos de 28 dias de vida para realizar ECMO ou vindos da urgência pediátrica. A unidade dispõe de 8 vagas, todas elas equipadas com ventilador.

Os pais podem pernoitar junto dos filhos, no entanto apenas em cadeirões reclináveis por não existir cama. A organização das unidades é a seguinte: 6 unidades numa sala open space, 1 unidade numa sala individual (utilizada para quarto de isolamento) e 2 unidade de isolamento com pressão negativa. Todas estas estão voltadas para a sala de enfermagem e com vidro possível de visualizar as mesmas.

Para além das unidades das crianças a unidade dispõe de uma sala de consumo clínico, uma sala dos pais, um gabinete do coordenador médico, uma copa, uma sala dos médicos, um WC do pessoal, uma sala de rouparia, um gabinete do enfermeiro responsável, 2 vestiários masculinos e femininos, uma zona de limpos, uma zona de sujus, uma farmácia, um WC de serviço, um WC crianças e uma Sala de trabalho.

A UCIP dispõe de 1 ventilador de transporte, 1 aparelho de óxido de Nítrico, 1 ventilador de alta frequência, 2 ventiladores não invasivos, 1 máquina de ECMO, 1 carro de urgência, 1 desfibrilhador, 1 ecógrafo, 1 máquina de técnicas dialíticas, 1 máquina de realização de gasimetria e um fibroscópio.

A equipa é constituída por médicos intensivistas pediátricos, enfermeiros, assistentes operacionais, psicólogos, nutricionista e assistente social (os 3 últimos não estão afetos apenas à unidade apenas dão apoio).

- Pergunta 2

A equipa da UCIP é constituída por 20 enfermeiros generalistas e 10 enfermeiros especialistas. Sendo que dois deles são especialistas em enfermagem de reabilitação e os restantes são enfermeiros em saúde infantil e pediátrica.

A equipa tem o enfermeiro gestor e um enfermeiro coordenador de cuidados presentes no turno da manhã de segunda a sexta. Os restantes horários da equipa de enfermagem são manhã (08:00-15:30H), tarde (15:00H-23:00H) e noite (22:30-08:30H) durante todos os dias do ano. O rácio de enfermeiro utente é de duas crianças para 1 enfermeiro e um coordenador de turno em todos os turnos.

- Pergunta 3:

Esta gestão de expectativas é trabalhada por toda a equipa ao longo do internamento e adaptada à situação específica de cada criança. Devido à abrangência de idades que a unidade recebe é necessário que a equipa de enfermagem faça uma adaptação, às diferentes fases de desenvolvimento da criança. Isto por vezes torna-se um fator de stress para os pais nesta fase de transição de saúde doença e até contribui para uma disrupção mesmo que parcial do papel parental.

- Pergunta 4

Os pais quando chegam à unidade vem de um processo de transição de saúde-doença. Temos processos de doença diferentes que exigem uma adaptabilidade também grande da equipa de enfermagem, agudizações de uma doença crônica, agudização de um

processo de doença, acidentes, pós-operatório imediato com necessidade de maior vigilância, realização de ECMO.

A maneira de expressar os sentimentos é sempre diferente de família para família, no entanto todas vem num processo de grande ansiedade, medo e expectativa. Aqui a equipa de enfermagem tem um papel fundamental na promoção do papel parental. Na UCIP este trabalho é realizado, no entanto não de forma sistemática nem padronizada por todos os elementos da equipa de enfermagem.

- Pergunta 5

O serviço dispõe de várias normas disponíveis para consulta na sala de trabalho de enfermagem, no entanto nenhuma fala sobre a promoção da parentalidade. Maioritariamente são normas técnicas.

Relativamente a informação para entrega aos pais na unidade existem apenas 2 folhetos que são entregues aos pais:

- O Guia de Acolhimento
- Guia de Acompanhamento da Família da Criança/adolescente Submetido a ECMO (quando se aplica)

Os registos informáticos são realizados na plataforma PICIS e o sistema de medicação é PYXIS. Relativamente aos registos de enfermagem são pouco parametrizados sendo a maioria dos registos em nota escrita. No entanto existe nos parametrizados 2 registos que direcionam para a parentalidade com a intervenção:

- Presença dos pais
- Relação família-doente

Anexo

**Anexo I – Declaração de Conclusão do Curso Básico em Cuidados Paliativos
Pediátricos**



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que , concluiu com sucesso, o percurso formativo "CURSO BÁSICO EM CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS" com a duração estimada de 25 horas, desenvolvida pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, CNCP em parceria com a SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.

Lisboa, 10 Abril 2023

Anexo II – Diploma de Pós-Graduação

DIPLOMA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Natália Maria Carvalho do Espírito Santo, **Secretária-Geral**, da **Escola Superior de Saúde Atlântica**, certifica que, dos livros competentes desta Instituição, consta que a requerente **MARIANA CARVALHO COSTA AMARAL**, filha de **Delfim Almeida da Costa** e de **Maria de Lurdes Martins Duarte Carvalho**, nascida em **1996-05-23**, portadora de Cartão de Cidadão com o n.º **15015581 6ZW5**, emitido em **República Portuguesa**, válido até **2031-08-03**, concluiu, em **2021-03-10**, o Curso de **Pós-Graduação em Competências de Gestão em Enfermagem**, num total de 36 créditos ECTS, com a classificação final de 16 (Dezasseis) valores, com a qualificação de **Muito Bom**, pelo que, em conformidade com as disposições legais em vigor, lhe manda passar o presente **DIPLOMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**, o qual vai por mim assinado e autenticado com o selo branco da Escola Superior de Saúde Atlântica.

Secretaria Geral da Escola Superior de Saúde Atlântica.
Barcarena, 29 de novembro de 2021

A Secretária-Geral

Natália do Espírito Santo



201929368
1047CF